



TÜRKİYE ACİL TIP DERNEĞİ



*TRAKYA
ACİL TIP
GÜNLERİ*

21-23 EYLÜL 2018, ÇANAKKALE

*BİLDİRİ
ÖZET
KİTABI*

TÜRKİYE ACİL TIP DERNEĞİ

3. TRAKYA

ACİL TIP GÜNLERİ

21 - 23 Eylül 2018

18 Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve
Araştırma Hastanesi Konferans Salonu

Çanakkale

BİLDİRİ ÖZET KİTABI

TATD YÖNETİM KURULU

Başkan

Prof. Dr. Ersin Aksay

Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. Hakan Topaçoğlu

Genel Sekreter

Doç. Dr. Bülent Erbil

Sayman

Prof. Dr. Serkan Yılmaz

Üyeler

Prof. Dr. Süleyman Türedi

Doç. Dr. Orhan Çınar

Doç.Dr. Başak Bayram

Doç.Dr. Serkan Emre Eroğlu

Doç. Dr. Recep Dursun

Uzm. Dr. Özgür Çevrim

Uzm. Dr. Özlem Dikme

Sempozyum Başkanları

Prof. Dr. Okhan Akdur

Prof. Dr. Ersin Aksay

Sempozyum Bilimsel Düzenleme Kurulu

Prof. Dr. Arzu Denizbaşı

Prof. Dr. Hakan Topaçoğlu

Prof. Dr. Serkan Yılmaz

Doç. Dr. Mustafa Burak Sayhan

Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin Şahin

Uzm. Dr. Murat Çetin

BİLİMSEL PROGRAM

TATD 3. Trakya Acil Tıp Günleri

21 Eylül 2018

14:00

Açılış - Prof. Dr. Okhan Akdur, Prof. Dr. Ersin Aksay

14:30 - 15:30

Moderatör: Prof. Dr. Arzu Denizbaşı

Kardiyopulmoner resüsitasyonda yenilikler

Doç. Dr. Başak Bayram

Kritik hastada zor hava yolu yönetimi

Dr. Öğr. Üyesi Okan Bardakçı

Postresüsitasyon bakım

Dr. Öğr. Üyesi Murat Daş

16:00 - 17:30

Moderatör: Doç. Dr. Mustafa Burak Sayhan

Kritik hastada EKG

Doç. Dr. Murat Yücel

Kritik hasta yönetiminde USG kullanımı

Doç. Dr. Funda Karbek Akarca

Kritik hastada kan gazı analizi

Uzm. Dr. Vermi Değerli

TATD 3. Trakya Acil Tıp Günleri

22 Eylül 2018

08.00 - 09.00 Sözel Bildiriler

Moderatör: Prof. Dr. Ersin Aksay

09:00 - 10:30 Moderatör: Prof. Dr. Serkan Yılmaz

Non invaziv mekanik ventilasyon & HFNO

Doç. Dr. Elif Postacı Yaka

Mekanik Ventilasyon ilkeleri

Uzm. Dr. Hüseyin Cahit Halhallı

Solunum yetmezliğinde yeni uygulamalar

Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin Şahin

11:00 - 12:30 Moderatör: Prof. Dr. Hakan Topaçoğlu

Akut İskemik İnme Yönetimi

Doç. Dr. Serkan Emre Eroğlu

KOAH tedavisinde yenilikler

Prof. Dr. Serkan Yılmaz

STEMI'de reperfüzyon ilkeleri

Prof. Dr. Ersin Aksay

13.30 - 14.30 Sözel Bildiriler

Moderatör: Prof. Dr. Okhan Akdur

Uzm. Dr. Behçet Varışlı

TATD 3. Trakya Acil Tıp Günleri

14:30 - 16.00 Moderatör: Prof. Dr. Ersin Aksay

Kritik zehirlenmelerin yönetimi

Prof. Dr. Arzu Denizbaşı

Septik şok yönetimi ve yenilikler

Uzm. Dr. Murat Çetin

Kritik hastada kan ürünlerinin kullanımı

Doç. Dr. Özge Duman Atilla

16:30 - 18:00 Moderatör: Prof. Dr. Okhan Akdur

Kritik hastada inotrop ve sıvı resusitasyon ilkeleri

Uzm. Dr. Sercan Yalçınlı

Acil serviste senkop hastasının yönetimi

Uzm. Dr. Özgür Dikme

Pulmoner emboli tanı ve tedavi süreçleri

Doç. Dr. Tuğba Cimilli Öztürk

19:30 Gala Yemeği

23 Eylül 2018

09:00 Sosyal Program

Truva Antik Şehri-Athena Tapınağı, Assos Gezisi

POSTER BİLDİRİLER

P 01. Alkol alımı sırasında aniden gelişen nefes darlığı

Yazarlar: Çağdaş Derdiyok¹, Mustafa Burak Sayhan¹, Ömer Salt¹, Sinan Tetik¹

¹Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

Bildiri Özeti:

52 yaşında erkek hasta alkol alımı sırasında aniden kötüleşmesi üzerine yakınları tarafından 112 aranarak Trakya Üniversitesi hastanesi acil servisine getirildi. Hastanın kendisi ve yakınları tarafından alkol alımı nedeniyle ayrıntılı ve anlamlı bir anamnez alınamadı. Sadece durumun aniden oluştuğu anlaşılabilirdi. Hastanın acil servisteki ilk vital bulguları; kan basıncı 95/65mmHg, kalp tepe atımı 110/dk, ateş: 36,8C, solunum sayısı:40,oksijen saturasyonu. 86'idi. Hastanın genel durumu kötü GKS:10, bilinç konfüze ,cilt ıslak ,takipneik, yaygın ronkus, wheezing taşikardik, uvula ödemi görülen hasta anamnez sorgulanamadığı için anafilaksi tablosu olarak tanı alıp ilk tedavi olarak vastus lateralisten im adrenalin yapıldı. Hastanın genel durumu toparladıktan sonra verdiği anamnezde hastanın arılara karşı allerjisi olduğu alkol alımı sırasında bir böceğin kendisini ısıracağı muhtemel arı olabileceğini belirtti. Vakamızda da olduğu gibi oluşan tabloyu anlatacak başka tablolar(alkol alımı vb...) tanıyı geciktirip kişinin tedavisi aksatabilir. Kişinin o an size anamnez doğru şekilde verememesi rağmen klinikle sonrası anafilaksi ön tanısıyla hareket ettiğimiz vakamızı sizlere sunmak istedik. Anafilaksi tablosu acilde öyle durumlarda gelebiliyor ki bazen ilk tanısını acil serviste alması kaçınılmaz olabiliyor. Bu nedenle anafilaksiyi acilin önemli bir tanısı olduğunu hatırlatmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Alkol, Arı, Anafilaksi

P 02. Mesanede Hava mı Var?

Yazarlar: Muhammed Fatih Cırıl¹, Ferhat Yıldız¹, Hüseyin Özer¹, Tuba Cimilli Öztürk¹, Özge Ecmel Onur²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

²Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

Bildiri Özeti:

Giriş: Amfizematöz sistit (AS), alt üriner sistem enfeksiyonlarının ciddi bir formudur. Hastalığın spesifik klinik bulguları olmadığından tanı görüntüleme yöntemleri ile konulmaktadır. Bu olgumuzda, idrar yapmakta güçlük, idrar renginde koyulaşma gibi non-spesifik üriner şikayetleri ile başvuran ve bilgisayarlı tomografi (BT) ile AS tanısı alan bir vaka sunulmaktadır.

Olgu Sunumu:73 yaşında kadın hasta idrar yaparken zorlanma, idrar renginde koyulaşma ateş şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Geliş vitalleri; Ateş: 36,8°C, Kan basıncı: 116/51 mm/Hg, nabız: 98 vuru/dk sPO₂: %98 idi. Özgeçmişinde tip2 diyabeti ve siroz öyküsü olan hastanın muayenesinde suprapubik hassasiyet dışında bir özellik saptanmadı. Tetkiklerinde lökosit 6,400/mm³(4,500-11,000/mm³), C-reaktif protein 0.10 mg/L (0-5 mg/L), glukoz 150 mg/dL (80-110 mg/dL) olup diğer biyokimyasal parametreler normal sınırlar içerisindeydi. İdrar mikroskopisinde 2+ lökosit, 3+ eritrosit mevcuttu. Çekilen intravenöz (IV) kontrastlı batın tomografisinde mesane içerisinde seviyelenme gösteren hava imajı ve mesane duvarında hava dansiteleri tespit edilmesi üzerine AS olarak değerlendirilen hastaya idrar kültürü alınarak ampirik antibiyoterapi başlandı. Takibinde kültür antibiyogramına uygun tedavi almış olması sebebiyle mevcut tedavisine devam edilerek yakın kan şekeri takibi ile izlendi. Genel durumu düzelen hasta poliklinik kontrollerine çağrıldı. Şikayetlerinin tamamen gerilediği görüldü.

Tartışma: AS ilk defa Bailey tarafından 1961 yılında tanımlanmıştır. Vakaların yaklaşık üçte ikisinin kadın olduğu ve bunlarında %60'ında diyabetes mellitus bulunduğu bildirilmiştir. Çoğu üriner sistem enfeksiyonunda görüntüleme yöntemleri gerekmesede AS tanısı radyolojik olarak konmaktadır ve BT en iyi tanı yöntemidir. Tedavisi antibiyoterapi, kan glukoz seviyesi ve altta yatan hastalıkların kontrolünü içerir.

Sonuç: Ön tanılarda AS düşünülmediği zaman tanı koymak zordur fakat tanısı genelde etyolojiyi araştırmak için çekilen batın BT'de rastlantısal olarak konur. İdrar yollarının amfizematöz koşulları hayatı tehdit edici olabilir. Özellikle DM, nörolojenik mesane ve ortaları yaş kadınlarda komplike idrar yolu enfeksiyonu ayırıcı tanısında AS akılda tutulmalı ve tanısı koyulduğu takdirde hastalar genel durumları iyi de olsa kan şekeri regülasyonu ve komplikasyonların takibi için yatırılarak tedavi edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Amfizematöz Sistit

P 03. Göğüs Ağrısı Ayırıcı Tanısında Derin Yumuşak Doku Apsesi

Yazarlar: Aziz Vatan¹, Özgür Dikme¹, Özlem Dikme²

¹İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

¹Koç Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

Bildiri Özeti:

Giriş: Kardiyak cerrahi sonrası yüzeysel ya da derin cerrahi bölge enfeksiyonları sık görülmekte ve ciddi komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bu olguda koroner arter bypass greft (CABG) operasyonu sonrası acil servise göğüs ağrısı şikayetiyle başvuran bir hastayı sunduk.

Olgu Sunumu: 58 yaşında erkek hasta 10 gündür ara ara olan, son bir saattir kesintisiz devam eden, tipini tam olarak tarif edemediği göğüs ağrısı, bulantı ve soğuk terleme şikayetleriyle acil servise başvurdu. Bilinen hipertansiyon ve koroner hastalık öyküsü mevcut olan hastanın bir ay öncesinde CABG operasyonu geçirdiği öğrenildi. Soy geçmişinde özellik saptanmadı. Vital parametreleri normal olarak değerlendirildi. Fizik muayenesinde sternotomi skarı haricinde anlamlı bir patoloji saptanmadı. 12 derivasyon EKG’de sinüs ritmi ve V1-2 T negatifliği olduğu görüldü. Tam kan sayımı ve biyokimyasal parametreleri normal olarak değerlendirildi. Akciğer grafisinde kardiyotorasik oranın artmış olduğu görüldü. Troponin I normal sınırlarda geldi. Ekokardiyografide EF: %50, hipokinetik interventriküler septum ve minimal triküspit yetersizlik saptandı. Göğüs ağrısı ayırıcı tanısına yönelik çekilen intravenöz kontrastlı torako-abdominal tomografide perikardın anterior komşuluğunda, sternum posteriorunda 46X14 mm boyutlarında, kontrast tutulumu mevcut olan apse ile uyumlu görünüm saptandı. Kalp damar cerrahisi tarafından apse drenajı yapılan hasta, drenaj sonrası 3. Günde komplikasyonsuz olarak taburcu edildi.

Sonuç: Acil servise göğüs ağrısı ile başvuran ve özellikle komorbid hastalık öyküsü olan CABG’li hastalarda klinik bulgulardan bağımsız olarak yüzeysel ya da derin yumuşak doku absesi ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Acil Servis, Göğüs Ağrısı, Yumuşak Doku Absesi

P 04. Ensefalitin Nadir Nedeni, Kuduz: Olgu Sunumu

Yazarlar: Okan Bardakçı¹, Murat Daş¹, M.Fatih Tütüncü¹, Canan Akman¹, Okhan Akdur¹
¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı

Bildiri Özeti:

Giriş: Kuduz Lyssavirus ailesinden, tek sarmallı zarflı bir RNA virüsünün enfeksiyon sonucu ortaya çıkar. Enfeksiyonun 5 aşamalıdır; inkübasyon, prodrome, akut nörolojik periyot, koma, ölüm. Bu sunum ensefalit ön tanısı ile acil servise gelen, kuduz enfeksiyonuna bağlı ölümlerle sonuçlanan olguyu içermektedir.

Olgu sunumu: Otuz beş yaşında erkek, merkezimize, bilinç değişikliği ayırıcı tanısı için sevk edildi. Hasta yakınlarından, 3 gündür ateş yüksekliği, 2 gündür davranış değişikliği olduğu bilgisine ulaşıldı. Başvurusunda genel durum orta, kooperasyon, oryantasyon zayıf, ajitasyon ve sürekli anlamsız konuşma mevcuttu. Kan basıncı 115/74mmHg, vücut ısısı:39°C, kalp atımı:124 atım/dk, solunum sayısı:16/dk idi. Orofarenks normal idi. Solunum sesleri her iki hemitoraksta eşit ve patolojik ses yoktu. Karın muayenesi normaldi. Sol el baş parmak bölgesinde hiperemik lezyon mevcuttu. Hasta yakınından sol eldeki bu lezyonun 3 ay önce Azerbaycan'da bir köpek ısırığı sonucu olduğu ve aşılama yapılmadığı öğrenildi. Hasta ajitasyonuna yönelik 5 mg midazolam intravenöz uygulanarak sedatize edildi. Hastanın ense sertliği ve lateralizan bulgusu yoktu. Kan analizinde beyaz küre 15100uL, hemoglobin 14,9mg/dL bulundu. Karaciğer ve böbrek fonksiyonları normal idi. Elektrolitler normal sınırlarda izlendi. C-reaktif protein 0.98u/L (0,8 üst sınır) olarak ölçüldü. Kraniyal bilgisayarlı tomografi ve difüzyon manyetik rezonans görüntüleme patoloji saptanmadı. Lomber ponksiyonda, BOS basıncı normal, berrak renkte olduğu görüldü. Direkt mikroskopide 17 lökosit görüldüğü için enfeksiyon hastalıkları kliniğine viral ensefalit ön tanısı ile yatışı verildi. Alınan BOS örneği Ankara'da Sağlık Bakanlığı Laboratuvarına kuduz testi için gönderildi. Enfeksiyon hastalıklarında yatışının 2. gününde bilinci kötüleşen hasta entübe edildi. Yoğun bakımda yer olmadığından sevk edildi. Dış merkezde 1 gün takip edilen hastanın eksitus olduğu öğrenildi. Eş zamanlı Ankara'daki laboratuardan kuduz pozitif gelmesi üzerine hasta ile temas eden merkezimizdeki 84 sağlık personeline kuduz immünizasyonu yapıldı.

Sonuç: Yeni gelişen ateş yüksekliği ve davranış değişikliği olan hastalarda ensefalitin nadir ancak mortal seyreden nedeni kuduz olabilir. Bu hastalarda şüpheli hayvan teması ve profilaksi uygulaması mutlaka sorgulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Acil Servis, Ensefalit, Kuduz

P 05. Bacaklarım alerji oldu

Yazarlar: Günay Nahmadova¹, Merve Yanıker¹, Serhat Örün¹, Sercan Bıçakçı¹, Hüseyin Şahin¹, M.Numan Erdem¹

¹Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı

Bildiri Özeti:

Giriş: Lökositoklastik vaskülit ,küçük damarların inflamasyonu ile karakterize bir hastalıktır.Hastalarda özellikle alt ekstremitelerde oluşan palpable purpuralar tipiktir.Olguların bir kısmında neden bilinmemekle birlikte etiyojide; ilaçlar, enfeksiyonlar, maliginiteler, sistemik inflamatuvar hastalıklar yer almaktadır.Bizim vakamızda da ciprofloksasin kullanımı sonrası gelişen bir lökositoklastik vaskülit hastası sunulmuştur.

Vaka: Altmış iki yaşında kadın hasta,3 gündür süren ishal, siyah renkte dışkılama ve bacaklarda döküntü nedeniyle acil servise başvurdu. Anamnezinde 3 gündür ciprofloksasin kullanımı öyküsü olan hastanın siyah renkte dışkılama ve alt ekstremitte ön yüzünde döküntüleri oluşması nedeniyle acil servise başvurduğu öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde batında yaygın hassasiyeti vardı ve rektal tuşesinde melena mevcuttu. Aynı zamanda her iki bacak ön yüzünde palpe edilebilir purpuralar vardı. Gastroenteroloji bölümünce değerlendirilen hasta gastrointestinal sistem kanaması ve HSP ön tanısıyla ileri tetkik ve tedavi amacıyla hastaneye yatırıldı. Cilt biopsisi planlanan hastanın biopsi sonucu lökositoklastik vaskülit lehine yorumlandı. Dermatoloji ve romatoloji konsültasyonu sonucu prednol tedavisi baslanan hastanın 13 günlük tedavisi sonrası şifa ile taburcu oldu.

Sonuç: Genellikle benign karakterde seyreden lökositoklastik vaskülit,tedavi ile sekelsiz iyileşebilmekte,hafif vakalarda ise kendi kendini dahi sınırlayabilmektedir. Sistemik steroidler tedavide önemli olmasına karşın,tedavideki bir diğer anahtar nokta ise alttaki patolojinin belirlenmesidir.

Anahtar Kelimeler: Vaskülit, Palpable Purpura

P 06. Diyabetik yaralarda Nekrotizan fasiit

Yazarlar: Günay Nahmadova¹, Merve Yanıker¹, Serhat Örün¹, Sercan Bıçakçı¹, Hüseyin Şahin¹, M. Numan Erdem¹

¹Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı

Bildiri Özeti:

Giriş: Nekrotizan fasiit deri, subkutan doku ve fasyaların hızlı, yaygın ve tedavi edilmezse fulminan seyreden nekrozudur. Genellikle travma sonrası meydana gelmektedir. DM, alkolizm, HIV, kanser ve immüsupresyon risk faktörleridir.

Vaka 1: Bilinen DM öyküsü olan 47 yaşında kadın hasta 4 gündür var olan kasıklarda ağrı, şişlik ve kötü koku şikayetiyle acil servisimize başvurdu. 4 gün önce sellülit ön tanısı ile antibiyoterapi başlanan hastanın şikayetleri gerilememiş aksine ağrı ve şişliğinde artması olmuş. Muayene sırasında hastanın sağ uyluğunda eritem, yer yer mavi büllöz lezyonlar ve palpasyonla krepitasyon saptandı. Yapılan görüntülemelerde direkt grafi ve USG'de cilt altı serbest hava imajları görülen hasta nekrotizan fasiit ön tanısı ile ortopedi ile konsülte edildi. Hasta acil ameliyata alınarak nekrotize dokular debride edildi ve antibiyoterapi başlandı.

Vaka 2: Bilinen DM öyküsü olan 83 yaşında kadın hasta 1 haftadır olan sol uylukta ağrı, şişlik şikayetiyle acil servisimize başvurdu. Yapılan muayenesinde sol uyluk iç yüzde ödem görülen hastanın palpasyonla lezyon bölgesinde krepitasyon saptandı. Çekilen grafilere cilt altı serbest hava görüldü. Nekrotizan fasiit düşünülen hasta ortopedi ile konsülte edildi. Acil operasyona alınan hastanın nekrotize dokuları debride edilerek antibiyoterapi başlandı.

Tartışma: Nekrotizan fasiit genellikle enjeksiyon, böcek ısırığı, cerrahi insizyon gibi subkutan dokunun travması sonrası gelişir. Spontan gelişimi nadir olsa da DM, immüsupresyon ve alkolizme bağlı olarak meydana gelebilmektedir. Diyabetik yaralara bağlı olarak gelişen nekrotizan fasiit hastalarında genelde ağrı, şişlik ve ateş şikayetleri mevcuttur. Klinik genelde etrafı eritemli, ödemli abse görünümündedir. Erken dönemde sellülit ile karışabilmektedir. Hastaların ilerleyen döneminde ciltte mavi lekelenmeler ve büller ortaya çıkabilir. Palpasyonla krepitasyon alınabilir. Nekrotizan yumuşak doku infeksiyonlarının %50-75'i polimikrobiyal infeksiyonlardır. Gram (+) kok, gram(-) çomak ve anaeroplara kombine bir enfeksiyondur. Bu nedenle sellülit düşünülerek verilen tedavi ile semptomlarda gerileme olmaz. Hastalarda geniş spektrumlu antibiyoterapinin yanı sıra mutlaka erken dönem debridman gereklidir. Debridman ne kadar gecikirse mortalite oranı o

TATD 3. Trakya Acil Tıp Günleri

kadar yükselir. Bazen hastalarda debridmanın yeterli olmadığı durumlarda amputasyon gerekebilmektedir.

Sonuç: Nekrotizan fasiit erken dönemde sellülit ile karışabilen hızlı mortal bir cilt enfeksiyonudur. Tedavide hızlı tanı ve debridman hayat kurtarıcıdır.

Anahtar Kelimeler: Nekrotizan fasiit, Diyabet

SÖZEL BİLDİRİLER

S 01. Akut mezenter iskemi hastalarında hemogram parametreleri tıkanıklığın düzeyi ve yeri ile ilişkili midir?

Yazarlar: Erkman Sanrı¹, Sinan Karacabey¹, Haldun Akoğlu¹

¹Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

Bildiri Özeti:

Amaç: Akut mesenterik iskemi (AMİ), erken teşhis ve tedaviye ihtiyaç duyan yüksek mortaliteye sahip bir hastalıktır. AMİ için hızlı bir prognostik araç araştırılmaktadır. Hemogram parametreleri ise; ucuz ve hızlı olduklarından, acil servislerde yaygın olarak kullanılan tanısal araçlardır. Bu çalışmadaki birincil amacımız, superior mezenterik arter (SMA) ve trunkus çöliyakustaki (TÇ) obstrüksiyon düzeylerinin öngörülmesinde, hemogramparametrelerinin önemini değerlendirilmesidir. İkincil amacımız ise AMİ hastalarında obstrüksiyonun yerinin belirlenmesinde hemogram parametrelerinin önemini değerlendirilmesidir. **Yöntem:** Bu retrospektif çalışmada, 214 AMİ hastasının tıbbi kayıtları incelenerek; hemoglobun, hematokrit, trombosit, MPV, RDW değerleri ve bilgisayarlı tomografi sonuçları kaydedilmiştir. Kayıtlarında eksikleri olan hastalar dışlanmıştır ve 208 hasta çalışmaya dahil edilmiştir.

Bulgular: 208 AMİ hastasının 123'ü (% 59.1) erkekti. Medyan yaş 68'idi (IQR: 59, 77). SMA'da ve TÇ'da obstrüksiyon düzeyi grupları arasında, hemogramparametreleri açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı. Obstrüksiyon lokasyon grupları arasındaki fark da hemogram parametreleri açısından klinik olarak anlamlı değildi.

Sonuç: AMİ hastalarında, hemogram parametrelerinin, obstrüksiyonun düzeyi ve lokasyonu ile ilişkili olmadığını tespit ettik. Diğer patofizyolojik süreçler, bu hastaların hayatta kalması için daha önemli gibi görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akut mezenterik iskemi, Hemogram parametreleri, Bilgisayarlı tomografi, RDW, MPV.

S 02. Asetaminofen, naproksen sodyum ve alkol alan hastada kan gazı değerlendirilmesi: Bir vaka

Yazarlar: Çiğdem Özpolat¹, Arzu Denizbaşı¹

¹Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

Bildiri Özeti:

Giriş: İntihar amaçlı yaklaşık toplamda 40 adet asetaminofen tablet ve naproksen sodyum tablet almış olan 52 yaşında alkollü erkek hasta acil servise getirildi. Aktif şikayeti olmayan hastaya acil serviste Ulusal Zehir danışma merkezi önerisi ile tedaviye başlandı.

Vaka: Hastaya Ulusal Zehirlenme Merkezi önerisi doğrultusunda ve toplamda 4 saat geçmiş olduğu sonradan tespit edilmeden önce dekontaminasyon ve aktif kömür uygulandı. Alkol kokusu olan ilaçlar ile beraber hasta ayrıca 4 şişe bira içtiğini de ifade etti. Yapılan detaylı fizik muayenesinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Hastanın biyokimya ve kan gazı parametreleri takibe alındı. Hastada aldığı ilaçların kan düzeyi yollanamadığı için ilaç toksisitesi klinik anlamda gözlem altına alındı. Hastanın kombine olarak aldığı Asetaminofen ve Naproksen sodyum toksik düzeylerde olarak kabul edildi. Asetaminofen antidotu olarak NAC tedavisi başlandı. Naproksen sodyum için antidot mevcut olmadığı için destek tedavisi yapıldı. Takiplerinde hastada Hemogram düzeylerinde bir fark olmamasına rağmen biyokimya testlerinde PT ve LDH düzeylerinde artış saptandı. Özellikle gelişinde PT: 14 iken 8 saat sonra PT: 20.3 seviyesine çıktı. Gelişinde venöz kan gazı; pH:7.47, HCO₃: 20.5, Baz açığı: -1.3, Laktat: 5.5 olan hastada 8 saat sonra venöz kan gazı; pH: 7.37, HCO₃: 19.7, Baz Açığı: -4.2, Laktat:2.3 olarak tespit edildi.

Sonuç: Kombine ilaç ve alkol alımları ile olan zehirlenmelerde hastaların genel klinik durumu sorunsuz ve stabil olarak göründe bile yakın takip gerekmektedir. Ülkemiz şartlarında her an tarama testi yapmak, toksik ajan düzeyini saptamak her an mümkün olmamakta ve ya analiz sonuçları geç geldiği için tedaviyi yönlendirmede faydalı olmamaktadır. Bu vaka bazında aldığı ilaçların çeşitli sistemik etkileri de tartışılacaktır

Anahtar Kelimeler: Asetaminofen, Naproksen, Alkol

S 03. Miliyer akciğer görüntülü bir vakanın düşündürdükleri

Yazarlar: Serhad Ömercikoğlu¹, Arzu Denizbaşı¹

¹Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

Bildiri Özeti:

Giriş: 44 yaşında yabancı uyruklu kadın hasta nefes darlığı nedeniyle 112 tarafından getirildi. Yaklaşık 4 aydır Türkiye’ de yaşayan ve ayakkabı atölyesinde çalışan kadın hasta son 3 aydır öksürük ve balgam şikayeti yaşıyormuş.

Vaka: Acil serviste hasta ilk değerlendirildiğinde zayıf, düşkün halde idi. GKS: 15; TA: 120/78 mm Hg, Nabız: 97/ dak, SO₂: %96 (4 lt oksijen altında), SS: 26/ dak, Ateş: 36.7° C. Öyküden anlaşılabilirdiği kadarı ile 3 ay önce kendisine “Restriktif Akciğer hastalığı” nedeniyle inhaler tedavi başlanmış idi. Ancak semptomlar gerilemediği gibi gece terlemeleri ile birlikte 12 kg kaybı olmuştu. Fizik muayenede solunum sesleri kabalaşmış ve ekspiriyumu uzun idi, batında özellik yoktu. Periferde ödem veya bacaklarda çap farkı yoktu. Akciğer grafisinde milier görünümü olan hastadan akciğer BT ayırıcı tanı için istendi. İlk incelenen arteryal kan gazında (oda havasında) pH: 7.44, PCO₂: 28, PO₂:42, SO₂: %67, HCO₃: 19, laktat:2.9 olarak tespit edildi. Oksijen tedavisi kesintisiz uygulanmaya başlandı. 4 lt oksijen altında SO₂: %96 düzeylerinde olacak şekilde hasta takip edildi. Hemogramda ilk ölçümde; WBC:15900, NEU: 13300, Hg: 14, Plt: 248000 idi. Takiplerinde hemogramda anlamlı değişiklik yoktu. Hastanın CRP düzeyleri 3.56- 7.65 arasında değişiklik gösterdi. Çekilen Akciğer BT görüntüsü üzerine hastada Akciğer tüberkülozu açısından değerlendirme ve izolasyon tedbirleri başladı.

Sonuç: Acile servislere nefes darlığı nedeniyle başvuran hastaların azımsanmayacak bir kısmının ayırıcı tanısında Tüberküloz enfeksiyonları vardır. Solunum, sindirim ve santral sinir sistemindeki enfeksiyonlarda özellikle riskli gruplarda tanı ve tedaviye yönelik erken girişimler acil serviste başlatılmalıdır

Anahtar Kelimeler: Miliyer Akciğer, Tüberküloz, Restriktif Akciğer

S 04. Kimyasal göz yaralanmalarının epidemiyolojik özellikleri

Yazarlar: Tevfik Oğurel¹, Oğuz Eroğlu², Figen Coşkun²

¹Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı

²Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

Bildiri Özeti:

Amaç: Kimyasal göz yaralanması nedeniyle acil servise başvuran hastaların epidemiyolojik özelliklerini incelemek.

Yöntem: Ocak 2014 ile Ocak 2018 tarihleri arasında kimyasal göz yaralanması nedeniyle acil servise başvuran hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet, etkilenen göz tarafı, etken kimyasal madde, hasar miktarı, göz muayenesi bulguları ve uygulanan tedaviler kaydedildi. Hastaların başvuru anındaki ve tedavi sonrası görme keskinliği değerlendirilmesinde Snellen'in görme keskinliği çizelgesi kullanıldı. Veriler SPSS 21.0'da analiz edildi.

Bulgular: Toplam 27 hastanın 18'i erkek 9'u kadın ve yaş ortalaması 37.5 ± 14.30 (5-58)/yıl idi. Başlangıç görme keskinliği el hareketi düzeyinden 0.7 'ye kadar değişkenlik göstermekte iken, tedavi sonrasında 0,05 ile tam görme düzeyindeydi. Erkeklerde sanayi ve zirai madde kaynaklı yaralanmalar, kadınlarda ise daha çok temizlik malzemelerine bağlı yaralanmalar ön plandaydı.

Sonuç: Kimyasal yaralanmalar, ciddi görme kaybına yol açabilecek önemli göz acillerindedir. Çoğu zaman hasara yol açan kimyasal maddelerle ilgili bilgiler eksik veya yetersizdir. Acil servise başvuru anında kimyasal maddenin genel özelliklerinin bilinmesi; yapılacak tıbbi müdahaleleri şekillendirebileceği gibi, kimyasal gözyaralanmalarına bağlı telafisi güç oküler komplikasyonların da önüne geçilmesini sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Acil Servis, Göz, Kimyasal Yaralanma

S 05. Acil Tıp Uzmanlık Öğrencisinin Yurtdışı Acil Tıp Kliniği İle İlgili İzlenimleri

Yazarlar: Muhammed Fatih Tütüncü¹

¹Çanakkale Onsekiz Mart Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

Bildiri Özeti:

Amaç: Türkiye Acil Tıp Derneği desteği ile 01.05.2018 tarihinde Amerika'nın New York şehrinde "Kings County Hospital" da Acil Tıp Kliniğine gerçekleştirmiş olduğum bir ay süreli ziyaretim sırasındaki gözlemlerimi aktarmak.

Bulgular: Bir aylık süre boyunca Amerika'da hizmet veren bir Acil Tıp kliniği ve Acil Servisin işleyişini gözleme imkanı buldum. "Kings County Hospital'ın" bulunduğu bölge sosyoekonomik düzeyi diğer bölgelere göre düşük olan insanlardan oluşuyordu. Bu yüzden çoğu insanın sağlık sigortası yoktu ancak sigortası olmayan insanlar da acil servisten yararlanabiliyordu. Genel olarak hasta yoğunluğu fazla olan bir Acil Servisti. Günlük ortalama 300 hasta başvurusu var idi. Amerika da ki diğer hastane ortalamalarına göre bu bir hayli yüksek idi. Acil serviste 8 adet triaj odası vardı. Her nöbet şiftinde 4 uzman, 12-13 asistan görevli olarak çalışıyordu. Başvuru sonrasında her hasta hemen triaja alınıp değerlendiriliyor sonrasında hastalar yapılan triaja göre bekleme alanına veya CCT (critical care and trauma) bölümüne alınıyordu. Göğüs ağrısı ile gelen hastaların triajda Elektrokardiyografisi çekiliyor ve Acil Servis içerisindeki uzmanın değerlendirmesi sağlanıyordu. Akut iskemi bulgusu yoksa hasta bekletiliyor varsa acil servise hemen kabul ediliyordu. 911 sistemi son derece efektif kullanılıyor. Örneğin yaşlı ve komorbiditesi olan bir hasta 911'in ulaşması, paramedik ön değerlendirme sonrasında komuta merkezi hastanedeki o günkü acil nöroloji konsultanına ulaşarak uzmanın acil serviste hastayı beklemesi sağlanıyor. Ambulans girişindeki triajda konsultan hastayı değerlendiriyor ve akut stroke düşündüğü durumda hemen tomografisini çektirtiyor ardından hasta CCT ye alınıyor, eğer durumu akut değilse ADULT EMERGENCY (bizdeki sarı alan gibi düşünebiliriz) bölümünde müşahade altına alınıyor. Hastaların triaj sonrası eğer acil patolojileri yoksa ki bizdeki gibi yeşil alan başvurular oldukça fazla o tarz hastalarda FAST TRACK diye adlandırılan bölümde sıraya alınıyor.

Sonuç: Sonuç olarak örnek alınabilecek bir Acil Sağlık Hizmeti sunumu ve bunun içerisinde yer alan ideal denebilecek bir Acil Servisi bir ay süresince gözlemleyerek bu konuda tecrübe ve deneyimimi artırma fırsatı buldum.

Anahtar Kelimeler: Yurt Dışı Gözlem Tecrübesi

S 06. Marfan Sendromlu Bir Olguda İntrakraniyal Kanama

Yazarlar: Sinan Karacabey¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Bildiri Özeti:

Giriş: Marfan sendromu, vücut içindeki bağ dokusunu etkileyen kalıtsal bir hastalıktır. Özellikle, kardiyovasküler, oküler ve kas iskelet sistemini tutar. Nörolojik bulgularla birlikteliği de karşımıza çıkmaktadır; anevrizma ile ilişkisi hala tartışmalıdır. Burada, Marfan sendromlu bir hastada intrakraniyal anevrizma ile ilişkili bir kanıt bulunmayan bir intraserebellar hemoraji olgusunu sunuyoruz.

Vaka: 28 yaşında erkek hasta acil servisimize bilinç kaybı nedeniyle başvuruyor. Bilinen Marfan tanısı mevcut olan hasta biline net bir hastalık öyküsü yok. Hastaya Beyin Tomografisi çekiliyor ve intraparakriyal hematoma tespit ediliyor. Sonrasında hastaya CT anjiyografi yapılıyor. Yapılan CT anjiyografide anevrizmaya veya arteriyovenöz malformasyona rastlanılmaması üzerine hasta nöroloji ile jkonsülte edilip yatırılıyor. 5 haftanın sonunda klinik durumu düzelen semptomları gerileyen hasta taburcu ediliyor.

Tartışma: Marfan sendromlu hastalar vasküler anomaliler açısından yüksek risk altında olsa da, serebral anevrizma ile açık bir ilişki henüz kurulmamıştır. Bizim hastamızda da vasküler bire anomalie rastlamadık. Tıp literatüründe bu konuyla alakalı karşıt görüşler vardır. Bu tartışmalı ilişkiyi daha iyi açıklığa kavuşturmak için daha ileri çalışmalar gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: İntrakraniyal kanama, marfan sendromu, vasküler anomali

S 07. Hiperemezis gravidaruma sekonder gelişen boerhaave sendromu: bir olgu sunumu

Yazarlar: Erkman Sanrı¹

¹Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

Bildiri Özeti:

Giriş: Boerhaave sendromu, özofagusun spontan perforasyonu olarak tanımlanmaktadır. Her ne kadar nadir bir durum olsa da, yüksek morbidite ve mortaliteye sahiptir. Boerhaave sendromu tedavisi için kanıta dayalı kılavuzlar sınırlıdır. Cerrahi veya konservatif tedavi yöntemlerinin birbirlerine üstünlükleri halen tartışılmaktadır. En olası mekanizma, kapalı glottise rağmen zorlu alveolar barotravmaya sebep olan intra-alveolar basıncın aniden yükselmesi olarak tanımlanmaktadır. Hiperemezis gravidaruma bağlı sık ve şiddetli kusma epizodları bu barotravmayı oluşturabilmektedir. Bu olgu sunumunda Hiperemezis gravidaruma sekonder gelişen Boerhaavesendromundan bahsedilmektedir.

Olgu: 22 yaşında 14 haftalık gebe hasta acil servise yoğun kusma ve göğüs ağrısı şikayetleri ile başvurdu. Hastanın 6 haftadır olan yoğun hiperemezis gravidarum öyküsü mevcut. Hastanın gelişinde GKS:15, TA: 100/75 mmHg, Nabız: 108/dk, Solunum sayısı: 16/dk, vücut ısısı: 36.6 idi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde boyunda yaygın cilt altı amfizemi olduğu saptandı. Çekilen göğüs grafisinde pnömomediastinum tespit edildi. Hasta acil serviste Hiperemezis Gravidaruma sekonder Boerhaave Sendromu ön tanısı ile takip ve tedavi altına alınmıştır. Sonrasında göğüs cerrahisi servisine yatırılan hasta konservatif olarak tedavi edilmiştir.

Sonuç: Cilt altı amfizem her ne kadar doğum esnasında görülebilmekte ise de, gebeliğin ilk yarısında çok nadiren gelişebilmektedir. Gebe hastalarda yoğun kusma, göğüs ağrısı ve cilt altı amfizem varlığı, nadiren gözükken Boerhaave sendromunu akla getirmelidir. Mortalitesi çok yüksek olan Boerhaave sendromunun tanı ve tedavisi aşamasında hız ve etkinlik önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Boerhaave sendromu, Hiperemezis gravidarum, Pnömomediastinum, Cilt altı amfizem

S 08. Gradenigo sendromunu taklit eden sinüs ven trombozu

Yazarlar: Pınar Yeşim Akyol¹, Sercan Bıçakçı²

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

²Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

Bildiri Özeti:

Giriş: Gradenigo Sendromu; mastoidit ile petroz apeksin inflamasyonudur. Akut süperatif otitis media, abduzens sinir felci ve 5.kraniyal sinir dağılımı boyunca yüzde ağrı klinik triadı olarak tanımlanmıştır. Akut petrozite neden olan otitis mediadan sonra ortaya çıkar. Sinüs ven trombozu genellikle genç yaşlarda görülmekle birlikte her yaşta karşımıza çıkabilir. Klinik olarak birçok farklı nörolojik hastalıkları taklit edebilir. Bu vakada da Gradenigo Sendromu'nun tipik klinik triadı ile acil servise başvuran fakat apikal petrozitin eşlik etmeyen ve sinüs ven trombozu tanısı alan 28 yaşındaki erkek hastayı sunmak istedik.

Olgu: 28 yaşında erkek hasta sol tarafta tek taraflı şiddetli bir yüz-baş ağrısı ve 2 gündür olan çift görme şikayeti ile acil servise başvurdu. Eşlik eden kronik hastalığı olmayan hastanın 1 haftadan beri orta kulak iltihabı nedeniyle oral antibiyotik (sefalosporin) kullanımı mevcut. Fizik muayenesinde abduzens paralizi bulguları (sağ gözde diplopi, dışa bakışta kısıtlılık), sol kulakta efüzyonlu akut otitis media olan hastada ateş yüksekliği saptanmadı. Göz ve KBB ve nöroloji konsülte edildi. Çekilen beyin MR görüntülemesinde sağ sigmoid, transvers ve lateral sinüslerde yeni bir tromboz saptandı. Petroz apekte inflamasyon bulgusu saptanmadı. Nöroloji tarafından interne edilen hasta iki haftalık konservatif tedaviden sonra taburcu edildi.

Sonuç: Sinüs ven trombozunda en sık superior sagittal sinüs trombozu görülür. Transvers sinüs trombozunda ise kraniyal sinir tutulumları, mastoid bölgede ve kulakta ağrı, kulak enfeksiyonu bulguları görülebilir ve Gradenigo Sendromu'nu taklit edebilir. Her iki hastalığın da tedavisi farklıdır. Gradenigo Sendromu antibiyotiklerin kullanımda yaygınlaşması sonrasında çok nadir görülse de kronik süperatif otitis media ve kolesteatom'un eşlik ettiği vakalar görülmektedir. Gradenigo Sendromu tedavisinde erken tanı ve zamanında tıbbi ve / veya cerrahi tedavi önemlidir. Acil servise başvuran otitis media, abduzens sinir felci, tek taraflı yüz yarımında ve kulak ağrısı birlikteliğinde akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Gradenigo Sendromu, sinüs ven trombozu

