

DAHİLİ ACİLLER

Baş Editör

Umut OCAK

Editörler

Necip NAS

Alpaslan TANOĞLU

Aydın ÇİFCİ

©2023 Dahili Aciller

ISBN: 978-625-6429-06-2

Tüm hakları saklıdır. 5846 ve 2936 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri yasası gereği; bu kitabın basım, yayın ve satış hakları Hipokrat Yayınevi'ne aittir. Anılan kuruluşun izni alınmadan kitabın tümü ya da bölümleri mekanik, elektronik, fotokopi, manyetik kağıt ve/veya başka yöntemlerle çoğaltılamaz, basılamaz, dağıtılamaz. Tablo, şekil ve grafikler izin alınmadan, ticari amaçlı kullanılamaz. Bölümler içinde kullanılan resim ve bilgilerin sorumluluğu o bölümün yazar(lar)ına aittir.

Baş Editör

Umut OCAK

Editörler

Necip NAS

Alpaslan TANOĞLU

Aydın ÇİFCİ

Yayıncı

Hipokrat Yayınevi

Proje Koordinatörü

Meryem YAVUZ

(MediHealth Academy)

Grafik-Tasarım

Fatih Şamil ULUDAĞ

Furkan Selçuk AYDOĞDU

(MediHealth Academy)

Baskı-Cilt

Ankara Özgür Matbaacılık Basım Yayın Dağ. San. Tic. A.Ş.

1250 Cadde No: 25 Ostim OSB Yenimahalle / Ankara

Sertifika No: 46821

Hipokrat
Yayıncılık

Süleyman Sırrı Cad.No:16/2 Sıhhiye
Tel: (0312) 433 03 05-15 ANKARA
www.hipokratkitabevi.com



Önsöz

Değerli Okuyucu,

Sağlık hizmet sunumunun 7/24 açık vitrini olarak adlandırabileceğimiz ve acil tıbbi yardım gereksiniminin ivedilikle karşılandığı acil servislerimizde acil tıp uzmanlarının sayısının da artması ile günbegün daha nitelikli acil sağlık hizmet sunumu gerçekleştirilmektedir. Olağanüstü sayıdaki hasta başvurularına karşın birçok hastanın ilk defa tanılandığı ya da tanılanmasına belirgin katkı sağlanan acil servislerde zamana karşı yarışıldığı halde hasta yönetimi bilinçli, etkin ve algoritmik yaklaşım gerektirmektedir. Acil hasta aynı anda birçok farklı branş hekiminin koordineli hareket etmesini gerektirebilmekte ve bu durumda öncülük yapan acil hekiminden eşgüdümü sağlaması, etkin ve sonuç odaklı hareket etmesi beklenmektedir. Bu bağlamda acil hasta değerlendirilmesi, müdahalesi ve bakımı sürecinde başta acil tıp uzmanları olmak üzere görevli hekimlerin var olan bilgi-beceri birikimini bilimsel bakış açısı ile sürekli artırarak güncelleme ve karmaşık durumları kısa sürede analiz edip aksiyon alması önem arz etmektedir. Bilgi birikiminin artırılmasında en önemli ulaşılabilir güvenilir kaynak güncel kitaplardır. Hastalıkların ayrıntılı olarak anlatıldığı binlerce sayfalık kitaplar olsa bile acil hastalıkları sistematik olarak akış şemaları rehberliğinde özlüce anlatan, acil servisteki önemli yaklaşımları sunan güncel kitap sayısı travma dışı acillerde görece azdır. Acil tıbbi yardım gereksiniminin travma dışı ciddi sebeplerinin çoğu dahili aciller başlığında sıralanabilir ve elimizdeki kitaplar değerlendirildiğinde acil dahili hastalıkları klinisyen gözünden sistematik bir biçimde anlatarak yol haritası sunan kitap sayısı sınırlıdır. Biz de bu nedenle "Dahili Aciller" isimli kitap ile tüm hekimlerinize başucu kaynak niteliği taşıyacak bir eser ortaya çıkarmayı hedefleyerek yola çıkmış idik. Eğitim ve bilim misyonu çerçevesinde tamamlamış olduğumuz bu kitabımızı siz değerli meslektaşlarımızın kullanımına sunmaktan büyük mutluluk duymaktayız.

Erişkin dahili acillerde etkin yönetim sergilenebilmesine katkı sağlayacak karar verme yaklaşımları ve önceliklerin altını çizen, pratik teknik müdahaleleri sade, anlaşılır bir dil ile sunan, koordinasyon ve işbirliği konularını ana hatlarıyla vurgulayarak belirten bu kitap ile klinik pratiğimize katkı sunacağını düşündüğümüz önemli bir eser meydana getirdiğimiz kanısındayız. Dahili acillerin sistematik algoritmaları ile radyolojik değerlendirmelerini içeren ve özgün konu anlatımları sonucu yeterli pratik yol haritalarını sunan bir kaynak olduğuna inandığımız bu eserimizi oluşturmamıza bölüm yazarlığı teklifimizi hiç tereddütsüz kabul ederek büyük bir emek ve özveri ile katkıda bulunan değerli yazarlarımıza teşekkürlerimizi sunarken "Dahili Aciller" kitabımızın acil servislere yolu düşen tüm hekimlere fayda sağlayacağı inancımızın tam olduğunu vurgulamak ister, saygılarımızı sunarız.

Doç. Dr. Umut OCAK
Dr. Öğretim Üyesi Necip NAS
Prof. Dr. Alpaslan TANOĞLU
Prof. Dr. Aydın ÇİFCİ

Katkıda Bulunanlar

Abdurrahman BİÇER

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği, İç Hastalıkları Uzmanı, VAN

Adnan HOCAOĞLU

Gaziantep Şehitkamil Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, GAZİANTEP

Ahmet TİMUR

Bursa İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Uzmanı, BURSA

Ahmet Melih SAVAŞ

Merzifon Kara Mustafa Paşa Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, AMASYA

Ali Orçun SÜRMEİ

Tarsus Devlet Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, MERSİN

Ali Seydi ALPAY

Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, ANTALYA

Alpaslan TANOĞLU

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları ve Gastroenteroloji Kliniği, İSTANBUL

Artuner VARLIBAŞ

Kırıkkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, KIRIKKALE

Aydın ÇİFCİ

Kırıkkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, KIRIKKALE

Ayşe ERTEKİN

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

Ayşe Elif BAYAR

Giresun Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, GİRESUN

Bahadır YAZICIOĞLU

Samsun İl Sağlık Müdürlüğü, Aile Hekimliği Uzmanı, SAMSUN

Banu ARSLAN

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İSTANBUL

Bekir TUNCA

Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, DÜZCE

Bişar SEZGİN

Siirt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, SİİRT

DAHİLİ ACİLLER

Burcu BAYRAMOĞLU

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, **İSTANBUL**

Cuma Bülent GÜL

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, **BURSA**

Çiğdem AKKUŞ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği, İç Hastalıkları Uzmanı, **VAN**

Çiğdem KADER

Yozgat Bozok Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, **YOZGAT**

Deniz İLGÜN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, **ANKARA**

Duygu FELEK

Sorgun Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, **YOZGAT**

Emrah YEŞİL

Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, **MERSİN**

Emre ÖZGEN

Samsun İl Sağlık Müdürlüğü, Acil Tıp Uzmanı, **SAMSUN**

Engin ERTEK

Bursa Şehir Hastanesi Başhekimliği, Acil Tıp Uzmanı, **BURSA**

Eray ÇELİKTÜRK

Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, **EDİRNE**

Erdal DEMİRTAŞ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, **ANKARA**

Erhan ÖZHAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, **BURSA**

Ertuğ DİNÇER

Merzifon Kara Mustafa Paşa Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, **AMASYA**

Esin DEMİRTAŞ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, **ANKARA**

Esra ÖZGÜL

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, **AFYONKARAHİSAR**

Fatih SAĞLAM

Sirt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, **SİİRT**

Funda ELUMAR YILMAZ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, **BURSA**

Gülhan SARIÇAM

Pursaklar Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, **ANKARA**

Halil ALIŞKAN

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, **İSTANBUL**

Halil DOĞAN

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İSTANBUL

Hayriye BEKTAŞ AKSOY

Giresun Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, GİRESUN

Hilal AKÇA

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, İSTANBUL

İbrahim SARBAY

Keşan Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, EDİRNE

İskender AKSOY

Giresun Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, GİRESUN

İsmail TAYFUR

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İSTANBUL

İzzet USTAALİOĞLU

Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İSTANBUL

Işık Melike ÜNLÜKAPLAN

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İSTANBUL

Jülide SAYIN KART

Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, İSTANBUL

Kazım Ersin ALTINSOY

Gaziantep İslam Bilim ve Teknoloji Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, GAZİANTEP

Mazlum DURSUN

Özel Batman Dünya Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, BATMAN

Mehmet GÖL

Gaziantep İslam Bilim ve Teknoloji Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fizyoloji Anabilim Dalı, GAZİANTEP

Mehmet Nezir GÜLLÜ

Özel Bower Hospital, İç Hastalıkları ve Yoğun Bakım Kliniği, DİYARBAKIR

Mehmet Tefik DEMİR

Samsun Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, SAMSUN

Melike MENENDİ

Neşehir Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, NEVŞEHİR

Mert ADALI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, BURSA

Mert Pehlivan ALTIN

Koç Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İSTANBUL

Merve ERKAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, BURSA

DAHİLİ ACİLLER

Muhammet Esat KARADUMAN

Nizip Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, **GAZİANTEP**

Muhammed Fatih CIRIL

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, **İSTANBUL**

Murat ÇELİK

Kayseri Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, **KAYSERİ**

Murat ERSAL

Bursa Çekirge Devlet Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, **BURSA**

Murat GÜZEL

Samsun Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, **SAMSUN**

Mustafa ERKAN

Yalova Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, **YALOVA**

Mustafa AKAR

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, **BURSA**

Mustafa ALPASLAN

Nevşehir Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, **NEVŞEHİR**

Mustafa Enes DEMİREL

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, **BOLU**

Mustafa KURÇALOđLU

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Algoloji Bilim Dalı, **SAMSUN**

Muzaffer ASLAN

Siirt Üniversitesi, Siirt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, **SIİRT**

Muzaffer TEL

Özel Batman Dünya Hastanesi, Nöroloji Kliniği, **BATMAN**

Müge ARSLAN ERDUHAN

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, **İSTANBUL**

Müge AYDIN TUFAN

Başkent Üniversitesi, Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, **ADANA**

Necip NAS

Siirt Üniversitesi, Siirt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, **SIİRT**

Necmi BAYKAN

Kayseri Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, **KAYSERİ**

Nevin İNCE

Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, **DÜZCE**

Nurcan KAT

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, **BURSA**

Nurcihan AYTAŞ DİRİ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İSTANBUL

Nurhan BİLEN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, BURSA

Nurşah BAŞOL

Yalova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, YALOVA

Oğuz İÇTEN

Siirt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, SİİRT

Orkun SARIÇAM

Pursaklar Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, ANKARA

Ömer SALT

Kayseri Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, KAYSERİ

Özcan ÖRSÇELİK

Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, MERSİN

Özlem ABA ADIYAMAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, DİYARBAKIR

Özlem BEYLER

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji Kliniği, DİYARBAKIR

Sabiha KÖMOĞLU

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, BURSA

Salih METİN

Bursa İl Sağlık Müdürlüğü, Aile Hekimi Uzmanı, BURSA

Satuk Buğra Han BOZATLI

Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, EDİRNE

Sedat ÖZDEMİR

Devlet Hastanesi Başhekimliği, İç Hastalıkları Uzmanı, GAZİANTEP

Selda UÇAL BAKKAL

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, ADANA

Sema Nur ARASAN

Oltu Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, ERZURUM

Semra AYTÜRK SALT

Kayseri Şehir Hastanesi, Endokrinoloji Kliniği, KAYSERİ

Serkan GÜNAY

Hitit Üniversitesi, Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, ÇORUM

DAHİLİ ACİLLER

Sesen IŞIK

Nevşehir Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, **NEVŞEHİR**

Süleyman CEBECİ

Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, **ANKARA**

Sümeyye Tuğba SARKI CANDER

Bursa Çekirge Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, **BURSA**

Şerife ÖZDİNÇ

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

Şule YAKAR

Kayseri Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, **KAYSERİ**

Şükrü KOÇKAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, **KOCAELİ**

Tirdad SETAYESHİ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Girişimsel Radyoloji Kliniği, **BURSA**

Umut OCAK

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Tıp Fakültesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, **BURSA**

Ümit ÇAKMAK

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, **DİYARBAKIR**

Yasemin ÇAKIR

Yozgat Bozok Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, **YOZGAT**

Yurdakul Deniz FIRAT

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, **BURSA**

Yusuf YILMAZTÜRK

Nevşehir Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, **NEVŞEHİR**

Zübeyde ALBAYRAK

Sirt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, **SİİRT**

İçindekiler

Önsöz	i
Katkıda Bulunanlar	iii
İçindekiler	ix
1. Bölüm Kardiyak Acillerde Tedavi Akış Şemaları.....	1
2. Bölüm Vasküler Acillerde Tedavi Akış Şemaları	9
3. Bölüm Direkt Grafi ve Acil Ultrasonografiye Giriş.....	17
4. Bölüm Elektrokardiyografi ve Acil Ekokardiyografi.....	37
5. Bölüm Arteriyel-Venöz Doppler Ultrasonografi, Bilgisayarlı Tomografi ve Diğer Radyolojik Tetkikler.....	53
6. Bölüm Kardiyak Arrest ve Temel Yaşam Desteği	63
7. Bölüm Defibrilasyon ve Elektriksel Kardiyoversiyon	71
8. Bölüm Pacemaker, Otomatik İmplant Edilebilir Kardiyak Defibrilatörler ve Otomatik Eksternal Defibrilatörler	75
9. Bölüm Hemodinamik Monitorizasyon	89
10. Bölüm İleri Kardiyak Yaşam Desteği.....	97
11. Bölüm Göğüs Ağrısına Yaklaşım	109
12. Bölüm Kararsız Angina Pektoris (USAP).....	113
13. Bölüm Hipertansiyon ve Antihipertansif İlaçlar	119
14. Bölüm Hipertansif Aciller.....	129
15. Bölüm Hipertansif İvedi Durumlar.....	139
16. Bölüm Kardiyak Ritim Bozuklukları ve Anti-Aritmik İlaçlar	147
17. Bölüm Taşıaritmiler.....	155
18. Bölüm Bradiaritmiler	161
19. Bölüm Kardiyak İletim Blokları.....	169
20. Bölüm Akut Koroner Sendromlar	177
21. Bölüm Kardiyojenik Şok	183
22. Bölüm Kalp Kapak Hastalıkları ve İnfektif Endokardit	189
23. Bölüm Perikardit, Miyokardit ve Kardiyomyopatiiler	197
24. Bölüm Kalp Yetmezliği.....	205
25. Bölüm Perikardiyal Efüzyon, Kardiyak Tamponad ve Perikardiyosentez.....	213
26. Bölüm Aort Anevrizması ve Aort Diseksiyonu	229
27. Bölüm Arteriyel Oklüzyon ve Derin Ven Trombozu	239
28. Bölüm Akut İskemik İnme	245
29. Bölüm Akut Hemorajik İnme	249
30. Bölüm Santral Venöz Kateterizasyon ve Arteriyel Kanülasyon	257
31. Bölüm Ekstrakorporal Membran Oksijenasyonu (ECMO).....	267
32. Bölüm Solunum Sistemi Acillerinde Tedavi Akış Şemaları	273
33. Bölüm Solunum Sistemi Acilleri Radyolojisi, İlişkili Tetkikler ve Girişimler	279
34. Bölüm Kan Gazı Analizi	285
35. Bölüm Non-invaziv ve İnvaziv Mekanik Ventilasyon.....	291

DAHİLİ ACILAR

36. Bölüm	Dispne, Plörezi ve Tüp Torakostomi.....	297
37. Bölüm	Pulmoner Tromboemboli	305
38. Bölüm	Pulmoner Hipertansiyon ve Akut Akciğer Ödemi.....	315
39. Bölüm	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Acil Yaklaşım	333
40. Bölüm	Pnömoni ve COVID-19	341
41. Bölüm	Akut Bronşit ve Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları.....	355
42. Bölüm	Ampiyem, Akciğer Apsesi ve Plörit	365
43. Bölüm	Hemoptizi ve Tüberküloz.....	375
44. Bölüm	Gastrointestinal Aciller.....	389
45. Bölüm	Gastrointestinal Sistem Acilleri Radyolojisi ve İlişkili Tetkikler.....	397
46. Bölüm	Akut Karın Ağrısı Yönetimi ve İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları.....	409
47. Bölüm	Bulantı, Kusma, Diyare, Konstipasyon ve İntestinal Obstrüksiyon	421
48. Bölüm	Gastrointestinal Sistem Kanamaları	433
49. Bölüm	Gastroözofageal Reflü, Gastrit ve Peptik Ülser	447
50. Bölüm	Asit, Siroz, Peritonit, Akut Karaciğer Yetmezliği	453
51. Bölüm	Pankreas, Safra Yolu ve Kesesi Akut Hastalıkları.....	465
52. Bölüm	Romatolojik ve Ürolojik Acillerde Tedavi Akış Şemaları	477
53. Bölüm	Romatoloji ve Üriner Sistem Acil Hastalıkları Radyolojisi.....	485
54. Bölüm	Akut Böbrek Hasarı ve Rabdomiyoliz	493
55. Bölüm	Dekompanse Kronik Böbrek Yetmezliği ve Diyaliz.....	501
56. Bölüm	Nefrotik Sendrom ve Glomerülofritler	507
57. Bölüm	Sıvı-Elektrolit ve Asit-Baz Dengesi Bozuklukları ve Tedavisi	513
58. Bölüm	Akut Üriner Retansiyon, Hematüri ve Renal Kolik.....	521
59. Bölüm	Artritler ve Gut Hastalığı	529
60. Bölüm	Sistemik Lupus Eritematozus ve Ailevi Akdeniz Ateşi.....	537
61. Bölüm	Endokrinoloji Acillerinde Tedavi Akış Şemaları	543
62. Bölüm	Endokrinoloji Acilleri Radyolojisi ve İlişkili Tetkikler.....	551
63. Bölüm	Diyabet ve Komplikasyonları	559
64. Bölüm	Hiperglisemik Aciller.....	565
65. Bölüm	Tiroid Fırtınası ve Miksödem Koması	571
66. Bölüm	Hiperkalsemi, Hipokalsemi ve Adrenal Yetmezlik.....	575
67. Bölüm	Hematoloji ve Onkoloji Acillerinde Tedavi Akış Şemaları.....	591
68. Bölüm	Hematoloji ve Onkoloji Acilleri Radyolojisi ve İlişkili Tetkikler	605
69. Bölüm	Anemi ve Kanama Bozuklukları	617
70. Bölüm	Yaygın Damar İçi Pıhtılaşma Sendromu	623
71. Bölüm	Akut Transfüzyon Reaksiyonları.....	627
72. Bölüm	Nötropenik Ateş	633
73. Bölüm	Vena Kava Superior Sendromu	639
74. Bölüm	Enfeksiyon Acillerinde Tedavi Akış Şemaları	645
75. Bölüm	Enfeksiyon Acilleri Radyolojisi ve İlişkili Tetkikler.....	651
76. Bölüm	Sepsis ve Septik Şok	661
77. Bölüm	Santral Sinir Sistemi Enfeksiyonları	669
78. Bölüm	Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar	677
79. Bölüm	Yumuşak Doku Enfeksiyonları.....	687
80. Bölüm	Zoonotik ve Helmintik Hastalıklar	695
81. Bölüm	Tetanoz, Kuduz, Sıtma.....	703
82. Bölüm	Zehirlenmelere Genel Yaklaşım ve Tedavi Akış Şemaları	709
83. Bölüm	Anafilaksiye Genel Yaklaşım ve Tedavi Akış Şemaları.....	717

84. Bölüm	Boğulmalara Genel Yaklaşım ve Tedavi Akış Şemaları.....	721
85. Bölüm	Hipotermi ve Hipertermiye Genel Yaklaşım ve Tedavi Akış Şemaları	727
86. Bölüm	Elektrik Çarpmalarına Genel Yaklaşım ve Tedavi Akış Şemaları.....	737
87. Bölüm	Psikiyatrik Acillere Genel Yaklaşım ve Tedavi Akış Şemaları	743
88. Bölüm	KBRN'ye Genel Yaklaşım ve Tedavi Akış Şemaları	751
89. Bölüm	Acil Serviste Ağrı Yönetimine Genel Yaklaşım ve Tedavi Akış Şemaları	759
90. Bölüm	Dermatolojik Acillere Genel Yaklaşım ve Tedavi Akış Şemaları	767
91. Bölüm	Acil Serviste Yoğun Bakım Hastalarında Trakeotomi: Endikasyonlar, Komplikasyonlar ve Acil Bakım.....	775
Dizin	781

AKUT KORONER SENDROM

Giriş

Kalp ile ilgili hayatı tehdit edici hastalıklar ölümün dünyada en çok görülen sebepleri olarak bilinmektedir. Bu bölümde kardiyak acillerde zamana karşı yarışta hızlı ve etkin olmayı kolaylaştıran tedavi akış şemalarından bahsedilecektir.

Tanım

Akut koroner sendrom miyokardın akut iskemisi sonucu ortaya çıkan klinik durumdur. Akut koroner sendrom 3 farklı klinikle karşımıza çıkmaktadır. Bunlar; ST elevasyonlu miyokard enfarktüsü (AKS), ST elevasyonlu olmayan miyokard enfarktüsü (NSTEMI) ve anstabil anjina pektoristir (USAP).

AKS belirti ve bulgusu olan hastalar acil servise başvurduğunda 12 derivasyonlu EKG çekilmelidir. EKG de ST elevasyonu mevcutsa (2 ve daha fazla ardışık ekstremitte derivasyonunda ≥ 1 mm (0,1 mV) ve/veya 2 ve daha fazla [ardışık göğüs derivasyonunda 40 yaş ve üzeri erkeklerde ≥ 2 mm (0,2 mV), 40 yaş altı erkeklerde $\geq 2,5$ mm veya yeni sol dal bloğu (LBBB)] STEMI tanısı konur. Diğer EKG değişiklikleri mevcut (geçici ST elevasyonu, ST depresyonu, T inversiyonu, T düzleşmesi) ya da EKG değişikliği olmamasına rağmen troponin değeri yüksekse (NSTEMI) troponin değeri negatif gelirse anstabil anjina pektorisi olarak tanı alır.

Miyokard Enfarktüsü: Özellikle Hs-cTn'nin yüksek duyarlılıklı kardiyak troponin, artışı veya azalışına ek olarak; iskemik semptomlar (göğüs ağrısı, nefes darlığı, bilinç bulanıklığı ve hipotansiyon), yeni veya devam eden önemli ST-T değişiklikleri, patolojik Q dalgası, yeni veya devam eden miyokard hasarı veya bölgesel duvar hareket kusurunun görüntülenmesi, anjiyo veya otopside intrakoroner trombüsün görüntülenmesinden en az birisinin olması durumudur.

AKS Düşünülen Hastada Yaklaşım

1. Hava yolu, solunum ve dolaşım muayenesi yapılmalıdır.
2. Anamnez alınmalı ve odaklanmış muayene yapılmalıdır.
3. 12 derivasyonlu EKG 10 dakika içerisinde çekilmeli ve yorumlanmalıdır (İlk EKG'si tanısız olmayan semptomatik hastalarda EKG 15-30 dakikada bir tekrarlanmalıdır).
4. Hasta kardiyak olarak monitörize edilmeli ve yatak başı resüsitasyon ekipmanları (defibrilatör, hava yolu ekipmanları) hazır olmalıdır.
5. Gerekliyse (saturasyon %90 altında) oksijen tedavisi başlanmalıdır.
6. İntravenöz damar yolu açılarak hemogram, biyokimya, INR ve kardiyak belirteç kan tetkikleri yapılmalıdır.
7. Hastaya 160-325 mg aralığında aspirin verilmelidir.
8. Gerekli (şiddetli iskemik ağrı, hipertansiyon, kalp yetmezliği varsa) ve kontrendike (fosfodiesteraz-5 inhibitörü alımı, sağ MI, hipotansiyon, bradikardi) değilse nitrat başlanmalıdır. 5 dakika arayla 3 kez sublingual 0,4 mg nitrat önerilir.

SİNÜS TAŞIKARDİSİ

Taşiaritmiler arasında neredeyse en sık görülen tip sinüs taşikardisidir (1). Sinüs taşikardisi, sinoatriyal nodun hızının artmasından kaynaklanan bir ritim bozukluğudur. EKG bulgusu olarak P dalgası olan, her P dalgasını bir QRS kompleksinin takip ettiği, RR mesafeleri eşit, dal bloğu olmadıkça QRS eşitliğinin normal olduğu bir ritim bozukluğudur. Sinüs taşikardisi çoğu zaman hekimler tarafından bir ritim bozukluğu olarak kabul edilmez. Zeminde hemen her zaman sinüs taşikardisine neden olan bir etiyolojik faktör vardır. Tedavisinde bu etiyolojik faktörü tespit edip, buna yönelik tedavi verilmelidir. Etiyolojik neden fizyolojik, farmakolojik olabileceği gibi ciddi bir patolojik nedene de bağlı olabilir. Hipoksi, hipovolemi, hipoglisemi, hipertiroidi, ateş, anemi gibi birçok ciddi neden sinüs taşikardisi ile kendini gösterebilmektedir (1). Bu nedenle altta yatan etiyolojik nedenin tedavi edilmediği hiçbir hastaya hemen antiaritmik önerilmez.

SUPRAVENTRİKÜLER TAŞIKARDİ

Supraventriküler taşikardi (SVT), atriyoventriküler (AV) nodun üzerinden köken alan taşikardiler için kullanılan terimdir. Pratik ritim değerlendirmede kalp hızı taşikardik olan hastaların, P dalgası yok, RR mesafeleri eşit, QRS genişliği dar ise SVT tanısı konulabilir (2). QRS genişliğinin dar olması AV iletinin AV nod üzerinden bir noktadan çıktığını düşündürür. SVT'ler oluşum mekanizmalarına göre sınıflandırılır:

AV Nodal Reentrant Taşikardi

AV nodal reentrant taşikardi (ANVRT) SVT'nin en sık nedenidir. AV nodda hızlı ve yavaş yol olmak üzere iki farklı ileti sistemi mevcuttur. Normalde AV noda gelen elektriksel uyarı hızlı yol ile ventriküllere iletilir. Fakat erken gelen bir atriyal vuru hızlı yolu bloke ettiğinden elektriksel uyarı yavaş yoldan ventriküle iletilir. İleti yavaş yoldan yeterince yavaş ilerlerse, hızlı yolda refrakter periyod olmaz, hızlı yoldan ise atriumlara tekrardan girer. Bu durumda kalp ventrikül hızı 150-250/dk arasındadır. ANVRT EKG'de en sık dar QRS kompleksli, P dalgasız, düzenli taşikardi şeklinde görülür (1). Bu reentrant yolak, yavaş yolağın refrakter periyodunun uzatılması ile kırılabilir. Bu da vagal manevra ya da ilaçlarla sağlanabilir.

Ortodromik Atriyoventriküler Resiprok Taşikardi

Bir atriyal veya ventriküler erken vuru ile tetiklenir. AV nod refrakter periyodda olduğundan ileti by-pass yolağından olur ve taşikardi ortaya çıkar. Ortodromik atriyoventriküler resiprok taşikardi (AVRT)'li hastalarda QRS kompleksinden ayrı olarak QRS sonrasında ters şekilde retrograd P dalgası görülebilir.

Santral Venöz Kateterizasyon ve Arteriyel Kanülasyon

30. Bölüm

Şükrü KOÇKAN

SANTRAL VENÖZ KATETERİZASYONA GENEL BAKIŞ

Santral venöz kateterizasyon (SVK), kritik hastalarda hemodinamik izlem ve kan değişim tedavileri, sıvı ve kan resüsitasyonu ve farmakolojik tedavi için kullanılır (1). SVK için en sık internal ve eksternal juguler, subklavian ve femoral ven kullanılır. SVK endikasyonları **Tablo 1**'de gösterilmiştir.

Tablo 1. SVK endikasyonları
Periferik venöz erişimin sağlanamaması
Damar hasarı riski yüksek olan tedavilerin uygulanması (örn; vazopresörler, hiperozmolar sıvı.)
Santral venöz basınç ve SCvO ₂ ölçümü
Pulmoner arter kateteri veya transvenöz kalp pili yerleşimi için santral dolaşıma erişim gereksinimi
Acil hemodiyaliz, plazmaferez, aferez
Hemodinamik izlem
SCvO ₂ : Santral venöz oksijen satürasyonu

Not: Koagülopati, SVK için göreceli kontrendikasyondur. Major kanama nadirdir. Santral venöz girişim gereken acil hastalarda kateter gereksinimi olabilir. Bu durumda kateter yerleştirilmesiyle beraber düşük kanama oranları (<%1) gösterilmiştir (1). Koagülopatisi bulunan hastalarda subklavian yaklaşım kullanılmamalıdır çünkü arteriyel ponksiyon veya arteriyel yaralanma durumunda direkt kompresyon imkanı bulunmamaktadır.

Yer Seçimi

SVK için seçilen anatomik bölge komplikasyon riskini ve komplikasyon çeşidini etkilemektedir. Subklavian kateterizasyon, femoral ve jugüler kateterizasyon ile karşılaştırıldığında; enfeksiyon ve tromboz açısından daha düşük, pnömotoraks açısından ise daha yüksek riske sahip olduğu gösterilmiştir (2). Klinik ihtiyaca göre kateter yerleştirme yeri seçimi daha uygun olacaktır. Kontamine veya kontaminasyon riski olmayan bölge seçimi önemlidir. Yanık, enfekte cilt lezyonu, açık cerrahi yara gibi enfeksiyon riski bulunan bölgelerden uzaklaşılmalı mümkünse enfeksiyon riskini azaltmak amacıyla bir üst vücut eklem bölgesi seçimi yapılması gerekmektedir. Kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) sırasında subklavian kateterizasyon göğüs basısını engelleyebilir, ayrıca jugüler ven kateterizasyonu havayolu kontrolünü zorlaştırabilir. Femoral kateterizasyon KPR'yi engellemez. Santral ven yaklaşımlarının avantaj ve dezavantajları **Tablo 2**'de gösterilmiştir.

SİROZ VE KOMPLİKASYONLARI

Giriş

Karaciğer hücreleri normal şartlarda akut hasar durumunda kendini çok çabuk yenileyebilmektedir. Ancak hasara neden olan faktör sürekli devam ederse yenileme özelliği zayıflar ve yerini ölü dokulara bırakarak fibrozis gelişir. Siroz hastalığı genelde spesifik bir semptom vermez ancak çok sayıda non spesifik semptom ve bulgulara sahiptir (**Tablo 1**). Hastalarda dekompanse faza geçiş bulguları asit, kanama bulguları, ensefalopati ve sarılıktır. Bu durumda hastalar hızla karaciğer nakline ya da ölüme ilerlemektedir (1).

Tablo 1. Siroz hastalığında sık görülen bulgular

Semptomlar	Semptomlar	Semptomlar
İştahsızlık	Halsizlik	Kilo kaybı
Kas kütlelerinde azalma	Siyah dışkılama	Karakter değişimi
Sarılık	Kanlı kusma	Kadınlarda adet düzensizliği
Kaşıntı	Kas krampları	Erkeklerde cinsel fonksiyon bozukluğu
Karın şişliği	Boyun ve göğüste damar genişlemesi	Erkeklerde meme dokusunda büyüme
Bacaklarda şişlik	Zihinsel bozukluklar	

ETİYOLOJİ

Siroz teşhisi konulan hastada etiyojiye yönelik tedavi son derece önemli olup hastalığın tüm evrelerinde uygulanabilir. Burada amaç dekompanse siroz gelişimini erken önlemek ve prognozu iyileştirerek sağ kalım süresini uzatmaktır. Hepatite bağlı gelişen sirozda antiviral tedavi, alkol kullanımına bağlı gelişen sirozda alkolün kesilmesi ve otoimmün neden bağlı sirozlarda uygulanan immunsupresif tedaviler bazı örneklerdir. Hasta dekompanse faza geçtiğinde bulgular karma karışık bir durum olarak tedavi süreci zorlaşmaktadır. Bu nedenle siroz teşhisi konulan hastada etiyojik faktör araştırılması ilk yapılması gereken işlemdir (1). Sirozun başlıca etiyojik nedenleri **Tablo 2**'de verilmiştir.

Tablo 2. Sirozda etiyojik faktörler

Hepatit B, C, D	Primer biliyer kolanjit
Alkol kullanımı	Wilson hastalığı
Non alkolik yağlı karaciğer hastalığı	Hemokromatoz
Otoimmün hepatit	Kolestatik karaciğer hastalıkları
Kriptojenik nedenler	

Sirozun hastalığının evrelerini oluşturmak için Child Pugh skorlaması (**Tablo 3**) ve model for end stage liver disease (MELD) skoru kullanılmaktadır (2).

Sepsis çoklu organ yetmezlikleri ve ölümlere yol açabilmektedir. Bunların önüne geçebilmenin en etkin yolu tanı ve tedavinin erken başlanmasıdır. Bu nedenle sepsiste mortaliteyi azaltmayı amaçlayan “Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock” klavuzu en son 2021 yılında güncellenmiştir. Bu klavuzdaki öneriler klinisyenlere, hastane ortamında sepsis veya septik şoklu yetişkin hastalara yol göstermesi amaçlanmıştır.

PATOFİZYOLOJİ

En sık bakterilerin sebep olduğu enfeksiyonlara bağlı sepsise rastlansa da virüslere bağlı sepsisin yeterli saptanamadığı düşünülmektedir. Sepsis patofizyolojisinde enfeksiyona yanıt olarak salgılanan birçok mediyatör ve molekülün kompleks etkileşimi sorumlu tutulmaktadır. Bu salgılanan mediyatörlerin uygun şekilde düzenlenmemesi, toksin salınımının devam etmesi ve mediyatörlerin reaktivasyonları sonucu hücrel hipoksi, doku hasarı, şok, çoklu organ yetmezlikleri ve ölümlere neden olabilecek kalıcı inflamasyon cevabı meydana gelmektedir. Sepsiste sorumlu tutulan başlıca mediyatör sitokinler IL-1, IL-6, IL-8, tümör nekroz faktör (TNF-alfa) olarak sayılabilir. Yine vasküler tonusa etkili bir hormon olan vazopressin seviyelerindeki düşüklük ve vasküler geçirgenlikte artışa sebep olan nitrik oksit gazındaki yükselmelerde derin vazodilatasyonlara ve damar içi sıvının dağılımsal sorunlarına sebep olmaktadır.

Sepsisin sistemsel sonuçları olarak organ disfonksiyonları görülmeye başlar. Etkilenen organ sayısı arttıkça sepsise bağlı mortalite de artmaktadır.

Hastalarda sinir sistemi etkilenmesine bağlı olarak bilinç durumu değişiklikleri, laterji şeklinde septik ensefalopati bulguları görülebilmektedir.

Kardiyovasküler sistem; kardiyovasküler disfonksiyon, akut kalp yetmezliği şeklinde karşımıza çıkabilmektedir. Dağılımsal şoka bağlı olarak miyokardiyal depresyon, ejeksiyon fraksiyonlarında düşüklükler görülebilmektedir. Burada unutulmaması gereken ise sepsise bağlı kardiyak fonksiyon bozulmaları geri döndürülebilir. Sepsisin tedavisinden yaklaşık 10 gün sonra kardiyak fonksiyonlar normale dönebilmektedir.

Akciğer tutulumu sık görülen ve sepsis ile ilişkili ölümlerin büyük kısmından sorumludur. Akciğerlerde çok ciddi bir katabolik bir süreç başlar. Sürfaktan disfonksiyonu, ödem, havayolu direncinde artış sağdan sola şantlar ve sonuç olarak akut respiratuvar distres sendromu (ARDS) tablosu gelişir.

Gastrointestinal sistemde içi boş organlar ve solid organların oksijenlenmesinde azalmalar sonucu ciddi zararlar görülebilmektedir. Karaciğer ayrıca sepsis patogenezinin sorumlu bazı mediyatörlerin salınımında görev almaktadır.

Endokrin sistemde adrenal yetmezlik, hipotalamohipofizer aksın inaktivasyonu, hipotalamik termoregülasyon mekanizmalarının bozulmaları sıklıkla sepsiste karşımıza çıkmaktadır.

Hematolojik sistemde koagülasyon kaskatlarının bozulması sonucu dissemine intravasküler koagülopati (DİK) tablosu karşımıza çıkmaktadır.

Acil Serviste Yoğun Bakım Hastalarında Trakeotomi: Endikasyonlar, Komplikasyonlar ve Acil Bakım

91. Bölüm

Süleyman CEBECİ

Trakeotomi, ventilasyonu sağlamak amacıyla trakeada bir açıklık oluşturulması işlemine verilen addır. Trakeostomi ise oluşturulan açıklığı tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Bu açıklıktan yerleştirilen tüp veya kanüllere ise trakeostomi tüpü/kanülü denir.

Trakeotomi, eski çağlardan bu yana sık kullanılan bir havayolu açıklığı sağlama metodu olmasına rağmen günümüzde halen endikasyonları, tekniği, komplikasyonları ve bakımı ile ilgili tartışmalar mevcuttur. Yoğun bakımlarda yaygın olarak kullanılan bir prosedürdür. Uzun süreli entübasyona bağlı ortaya çıkabilecek glottik-subglottik stenoz, üst ve alt havayolu enfeksiyonları, ağız ve oral kavitede bası yaraları, trakeomalazi ve trakeal stenoz gibi komplikasyonlardan korunmak amacıyla trakeotomi çoğunlukla entübasyonun 10. gününden sonra önerilmektedir. Ayrıca trakeotomi havayolu rezistansını azaltmakta ve ventilasyon için ölü boşluk alanını azaltarak fizyolojik bir solunum sağlanmasını kolaylaştırmaktadır. Trakeotomili hastalar daha kolay rehabilite olmakta ve solunum eforu, yutma ve konuşma gibi fonksiyonları daha hızlı düzelebilmektedir. Hastanın durumuna göre açılmış olan bu trakeotomiler tekrar kapatılabilmektedir.

TRAKEOTOMİ ENDİKASYONLARI

Trakeotomi geçmişte daha yaygın olarak enfeksiyonlara sekonder solunum yolu obstrüksiyonuna bağlı uygulanan bir prosedürken günümüzde sıklıkla yoğun bakımlarda ekstübe edilemeyen uzamış entübasyon hastalarına uygulanmaktadır (1). Uzamış entübasyon için sıklıkla kabul gören görüş, hastanın 10 günden uzun süredir entübe olması veya 10 günden önce ekstübasyonunun öngörülmemesidir (2). Üst solunum yolu obstrüksiyonu (epiglottit, tümör, bilateral vokal kord paralizi, anjiyoödem, yabancı cisim, künt/delici boyun travmaları, kraniyofasiyal anomaliler, koroziv/irritan madde hasarı) durumunda obstrüktif havayolu segmenti kompanse edilerek güvenli bir havayolu sağlamak amacıyla trakeotomi açılabilir (Tablo 1). İleri derecede kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), bronkopnömoni gibi bazı hastalıklarda ölü solunum boşluğunun azaltılması için trakeotomi tercih edilebilir. Özellikle ve daha nadir bir durum olarak baş boyun rekonstrüksiyonu yapılan hastalarda (oral kavite, orofarenks, hipofarenks ve larenks cerrahisi sonrası lokal veya serbest flep ile onarım, intermaksiller fiksasyon) postoperatif erken dönemde güvenli havayolu sağlamak amacıyla trakeotomi açılabilir. Bu amaçla açılan trakeotomiler çoğunlukla postoperatif dönemde havayolu güvenliğinin temin edilmesini takiben kapatılabilmektedir.

TRAKEOTOMİNİN ZAMANLAMASI

Trakeotominin zamanlaması geçmişten bu yana tartışma konusu olmaya devam etmiştir. 1989'da American College of Chest Physicians, 10 günden az mekanik ventilasyon bekleniyorsa translarengal entübasyonun önerildiği bir konsensüs bildirisi yayınladı (3,4). Mekanik ventilasyon ihtiyacının 21 günü geçmesi bekleniyorsa trakeotomi önerildi. O zamandan beri ventilatörle ilişkili pnömoni (VİP) insidansını, mekanik ventilasyon süresini ve yoğun bakım-