



NEFES DARLIĞI OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

Uzm. Dr. Yusuf Ali ALTUNCI
Ege Üniv. Tıp Fak.Acil Tıp A.D.

OLGU 1

- ▶ 27 yaş erkek
- ▶ Ani başlayan göğüs ağrısı
- ▶ Nefes darlığı
- ▶ Nefes alırken sol göğüs bölgesinde ağrı hissediyor

OLASI TANINIZ?

OLGU 2

- ▶ 36 yaşında bayan
- ▶ Nefes darlığı takipneik bir yandan da ağlıyor
- ▶ Ellerinde ebe eli görünümü
- ▶ Kocasıyla tartışırken nefes darlığı başlamış

NE YAPALIM?

OLGU 3

- ▶ 70 yaşında erkek
- ▶ HT hastası
- ▶ Düzenli ilaç kullanmıyor.
- ▶ Akşam yemeğini biraz fazla kaçırmış sonrasında nefes darlığı başlamış
- ▶ TA 210/110 mmHg

OLASI TANINIZ?

DISPNE

- ▶ Zor
- ▶ Çaba sarf ettiren
- ▶ Rahatsız edici

sübjektif bir bulgu

DISPNE

- ▶ Nefes darlığı
- ▶ Soluk alamama
- ▶ Yeterli hava alamama

en sık tarif edilen

DİSPNE

TEK BİR PATOLOJİK DURUMUN BELİRTİSİ
DEĞİLDİR.

YAKLAŞIK 2/3 ünde KARDİYAK YA DA
SOLUNUM PROBLEMLERİ ALTTA YATAR.

DISPNE

- ▶ Takipne
- ▶ Taşikardi
- ▶ Stridor
- ▶ Yardımcı kasların solunuma katılması (scm, interkostal, sternoklavikuler)

OLAYIN CİDDİYETİNİ BELİRLEMEDE YARDIMCI

DISPNE

- ▶ Nefes darlığı yüzünden konuşamama
- ▶ Hipoksi nedeniyle ajitasyon ya da letarji
- ▶ Hiperkapni nedeniyle şuur bulanıklığı
- ▶ Diyaframın yorulması nedeniyle paradoksal karın duvarı hareketi

OKSİJEN, HAVA YOLU KONTROLÜ,
MUHTEMEL MEKANİK VENTİLATÖR
İHTİYACI

HİKAYE

- ▶ Nefes darlığı ani mi yavaş yavaş mı başladı?
 - Akut
 - Spontan pnömotorax
 - Pulmoner emboli(PE),
 - Akut koroner sendrom(AKS)
 - Akut pulmoner ödem
 - Anafilaksi

HİKAYE

- ▶ Nefes darlığı ani mi yavaş yavaş mı başladı?
 - Kronik
 - Pnömoni
 - Konjestif kalp yetmezliği (KKY)
 - Reaktif hava yolu hastalığı
 - Malignensi

HİKAYE

- ▶ Daha önce nefes darlığınız olur muydu?
 - Astım
 - KOAH
 - KKY

HİKAYE

- ▶ Göğüs ağrısı
 - AKS, PE, PNX
- ▶ Çarpıntı, yavaş atım
 - Disritmi
- ▶ Alt ekstremitelerde şişlik
 - KKY, PE (DVT)

HİKAYE

- ▶ Öksürük, balgam, ateş, titreme
 - Pnömoni
- ▶ Kanlı balgam
 - TBC, malignite, enfeksiyon

İPUCU

- ▶ Net anlaşılır uzun cümleler
 - Anlamalı nefes darlığı yoktur.
- ▶ Sadece birkaç kelime konuşabiliyorsa
 - Orta dereceli nefes darlığı vardır

İPUCU

- Bir iki kelime söylerken bile kısa süreli nefes almaya çalışıyorsa
 - Ciddi solunum yetmezliği

İPUCU

- ▶ Anksiyöz ve ajite görünüm HİPOKSI
- ▶ Somnolans HİPERKARBİ lehinedir.

FİZİK MUAYENE

- ▶ Siyanoz , ödem
- ▶ Ateş ????
- ▶ Dik oturur pozisyon
- ▶ Yardımcı solunum kasları katılıyor mu?
- ▶ Göğüs kafesinde hassasiyet, krepitasyon, kitle
- ▶ Wheezing, Ral , Ronküs

WHEEZİNG

- ▶ Bronkospazm
- ▶ Astım
- ▶ KOAH
- ▶ Bronşiolit
- ▶ Akut bronşit
- ▶ Yabancı cisim
- ▶ PE

RAL

- ▶ Pulmoner ödem
- ▶ KKY
- ▶ Pnömoni

RONKÜS

- ▶ Pnömoni
- ▶ Bronşit

TETKİK

- ▶ X-RAY
- ▶ EKG
- ▶ ARTERİYEL KAN GAZI
- ▶ D-DİMER
- ▶ KARDİYAK ENZİM

TETKİK

- ▶ BNP
- ▶ TAM KAN
- ▶ B HCG
- ▶ BT
- ▶ VENTİLYASYON PERFÜZYON GÖRÜNTÜLEME
- ▶ EKOKARDİOGRAFİ

PNÖMONİ

Risk faktörleri

- ▶ Aspirasyon riski
 - Yutma veya özefagus motilite bozukluğu
 - İnme
 - NG beslenme
 - Entübasyon
 - Nöbet ve senkop
- ▶ Bakteriyemi riski
 - Kalıcı vasküler kateterler
 - Toraks içi kateterler
- ▶ Debil hasta
 - Alkolizm
 - İleri yaş
 - Malignite
 - İmmün süpresyon

Risk faktörleri

- ▶ Kronik hastalık
 - Diyabet
 - Böbrek yetmezliği
 - Karaciğer yetmezliği
 - Valvüler kalp hastalığı
 - KKY
- ▶ Pulmoner bozukluklar
 - KOAH
 - Göğüs duvarı bozuklukları
 - Kas iskelet bozuklukları
 - Bronşiyal obstrüksiyon
 - Bronkoscopi
 - Viral akciğer hastalıkları

Semptomlar

- ▶ Öksürük (% 79–91),
- ▶ Halsizlik (%90),
- ▶ Ateş (% 71–75),
- ▶ Dispne (% 67–75),
- ▶ Balgam (% 60–65),
- ▶ Plöretik göğüs ağrısı (% 39–49)

Tanı

► Akciğer grafisi

- İnfiltrasyon
- Ampiyem
- Apse.
- Tüberküloz

► Normal akciğer grafisi

- İlk 24 saat
- Dehidratasyon
- Pneumocystis (carinii) jiroveci pnömonisinde
- Ciddi nötropeni

• Toraks bilgisayarlı tomografi

Tanı

- ▶ Rutin Laboratuvar İncelemeleri
 - Tam kan sayımı, serum elektrolitleri, karaciğer ve böbrek fonksiyon testlerinin pnömoni tanısındaki katkıları sınırlıdır.
 - Prognoz
 - Hastaneye yatış kararı
 - Tedavi seçimi
 - Antibiyotik dozu
 - Siyanoz, ciddi dispne, hipotansiyon, KOAH, bilinç bulanıklığı varsa kan gazları

Tablo 2. TGP Tanısında Laboratuvar İncelemelerin Yeri

	Birinci Basamak	Poliklinik/ Acil Servis	Yatan Hasta
Akciğer grafisi	±	+	+
Kan sayımı	±	+	+
Biyokimya incelemesi	±	+	+
Balgamın Gram boyaması	±	+	+
Balgam kültürü	-	-	+
Kan kültürü	-	-	+
Seroloji	-	-	±
İdrarda pnömokok antijeni	-	-	±
İdrarda Legionella antijeni	-	-	±
Torasentez	-	-	+*
Oksijen satürasyonu ölçümü	±	+	+

* Parapnömonik sıvının komplike olduğu düşünüldüğünde

Tablo 3. CURB-65 Skorlaması*(51)

1. Confusion (Konfüzyon)
 2. Urea (Üre) >42.8 mg/dL, (BUN ölçülüyorsa >20 mg/dL [7 mmol/l])
 3. Respiratory rate (Solunum sayısı) ≥ 30 /dk.
 4. Blood pressure (Kan basıncı) (Sistolik <90 mmHg veya Diyastolik ≤ 60 mmHg)
 5. Yaş ≥ 65 yıl
-

* Her bir ölçütün varlığı 1 puan olarak hesaplanır

Tablo 6. Yoğun Bakım Ünitesine Yatırılma Ölçütleri (15) *

Major

- İnvazif mekanik ventilasyon gereği
- Vazopressör gerektiren septik şok

Minör

- Solunum sayısı ≥ 30 /dak.
- $PaO_2/FIO_2 \leq 250$
- Akciğer radyogramında multilober infiltratlar
- Konfüzyon/dezoryantasyon
- Üremi (BUN ≥ 20 mg/dL)
- Lökopeni (Lökosit $< 4000 /mm^3$)
- Trombositopeni (Trombosit $< 100\ 000 /mm^3$)
- Hipotermi ($< 36^\circ C$)
- Yoğun sıvı yüklemesi gerektiren hipotansiyon

* Tek major veya en az üç minör ölçütün var olması koşulu aranmalıdır.

Tablo 5. Pnömoni Tedavisinde Dikkate Alınması Gereken Değiştirici Faktörler

- 65 yaş ve üzeri
- Eşlik eden hastalık
 - o KOAH
 - o Bronşektazi
 - o Kistik fibroz
 - o Diyabet
 - o Böbrek hastalığı
 - o Konjestif kalp yetmezliği
 - o Karaciğer hastalığı
 - o Malignite
 - o Nörolojik hastalık
- Bir yıl içinde pnömoni tanısı ile yatış
- Aspirasyon şüphesi
- Splenektomi
- Alkolizm
- Malnütrisyon
- Bakımevinde yaşama
- Kortikosteroid kullanımı (Prednizolon ≥ 10 mg/gün, 3 ay süreyle)
- Immunosüpresif tedavi
- İnfluenza sonrası gelişen pnömoni

Tablo 8. Toplumda gelişen pnömonilerde Empirik Tedavi

Grup I	Grup III	Grup II
Hastaneye yatış ölçütlerini taşımayan hastalar CURB-65 <2 (PSI I-III) A) Değiştirici faktör yok B) Değiştirici faktör var	Yoğun bakıma yatış ölçütü yok CURB-65 ≥2 (PSI IV-V)	Yoğun bakıma yatış ölçütü var A) <i>Pseudomonas</i> riski yok [§] B) <i>Pseudomonas</i> riski var
Ayakta Tedavi *	Klinikte Tedavi	Yoğun Bakım Biriminde Tedavi[‡]
Grup IA Amoksisilin# veya Makrolid	Grup II 3. kuşak anti- <i>Pseudomonas</i> olmayan sefalosporin veya beta- laktamaz inhibitörlü aminopenisilin + Makrolid ya da Tek başına yeni florokinolon	Grup IIIA 3. kuşak anti- <i>Pseudomonas</i> olmayan sefalosporin veya beta-laktamaz inhibitörlü aminopenisilin + Makrolid veya yeni florokinolon
Grup IB 2.-3. kuşak oral sefalosporin veya Amoksisilin+klavulanat ± Makrolid veya Doksisisiklin [¶]		Grup IIIB Anti- <i>Pseudomonas</i> beta-laktam (Tablo-9) + Siprofloksasin, veya aminoglikozid + Makrolid [†]

*Üç günlük antibiyotik tedavisine karşın ateşin düşmemesi halinde, hastaneye sevk edilmelidir.

#3 gr/gün dozunda

§*Pseudomonas* riski Tablo-1'de, hastaneye yatış ölçütleri Tablo-3 ve 4'te, yoğun bakım birimine yatırılma ölçütleri Tablo-6'te gösterilmiştir.

†Florokinolon kullanılan hastalarda makrolide gerek yoktur.

‡Yoğun bakım biriminde tüm ilaçlar parenteral uygulanmalıdır.

¶Makrolid veya doksisisiklin ilavesi düşünülen olgularda tek başına yeni florokinolon kullanılabilir

Akut akciğer ödemi

Ani başlangıçlı kalp yetmezliği

- ▶ Sistemik hipertansiyon
- ▶ Myokard enfarktüsü ya da iskemisi
- ▶ Disritmiler
- ▶ Sistemik enfeksiyonlar
- ▶ Anemi
- ▶ Gebelik
- ▶ Diyet, fiziksel, çevresel
- ▶ Tirotoksikoz veya hipotroidi
- ▶ Akut myokardit ya da kapak disfonksiyonu
- ▶ Pulmoner emboli

Akut akciğer ödemi

- ▶ Oksijen
- ▶ IV nitro gliserin: 0.5–0.7 microgram/kg/min başlangıç, 200 microgram/min kadar
- ▶ Morfin 2–5 mg ????
- ▶ Diuretikler: Tek başına kullanılmamalıdır. IV furosemid 40 mg ile başlanabilir. Etkisi 10–15 dk da başlar. 20–30 dk içinde yeterli çıkış yoksa doz arttırılabilir

Pulmoner emboli



Pulmoner emboli

- ▶ >%75 bacaklardaki derin venler
- ▶ Bu olguların da %75'inde proksimal ven
- ▶ Kadınlarda pelvik ven kaynak olabilir
- ▶ Aksiller, subklavian venler, sağ kalp kapak ve boşlukları da emboli kaynağı olabilir
- ▶ Proksimal yerleşimli trombüsler daha yüksek PE insidansı

Well's skorlaması

Tablo 2. Wells (Canadian) pulmoner tromboemboli klinik tahmin skorlaması* (4)

Bulgu	Puan
DVT semptom ve bulguları varlığı	3.0
Alternatif tanı olasılığı düşük	3.0
Taşikardi (>100/dk)	1.5
Son 4 hafta içinde immobilizasyon veya cerrahi öyküsü	1.5
Daha önce DVT veya pulmoner emboli öyküsü	1.5
Hemoptizi	1.0
Kanser varlığı	1.0

* Total skor: <2.0 puan : Düşük klinik olasılık

2.0- 6.0 puan : Orta klinik olasılık

>6.0 puan : Yüksek klinik olasılık

* veya ≤4 puan: PE klinik olasılığı zayıf

>4 puan: PE klinik olasılığı kuvvetli

PE Dışlama Kriterleri (PERC)

- ▶ <50 yaş
- ▶ Nabız <100 /dk
- ▶ SpO₂ $>94\%$
- ▶ Tek taraflı şişlik olmaması
- ▶ Hemoptizi olmaması
- ▶ Son 4 hafta içinde cerrahi veya travma geçirmemiş olmak
- ▶ PE veya DVT öyküsünün olmaması
- ▶ Oral hormon kullanmama

D-dimer

- ▶ D-dimer negatifliği
 - ayaktan başvuran,
 - komorbiditesi olmayan
 - düşük ve orta klinik olasılıklı hastalarda
- ▶ Duyarlılığı yüksek , özgüllüğü düşüktür

Pulmoner emboli



Klinik

- ▶ Masif pulmoner emboli
 - Hipotansiyon–şok veya kardiyopulmoner arrest’in eşlik ettiği akut sağ ventrikül yetmezliği
- ▶ Submasif pulmoner emboli
 - Normal sistemik kan basıncına karşılık ekokardiyografide saptanan sağ ventrikül disfonksiyonu (dilatasyon ve hipokinezi) bulguları
- ▶ Non–masif pulmoner emboli
 - Sistemik kan basıncı ve sağ ventrikül fonksiyonları normal

Trombolitik tedavi

- ▶ Kardiyojenik şok
- ▶ Başka bir nedene (sepsis, hipovolemi, yeni ortaya çıkan aritmi gibi) bağlı olmaksızın persistan hipotansiyon (sistolik TA <90 mmHg)
- ▶ 15 dakika içinde arteriyel tansiyonun bazal değere göre ≥ 40 mmHg düşmesi

UNUTMA

- ▶ KAN GAZI NORMAL OLABİLİR
- ▶ X-RAY NORMAL OLABİLİR
- ▶ SATURASYON NORMAL OLABİLİR

Teşekkürler 😊



Acilci.net
Serbest, Açık, Bilimsel Acil Tıp

SORU?
YORUM?
KATKI?

yusuf.ali.altuncu@ege.edu.tr

@draltuncu

www.acilci.net

