

Türkiye Acil Tıp Derneği

Oryantasyon Eğitimi



Göğüs Ağrılı Hastaya Yaklaşım

Hazırlayan
Doç. Dr. Cem Ertan

Sunum Planı



TATD
Oryantasyon
Eğitimi

- Giriş
- İlk Yaklaşım
 - Hikaye
 - Fizik Muayene
- Ayırıcı Tanı
- Tanı Çalışmaları
- Yönetim
- Taburculuk / Yatış
- Özet

- En sık AS başvuru şikayetlerinden
- Başvuru şikayetlerinin altında farklı kaynaklar
 - Kardiyak
 - Pulmoner
 - Özefagus
 - Mediasten
 - Mide
 - Plevra
 - Abdominal yapılar

- **En sık görülen** ve **en çok öldüren** nedenler ilk akla gelmeli
 - AKS
 - Pulmoner Emboli
 - Aort Disseksiyonu
 - Tansiyon Pnömotoraks
 - Perikardiyal Tamponad
 - Özefagus Perforasyonu
- Hastaların iyi ve kararlı görünümü aldatıcı olabilir

- Torasik ağrı viseral ağrı özellikleri taşır:
 - Spinal kord'a farklı düzeylerden giren viseral ağrı lifleri nedeniyle iyi lokalize edilemez, tarifi güç
 - Kalp, damarlar, özefagus, viseral plevra
 - Dorsal lifler 3 alt ve 3 üst seviyede uyarıları karışık olarak iletirler
 - Torasik ağrı çeneden epigastrik bölgeye kadar yayılabilir

İlk Yaklaşım



TATD
Oryantasyon
Eğitimi

- A, B, C
- Monitörizasyon, güvenlik çemberi
- Asetil salisilik asit – 165-325 mg PO (**AKS?**)
- EKG (ilk 10 dk'da **çekilmiş + yorumlanmış!!**)
- Ağrı tedavisi – Morfin Sülfat 3-5 mg IV
- Hikaye / Muayene

Hikaye



TATD
Oryantasyon
Eğitimi

- **O- onset** – Başlangıç
- **P- provocation /palliation** – Tetikleyen / Hafifleten
- **Q- quality/quantity** – Özellik / Miktar
- **R- region/radiation** – Bölge / Dağılım
- **S- severity/scale** – Şiddet / Ölçek
- **T- timing/time of onset** – Zamanlama / Başlangıç zamanı

Hikaye



TATD
Oryantasyon
Eğitimi

- Eşlik eden bulgular
 - Terleme
 - Bulantı-kusma
 - İştah
- İlaç kullanımı
- Eşlik eden hastalıklar
- Sosyal alışkanlıklar

Fizik Muayene



TATD
Oryantasyon
Eğitimi

- Genel bakı (cilt rengi, terleme, hasta görünüm vb.)
- Toraks muayenesi
 - İnspeksiyon (skar, yara izi, takipne, solunum işi)
 - Oskültasyon (üfürüm, frotman, gallo, ral, ronkus)
 - Perküsyon
 - Palpasyon (duyarlılık)
- Boyun (JVD, krepitasyon, ekimoz)
- Batın (duyarlılık, defans, rebound)
- Ekstremiteler (şişlik, kızarıklık, nabızsızlık, Homan's)

Ayırıcı Tanı



TATD
Oryantasyon
Eğitimi

- Kardiyovasküler
- Pulmoner
- Gastrointestinal
- Kas-iskelet
- Nörolojik
- Diğer

Kardiyovasküler



TATD
Oryantasyon
Eğitimi

- Akut miyokard infarktüsü
- Akut koroner iskemi
- Aort disseksiyonu
- Kardiyak tamponad
- Kararsız anjina
- Koroner spazm
- Prinzmetal's anjina
- Hipertrofik kardiyomiyopati
- Mitral kapak prolapsusu
- Aort stenozu
- Valvuler kalp hastalığı
- Miyokardit
- Perikardit
- Kokaine bağlı

Pulmoner



TATD
Oryantasyon
Eğitimi

- Pulmoner emboli
- Tansiyon pnömotoraks / Pnömotoraks
- Pnömomediastinum
- Mediastinit
- Pnömoni
- Plevrit
- Kitleler

Gastrointestinal



TATD
Oryantasyon
Eğitimi

- Özefagus rüptürü (Boerhaave sendromu),
- Özefagus yırtılması (Mallory-Weiss),
- Kolesistit,
- Pankreatit,
- Özefagus spazmı/reflü,
- Peptik ülser,
- Biliyer kolik

Kas-İskelet



TATD
Oryantasyon
Eğitimi

- Kas spazmı
- Travma
- Kosta kırığı
- Artrit
- Tümörler
- Kostokondrit
- Göğüs duvarı ağrı sendromu

Nörolojik & Diğer



TATD
Oryantasyon
Eğitimi

- Spinal kök basısı
- Torasik çıkım sendromu
- Herpes zoster
- Postherpetik nevralji
- Psikosomatik
- Hiperventilasyon

■ **HAYATI TEHDİT EDEN NEDENLER!**

- Akut Koroner Sendrom(lar)
- Pulmoner Emboli
- Tansiyon Pnömotoraks
- Aort Diseksiyonu
- Perikardit/Tamponad
- Özefagus Rüptürü

Akut Koroner Sendromlar



TATD
Oryantasyon
Eğitimi

- Sık görülür, çok öldürür!!!
- Tipik ağrı
 - Baskı tarzında
 - Sıkıştırıcı
 - Ezici
 - Eforla artan
 - Sol kol, omuz ve çeneye yayılan
 - **ACİL SERVİSTE ÇOĞU ZAMAN TİPİK AĞRI GÖRÜLMEZ!**

Akut Koroner Sendromlar



TATD
Oryantasyon
Eğitimi

- Risk faktörleri

- Yaş
- Cinsiyet
- DM
- HT
- Sigara
- Kokain
- ...

- **ACİL SERVİSTE AKS TANISI KOYMAK İÇİN ANLAMLI DEĞİL**

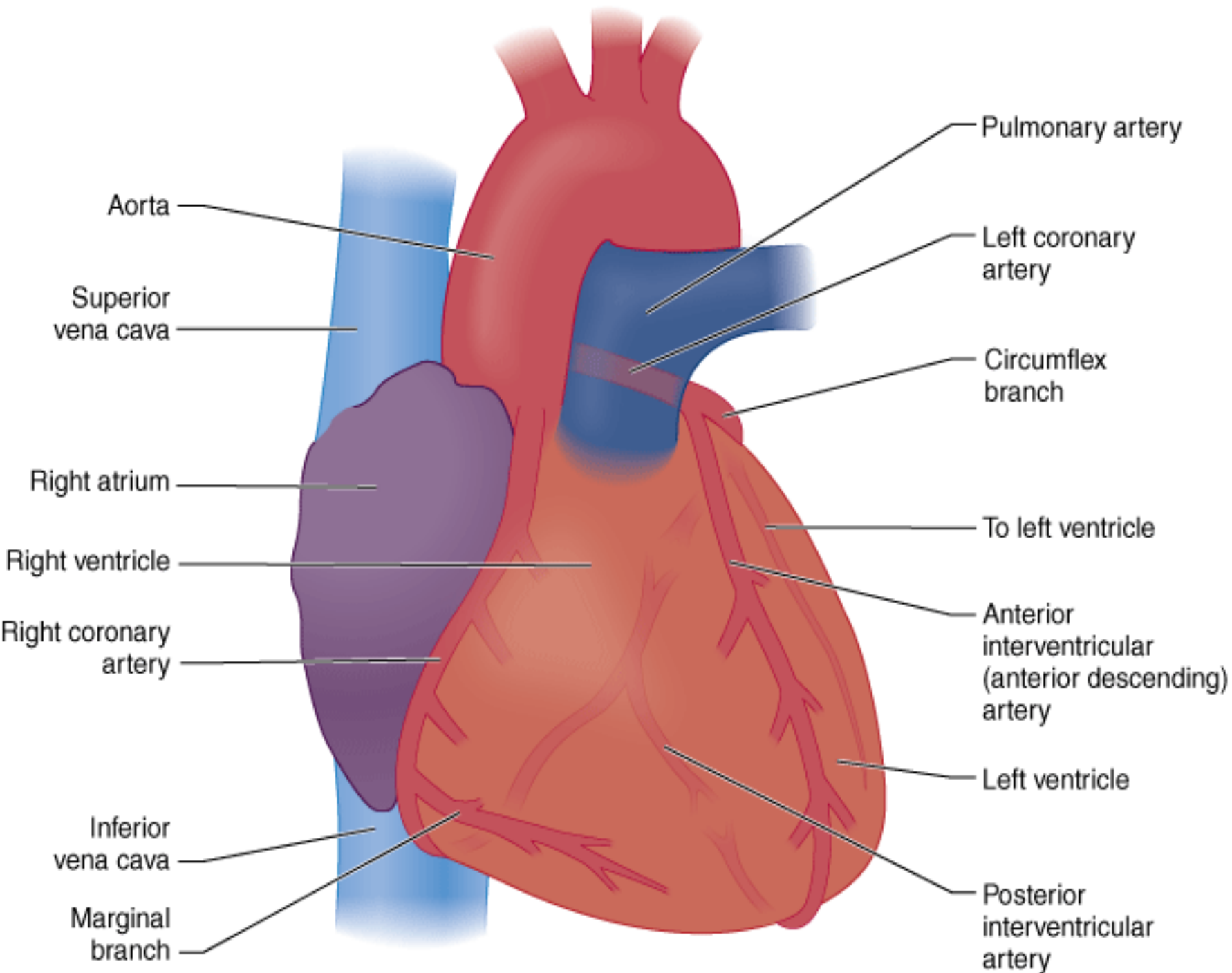
Akut Koroner Sendromlar



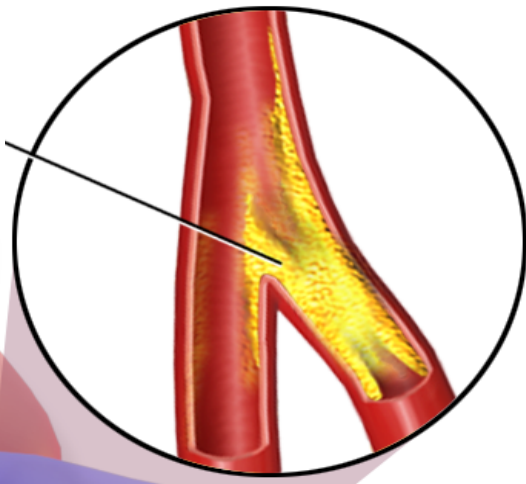
TATD
Oryantasyon
Eğitimi

Kanada Kardiyovasküler Cemiyeti Anjina Sınıflaması

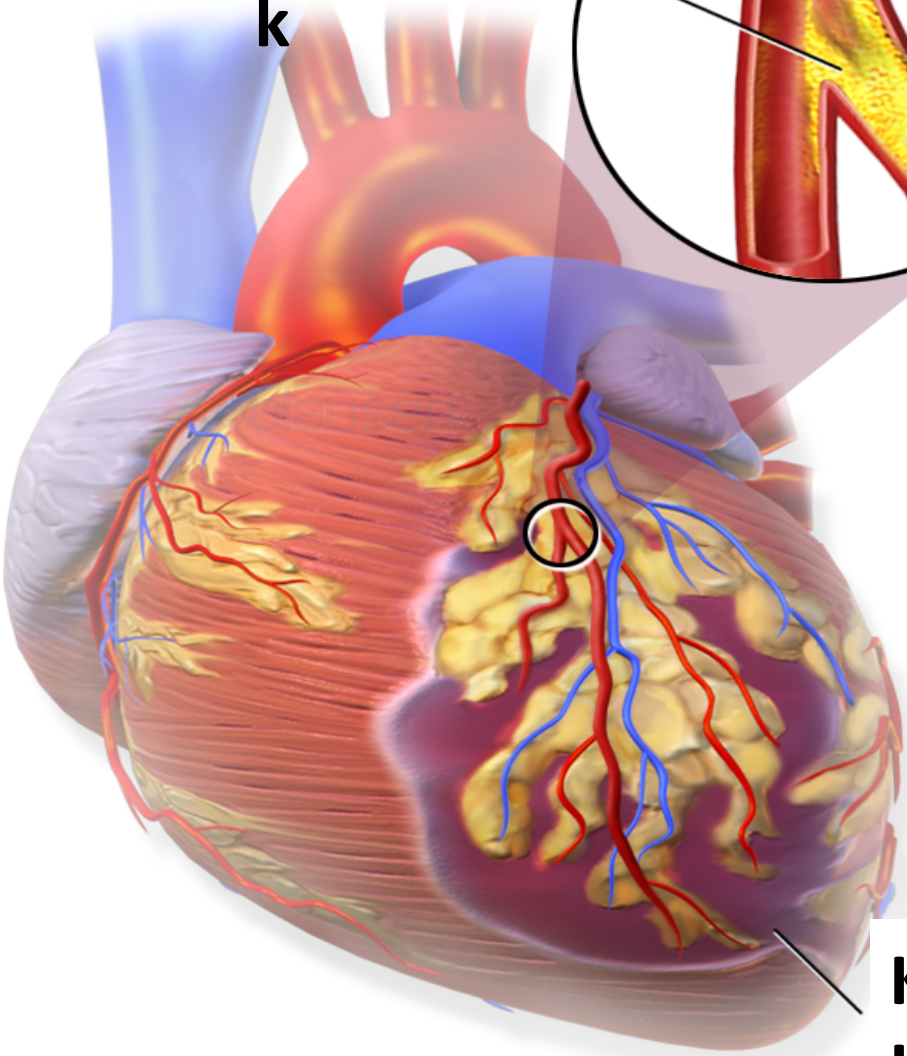
- Class I** Anjina sadece zorlayıcı, hızlı, veya uzamış eforla ortaya çıkar. Gündelik aktiviteyle anjina görülmez
- Class II** Gündelik aktivite hafif kısıtlanır. Hızlı merdiven çıkma, yokuş yukarı yürüme, yemek sonrası yürüme, soğukta, rüzgarda, veya stres ile anjina ortaya çıkar
- Class III** Gündelik aktivite belirgin olarak kısıtlanır. Bir-iki blok yürümekle veya normal hızda bir kat merdiven çıkmak ile anjina
- Class IV** Sıkışma olmadan fiziksel aktivite gerçekleştiremez. İstirahatte anjinal yakınmalar olabilir



**Arterde
Tıkanıklı
k**



**TATD
Oryantasyon
Eğitimi**



**Kas
Hasarı**

Kalp Krizi



Akut Koroner Sendromlar



TATD
Oryantasyon
Eğitimi

- STEMI
- NSTEMI
- Kararlı Anjina Pektoris
- Kararsız Anjina Pektoris

Akut Koroner Sendromlar



TATD
Oryantasyon
Eğitimi

■ STEMI

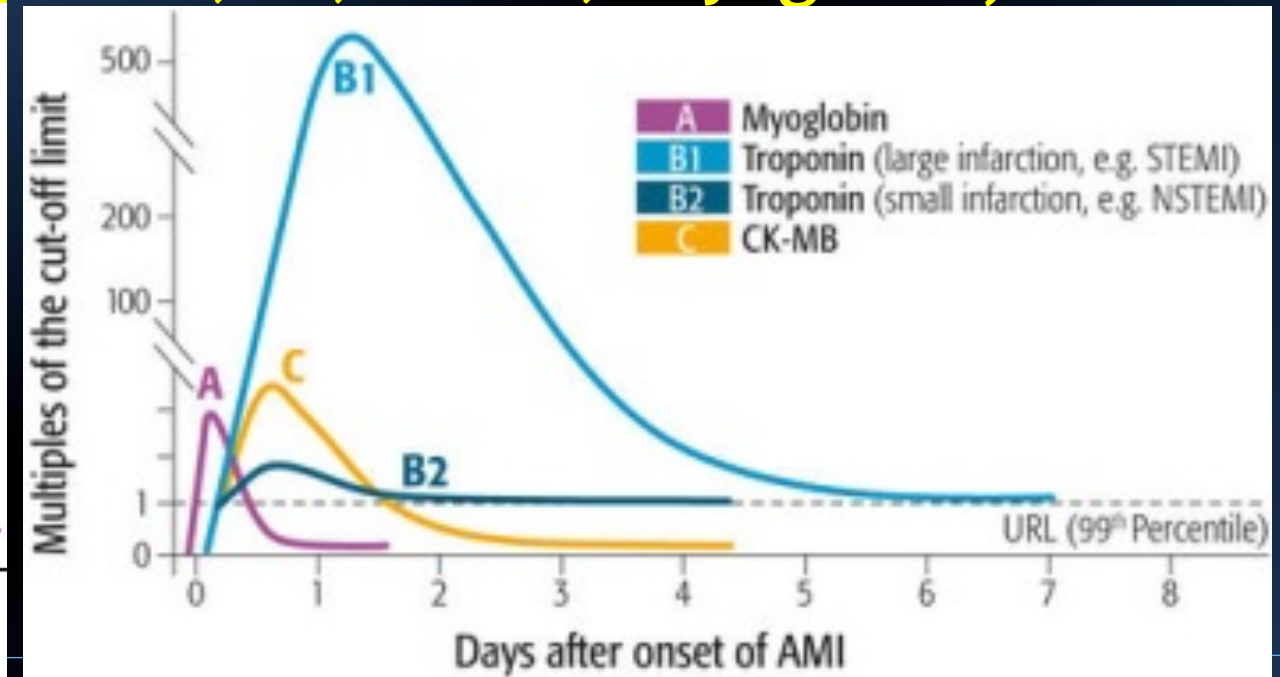
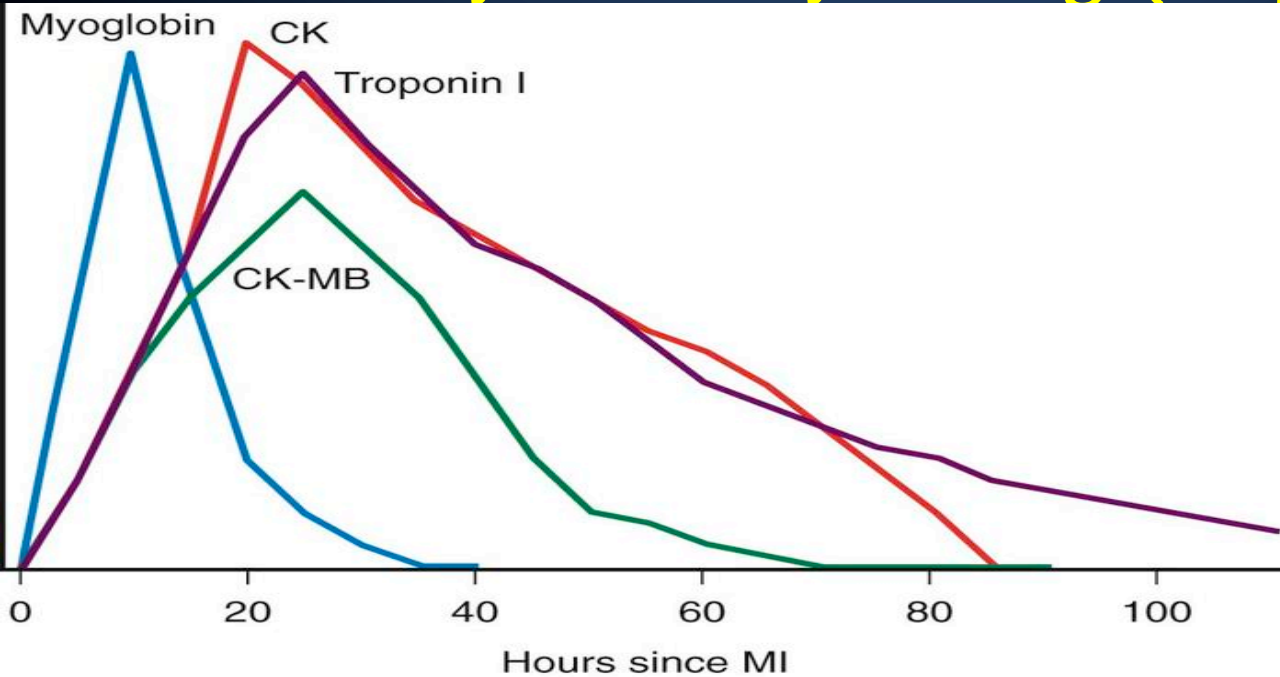
- Yeni ST elevasyonu
- En az iki ardışık derivasyonda
- V₂–V₃'de Jnoktasından erkeklerde ≥ 2 mm (0.2 mV) veya kadınlarda ≥ 1.5 mm (0.15 mV)
- Diğer göğüs ve ardışık ekstremita derivasyonlarında ≥ 1 mm (0.1 mV)

Akut Koroner Sendromlar



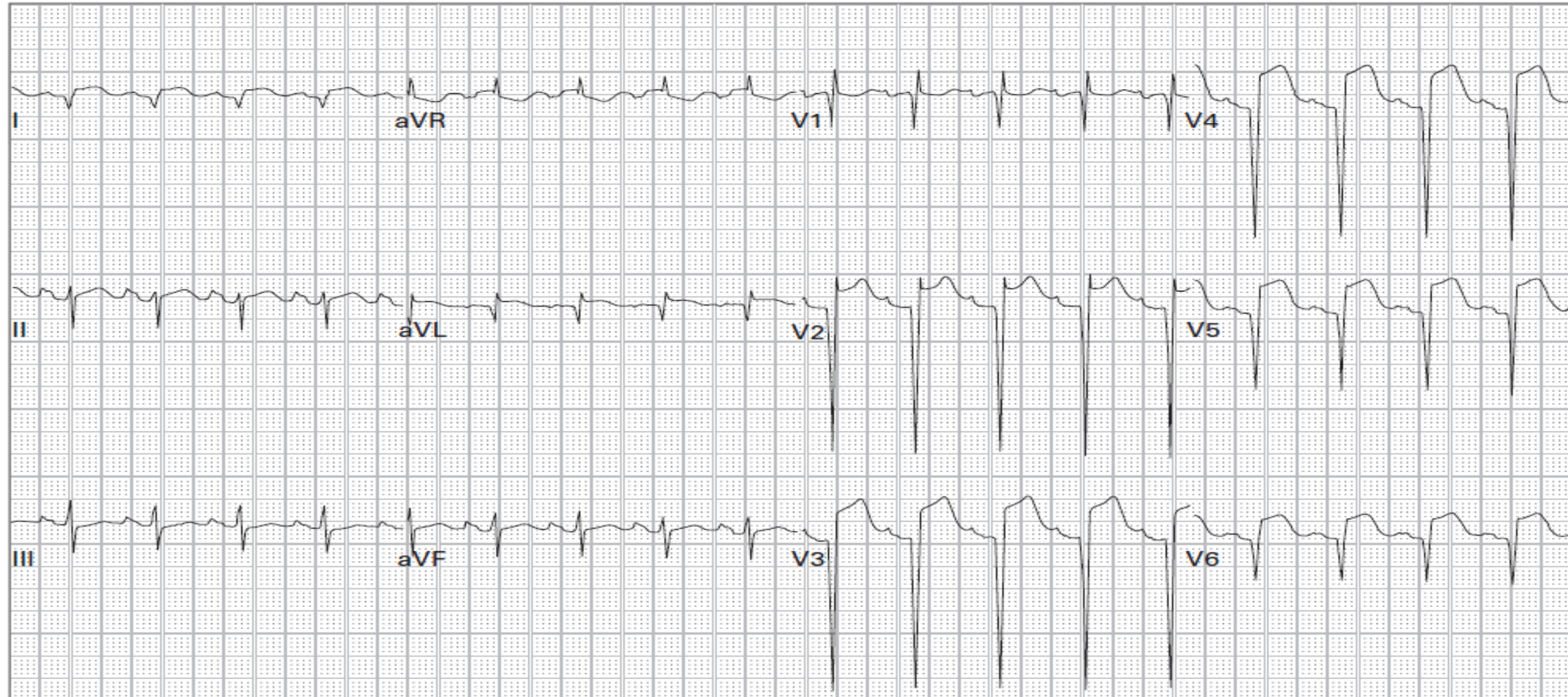
TATD
Oryantasyon
Eğitimi

- **STEMI**
- EKG değişiklikleri ve/veya (en az ikisi)
 - **Tipik göğüs ağrısı**
 - **Kardiyak enzim yüksekliği (Troponin I, CK, CK-MB, Miyogloblin)**





TATD Oryantasyon Eğitimi



Akut Koroner Sendromlar



TATD
Oryantasyon
Eğitimi

■ NSTEMI

- EKG’de ST segment değişikliği olmaksızın koroner arter obstrüksiyonuna bağlı miyokard nekrozu
- Tipik olmayan EKG değişiklikleri görülür

Akut Koroner Sendromlar



TATD
Oryantasyon
Eğitimi

■ Kararlı anjina

- Göğüste rahatsızlık ve bazı aktivitelerle (koşma-yürüme vs.) hızlanan ilişkili semptomlar
- Dinlenme esnasında minimal veya yok
- Hızlandırıcı aktiviteler durduğunda birkaç dakika içinde azalır

Akut Koroner Sendromlar



TATD
Oryantasyon
Eğitimi

■ Kararsız anjina

- Dinlenme durumunda veya minimum eforla ortaya çıkar (≥ 10 dakika)
- İlk kez veya son 2 ay içerisinde başlamış
- Şiddeti/sıklığının sürekli artması (öncekilerden daha şiddetli, daha uzun ve sık olması ve geçmesi için giderek daha fazla ilaç gerekmesi)

■ Tedavi

- Analjezi (Morfin)
- Oksijen ($SPO_2 < 93$)
- Nitrat (Ağrı devam ediyor)
- ASA (165-325 mg)
- β -bloker (KE yoksa)
- Antikoagülan (Heparin/DMAH)
- Anti-platelet ilaçlar
- Trombolitikler (STK, TPA, rTPA)
- PCI

Akut Koroner Sendromlar



TATD
Oryantasyon
Eğitimi

- **Taburculuk**
- Hatalı taburculuk= Yüksek mortalite + Malpraktis davası
 - Atlanan MI tanısı %3-5, AS'e davalar içinde oranı %25
- En az;
 - 2 set enzim, 3 EKG
- Laboratuvar ve EKG normal ama klinik şüphe (+)
 - Kararsız anjina için yatış önerilmelidir

Pulmoner Emboli



TATD
Oryantasyon
Eğitimi

- Pulmoner arterlerin trombüs ile oklüzyonu
- >%90 DVT kaynaklı
- Sık yakınmalar
 - Dispne, plöretik göğüs ağrısı, senkop
- Risk faktörleri
 - Uzun süreli immobilizasyon, neoplaziler, hiperkoagülabilite
- Fizik muayenede
 - Taşikardi, takipne, terleme, hipotansiyon, hipoksi, ateş, anksiyete

Pulmoner Emboli

Risk Faktörleri



TATD
Oryantasyon
Eğitimi

Tablo 1. VTE risk faktörleri (36)

Genetik risk faktörleri

Antitrombin III eksikliği
Protein C eksikliği
Protein S eksikliği
Aktive Protein C rezistansı: (Faktör V Leiden)
Protrombin G20210A mutasyonu
Hiperhomosisteinemi
Faktör VIII artışı
Konjenital disfibrinojenemi
Antikardiyolipin antikorları
Plazminojen eksikliği
Faktör VII eksikliği
Faktör IX artışı

Kazanılmış risk faktörleri

İleri yaş
Nefrotik sendrom
Şişmanlık
Uzun süreli seyahat
Majör cerrahi (Pelvik, abdominal)
İmmobilizasyon
Kanser
Konjestif kalp yetersizliği
Miyokard infarktüsü
İnme
Oral kontraseptif kullanımı
Hormon replasman tedavisi
Kemoterapi
Santral venöz kateter
Spinal kord yaralanması
Polisitemia Vera
Gebelik/Lohusalık
Travma

Pulmoner Emboli



TATD
Oryantasyon
Eğitimi

- EKG
 - En sık sinüs taşikardisi
 - S1Q3T3 < %20
- Arteriyel Kan Gazı
 - Dışlamada faydasız
- D-Dimer
 - Düşük riskli hastaları dışlamak için

Pulmoner Emboli



TATD
Oryantasyon
Eğitimi

Tablo 7 PE için klinik tahmin kuralları: Wells puanı ve gözden geçirilmiş Cenevre puanı

Gözden geçirilmiş Cenevre puanı⁶⁴

Değişken	Puan
Zemin hazırlayan etkenler	
>65 yaş	+1
Önceden geçirilmiş DVT ya da PE	+3
Son 1 ay içinde cerrahi girişim ya da kırık	+2
Aktif malignite	+2
Belirtiler	
Tek taraflı alt bacak ağrısı	+3
Hemoptizi	+2
Klinik bulgular	
Kalp atım hızı	
75-94 vuru/dak	+3
≥95 vuru/dak	+5
Alt bacak derin veninde palpasyonda ağrı ve tek taraflı ödem	+4

Klinik olasılık	Toplam
Düşük	0-3
Orta	4-10
Yüksek	≥11

Wells puanı⁶⁵

Değişken	Puan
Zemin hazırlayan etkenler	
Önceden geçirilmiş DVT ya da PE	+1.5
Yakın zamanlı cerrahi girişim ya da immobilizasyon	+1.5
Kanser	+1
Belirtiler	
Hemoptizi	+1
Klinik bulgular	
Kalp atım hızı	
>100 vuru/dak	+1.5
DVT klinik bulguları	+3
Klinik karar	
Alternatif tanı PE olasılığından daha düşük	+3

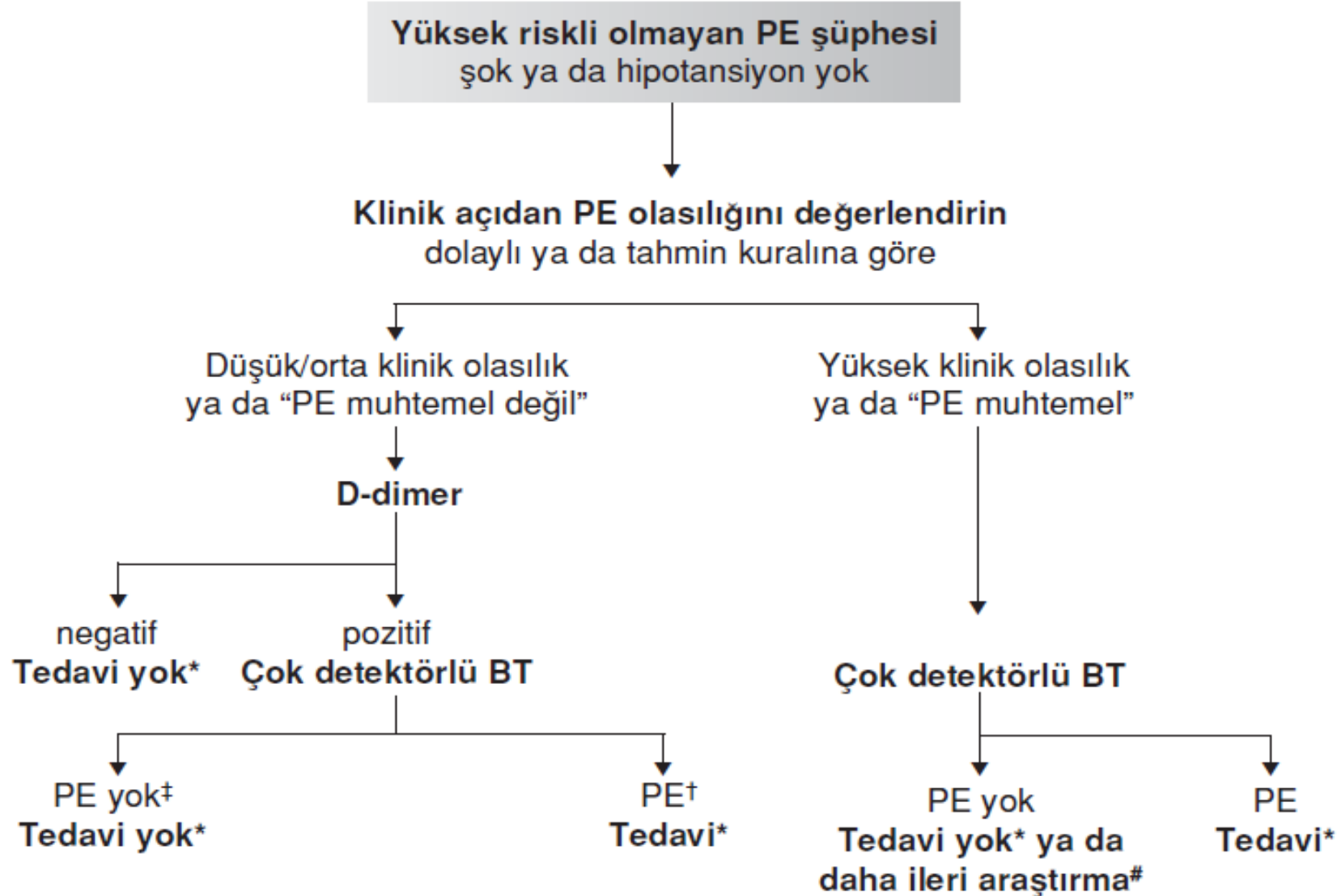
Klinik olasılık (3 düzeyli)	Toplam
Düşük	0-1
Orta	2-6
Yüksek	≥7

Klinik olasılık (2 düzeyli)	
PE muhtemel değil	0-4
PE muhtemel	>4

Pulmoner Emboli



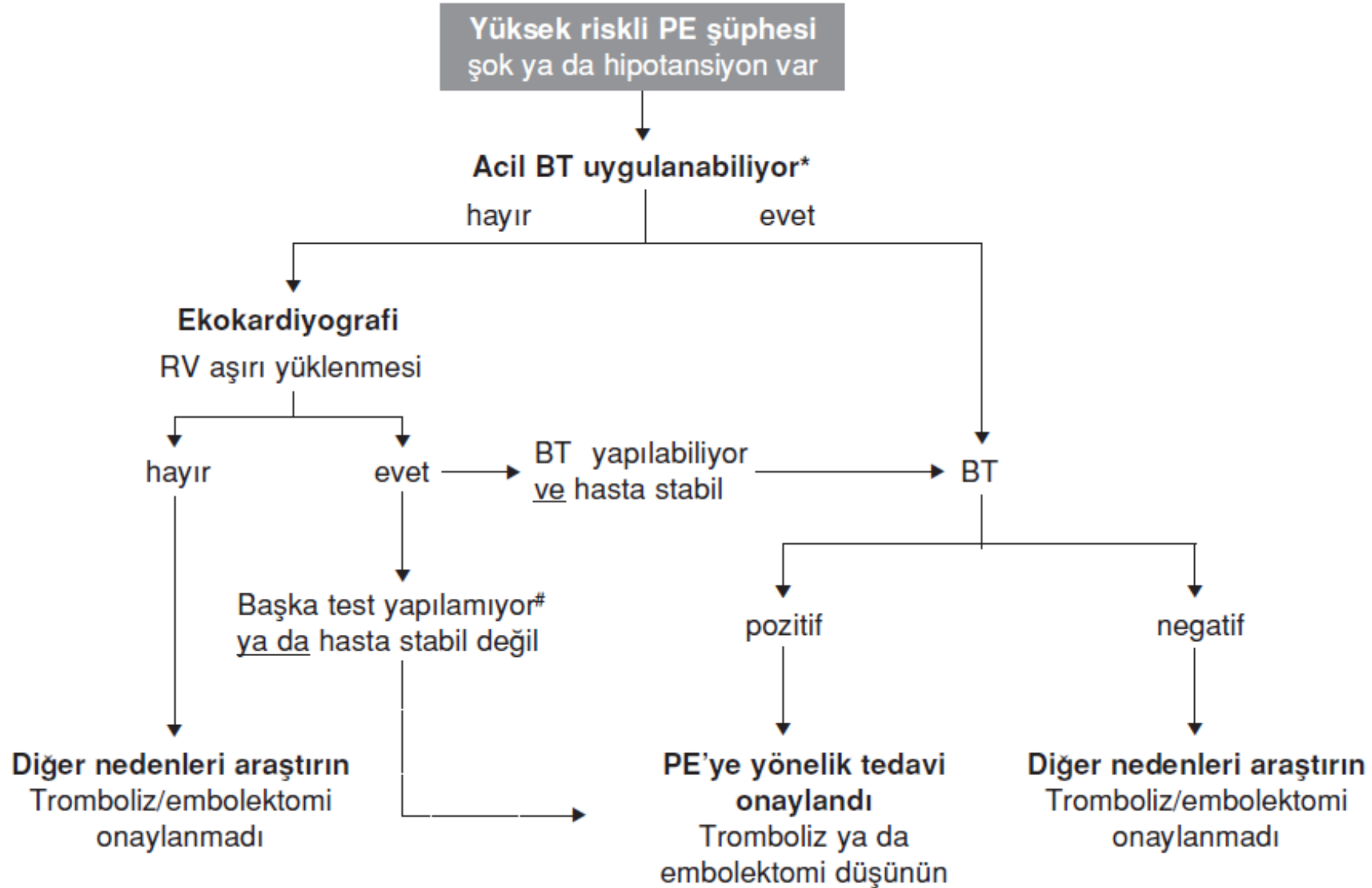
TATD
Oryantasyon
Eğitimi



Pulmoner Emboli



TATD
Oryantasyon
Eğitimi



Pulmoner Emboli



TATD
Oryantasyon
Eğitimi

- **Tedavi**
- Destek tedavi
 - Sıvı
 - O₂
 - Vazopresör
- Antikoagülan
- Trombolitik

Pulmoner Emboli



TATD
Oryantasyon
Eğitimi

Tablo 15 Aktive parsiyel tromboplastin zamanına dayalı intravenöz fraksiyonlanmamış heparin dozunun ayarlanması

Aktive parsiyel tromboplastin zamanı	Doz değişikliği
<35 sn (kontrolün <1.2 katı)	80 U/kg bolus; infüzyon hızını 4 U/kg/saat artırın
35-45 sn (kontrolün 1.2-1.5 katı)	40 U/kg bolus; infüzyon hızını 2 U/kg/saat artırın
46-70 sn (kontrolün 1.5-2.3 katı)	Değişiklik yok
71-90 sn (kontrolün 2.3-3.0 katı)	İnfüzyon hızını 2 U/kg/saat azaltın
>90 sn (kontrolün >3.0 katı)	İnfüzyonu 1 saatliğine durdurun; sonra infüzyon hızını 3 U/kg/saat azaltın

Tablo 16 Pulmoner emboli tedavisinde onaylanmış subkütan düşük molekül ağırlıklı heparin ve fondaparinux rejimleri

	Doz	Aralık
Enoksaparin	1.0 mg/kg ya da 1.5 mg/kg ^a	12 saatte bir Günde bir kez ^a
Tinzaparin	175 U/kg	Günde bir kez
Fondaparinux	5 mg (vücut ağırlığı <50 kg) 7.5 mg (vücut ağırlığı 50-100 kg) 10 mg (vücut ağırlığı >100 kg)	Günde bir kez

Pulmoner Emboli



TATD
Oryantasyon
Eğitimi

- Trombolitik tedavi önerileri*
 - Trombolitik tedavi akut PE + hipotansiyon (SKB < 90 mmHg) olan ve kanama riski taşımayan hastalarda (grade 2C).
 - Akut PE'ye hipotansiyonun eşlik etmediği, düşük kanama riski olan ve başvuruda veya izlemde antikoagülan tedavisi sonrası hipotansiyon gelişme riski taşıyan seçilmiş hastalarda (grade 2C) .

*9th American College of Chest Physicians (ACCP) guidelines

Pulmoner Emboli



TATD
Oryantasyon
Eğitimi

■ Trombolitik tedavi önerileri*

- PE şiddeti, prognoz ve kanama riski öngörülerini belirleyicidir.

Hipotansiyonu olmayan PE'li hastaların **çoğunda** trombolitik tedavi **önerilmez** (grade 1C).

*9th American College of Chest Physicians (ACCP) guidelines

Pulmoner Emboli



TATD
Oryantasyon
Eğitimi

Tablo 13 Pulmoner embolide onaylanmış trombolitik rejimler

Streptokinaz	250 000 IU yükleme dozu olarak 30 dakikada, takiben 100 000 IU/saat 12-24 saatte Hızlı rejim: 1.5 milyon IU, 2 saatte
Ürokinaz	4400 IU/kg yükleme dozu olarak, 10 dakikada, takiben 4400 IU/kg/saat 12-24 saatte Hızlı rejim: 3 milyon IU, 2 saatte
rtPA	100 mg, 2 saatte <i>ya da</i> 0.6 mg/kg, 15 dakikada (maks. doz 50 mg)

Türk Kardiyol Dern Arş Suppl 3, 2008 Akut Pulmoner Embolide Tanı ve Tedavi Kılavuzu

rtPA = rekombinan doku plazminojen aktivatörü.

Aort Disseksiyonu



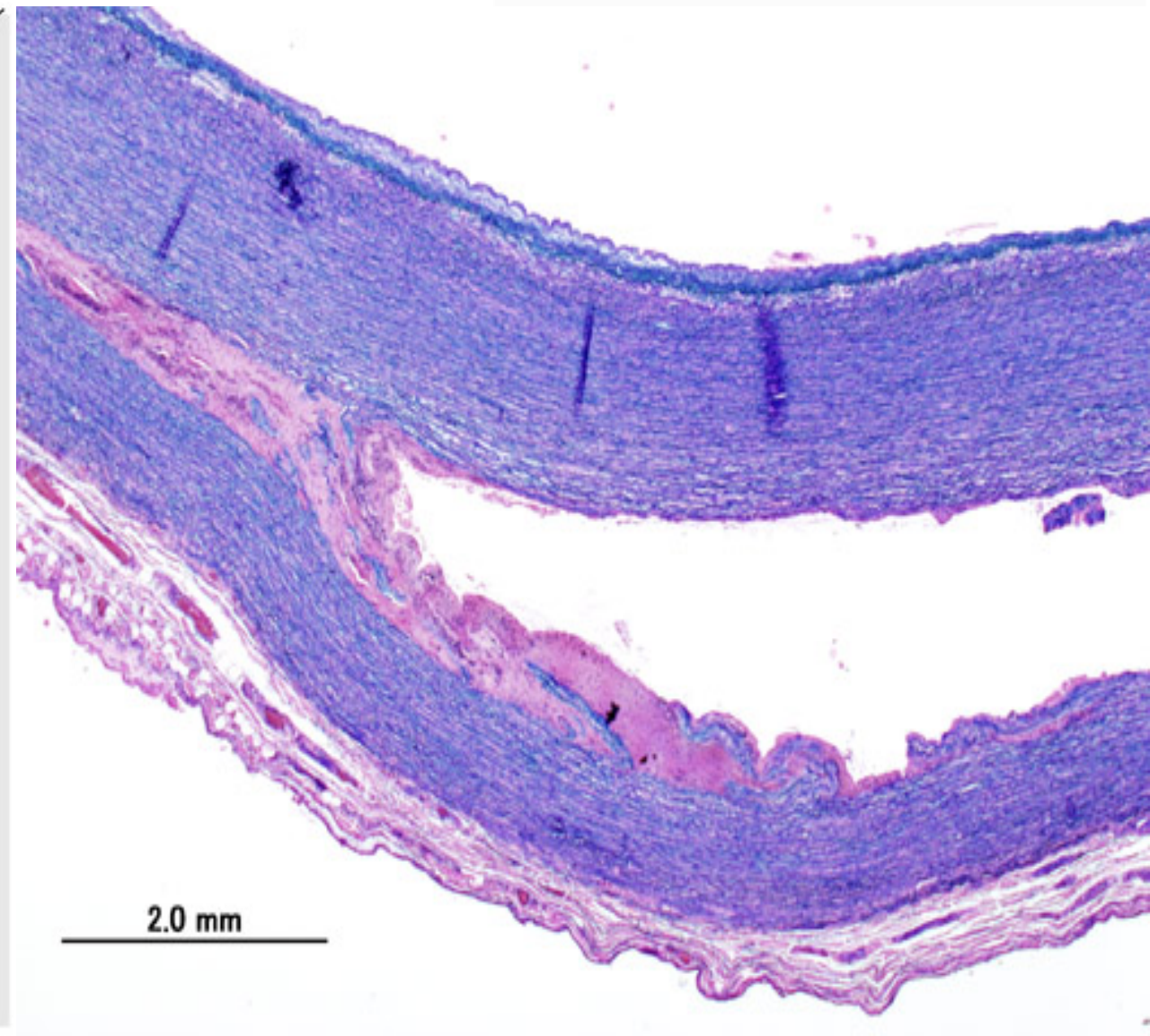
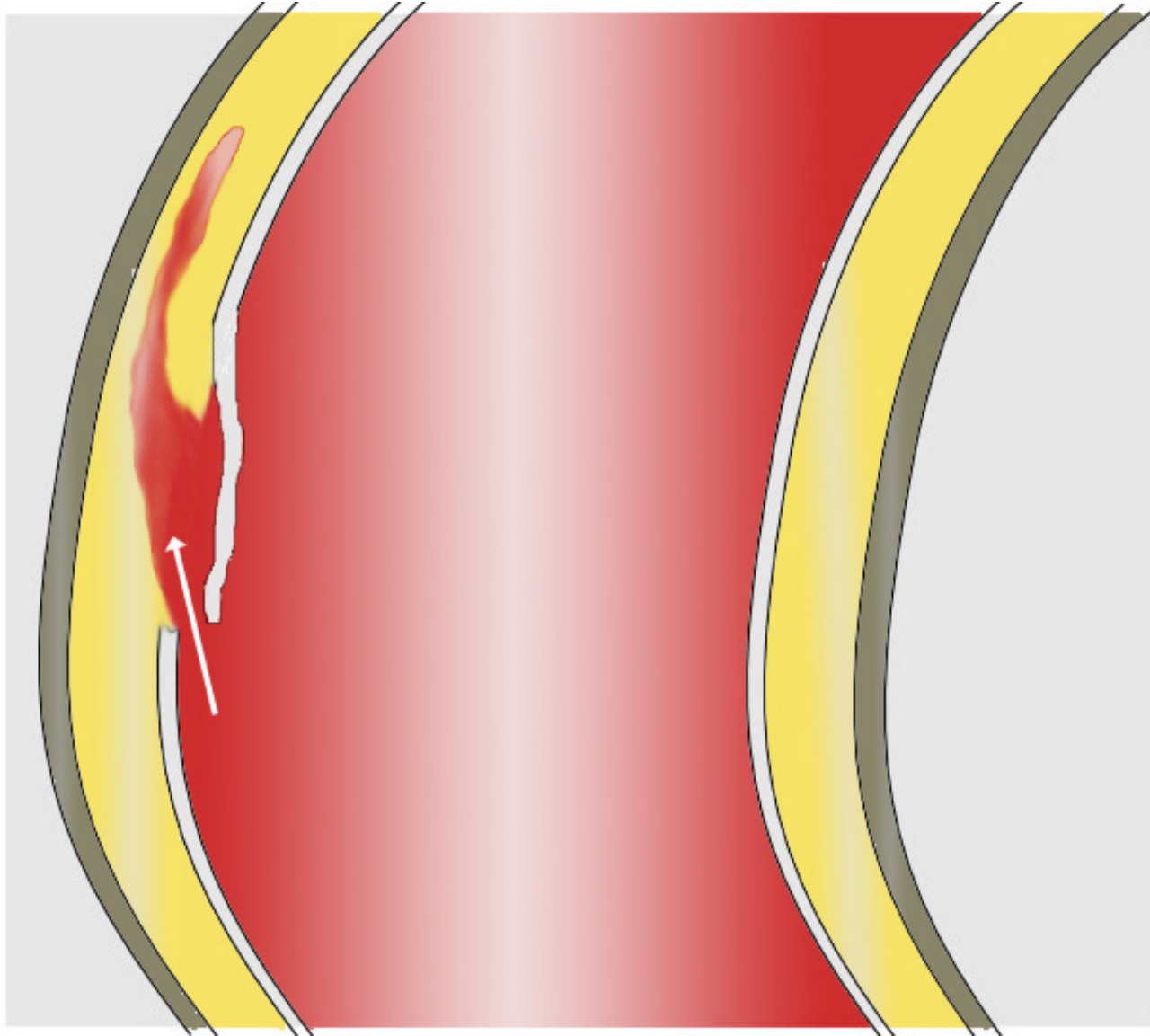
TATD
Oryantasyon
Eğitimi

- Aorta intimasında yırtık
- Intima ve media katmanlarının ayrılmasıyla yalancı lümen oluşumu
- Yırtılır tarzda göğüs, sırt ve bel ağrısı (lokalizasyona göre)
- Süre:
 - Akut - ilk 2 hafta
 - Subakut - 2 hafta-2 ay
 - Kronik - 2 aydan sonra

Aort Disseksiyonu



TATD
Oryantasyon
Eğitimi



Aort Disseksiyonu

Risk Faktörleri



TATD
Oryantasyon
Eğitimi

- Hipertansiyon
- Bağ doku hastalıkları
 - Marfan, Ehler Danlos vb.
- Biküspid aort
- Aort koarktasyonu
- Bilinen aort anevrizması
- Aortanın inflamatuvar ve medial dejeneratif hastalıkları
- Gebelik
- Otoimmün hastalıklar
- Turner sendromu,
 - Noonan's sendromu, polikistik böbrek, giant-cell aortit, sistemik lupus, polikondrit
- İyatrojenik
- Künt travma

Aort Disseksiyonu



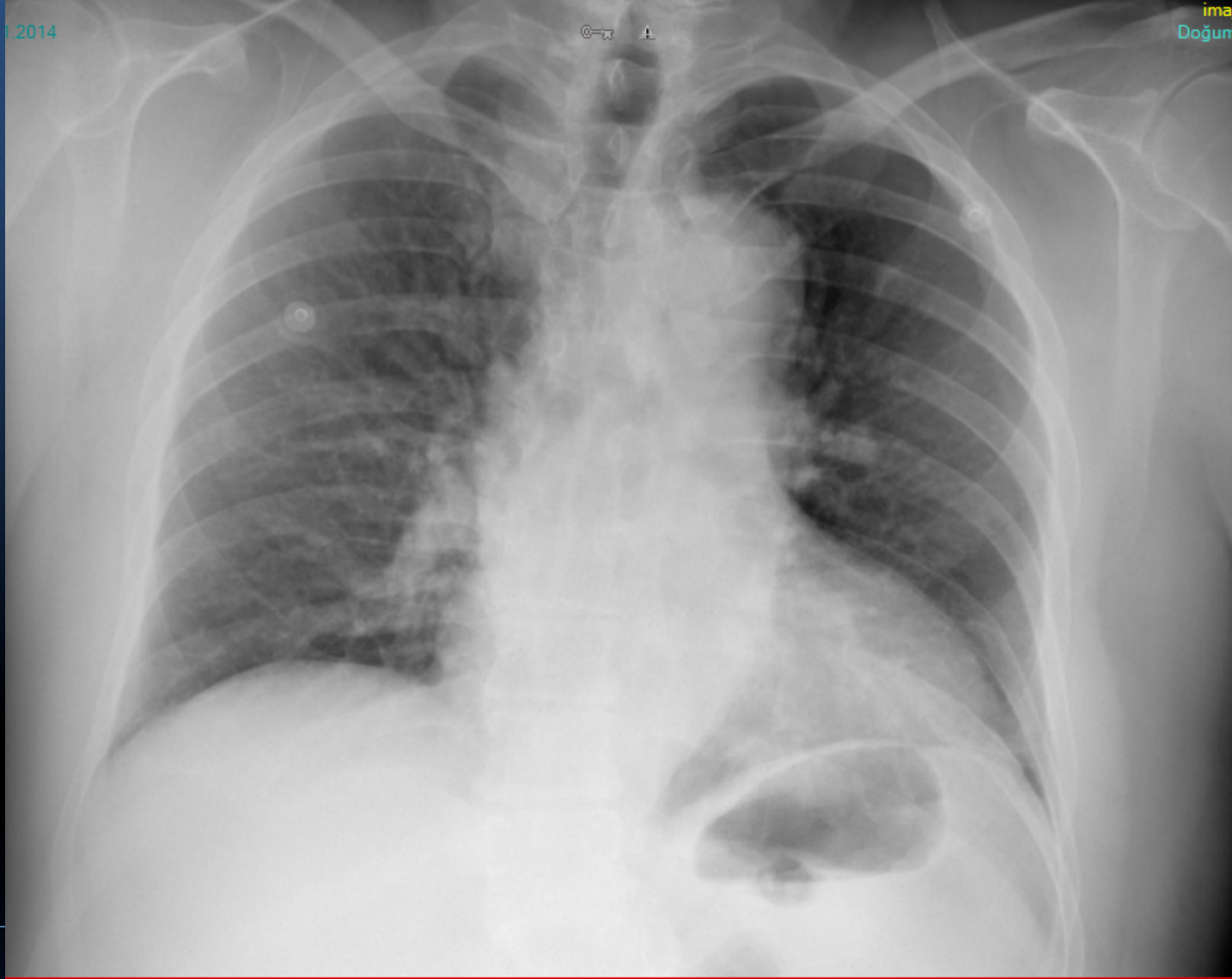
TATD
Oryantasyon
Eğitimi

- Tanı – Radyoloji
- PA AC grafi:
 - Mediastende genişleme (neye göre, kime göre?)
- Ekokardiyografi
 - Flep görünümü
- Abdominal USG
 - Genişlemiş aort
 - Yalancı lümen ve/veya flep görünümü
 - Batın içinde serbest sıvı

Aort Disseksiyonu



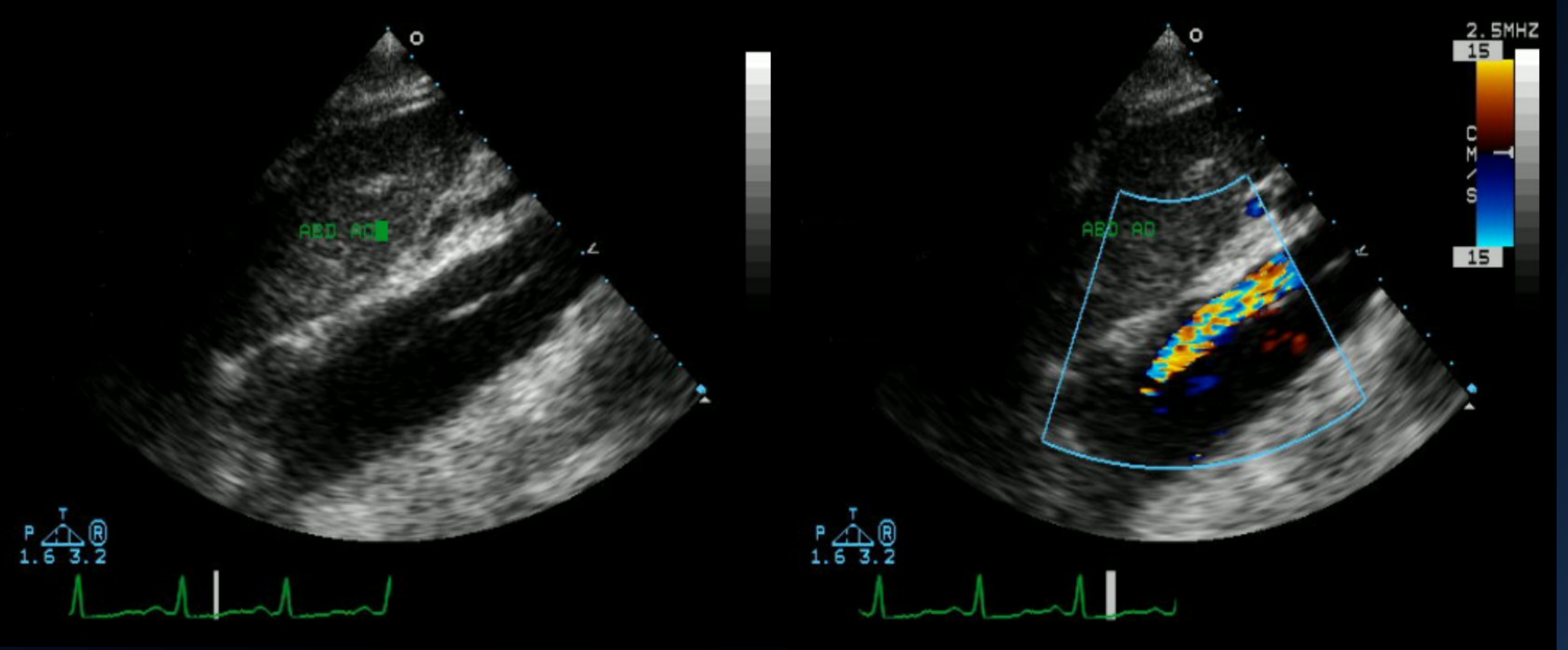
TATD
Oryantasyon
Eğitimi



Aort Disseksiyonu



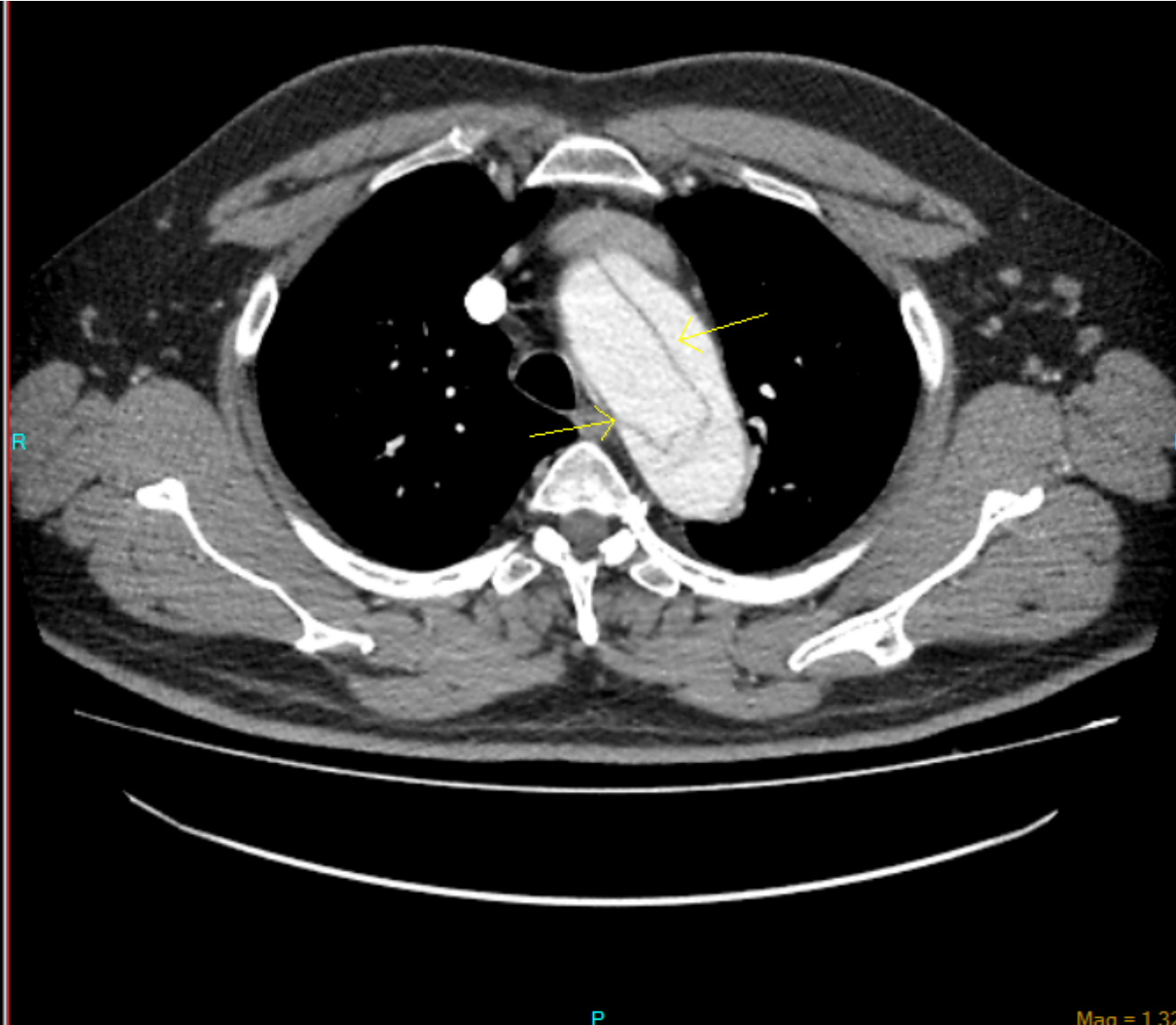
TATD
Oryantasyon
Eğitimi



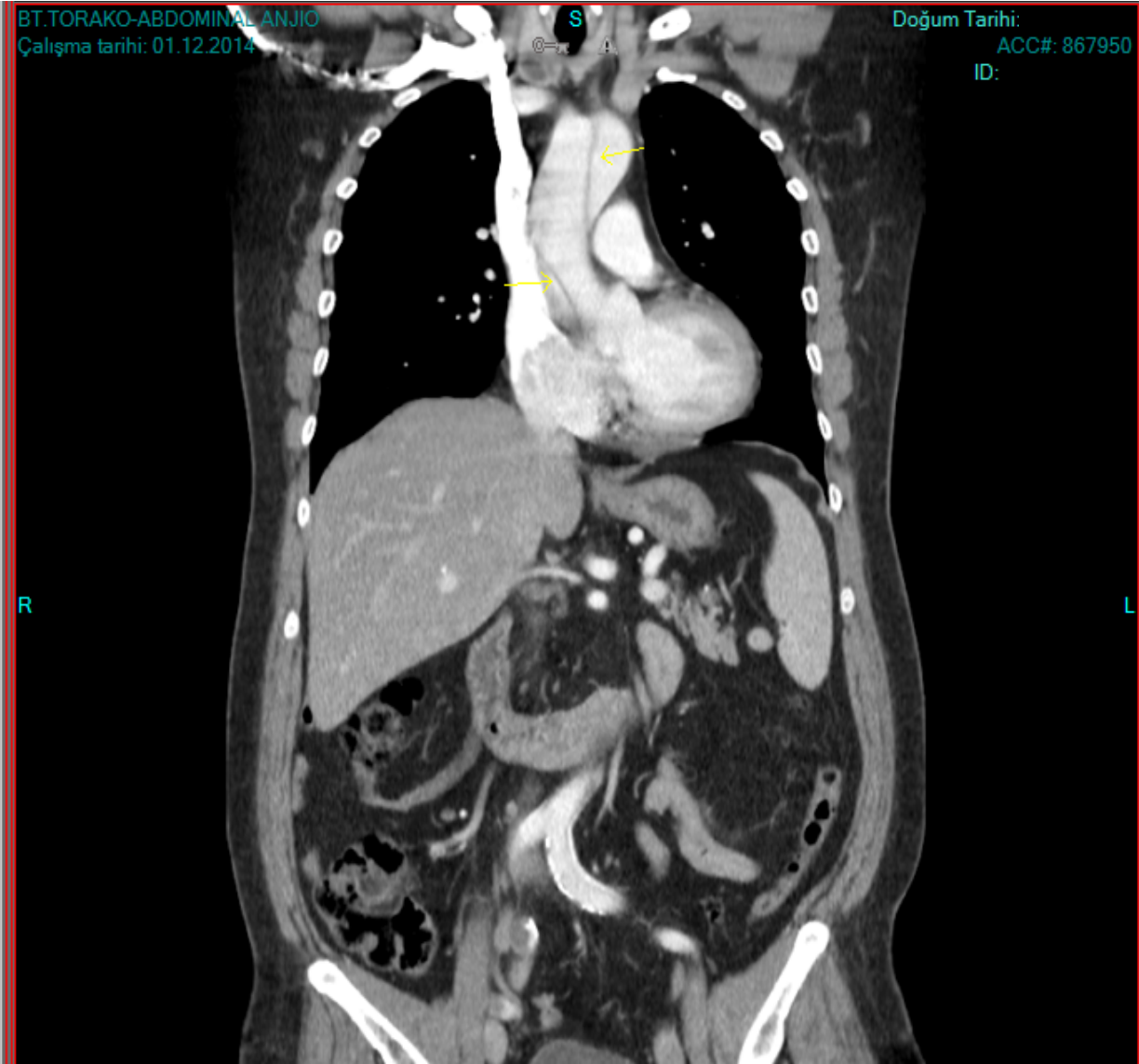
Aort Disseksiyonu



TATD
Oryantasyon
Eğitimi



BT.TORAKO-ABDOMINAL ANJIO
Çalışma tarihi: 01.12.2014



Aort Disseksiyonu



TATD
Oryantasyon
Eğitimi

- Sınıflama
- DeBakey – **Yerleşim, uzanım**
 - Tip I: Aort kökünden en az aort arkusunun sonuna ve ötesine
 - Tip II: Asendan aortayı tutar
 - Tip III: Desendan aortadan başlar, distale uzanır
- Stanford – **Fonksiyonel**
 - A: Asendan, DeBakey I ve II
 - B: Desendan, De Bakey III

			
Percentage	60%	10–15%	25–30%
Type	DeBakey I	DeBakey II	DeBakey III
	Stanford A (Proximal)		Stanford B (Distal)

Aort Disseksiyonu



TATD
Oryantasyon
Eğitimi

■ Tedavi

- Komplike olmayan DeBakey II / Stanford B için medikal tedavi ve izlem.
 - Medikal Tedavi: Kan basıncını ve sol ventriküler akım hızını azaltmayı ve böylece aortik yırtıcı gücü azaltarak disseksiyonun ilerlemesini engellemeyi hedefler
 - Na Nitroprussid, β -bloker
- Akut asendan aorta disseksiyonları (Stanford A / DeBakey I veya II) yüksek mortalite ve morbidite (aort regürjitasyonu, AMI vb.) riski taşıdıklarından cerrahi olarak tedavi edilmelidir.

Tansiyon Pnömotoraks



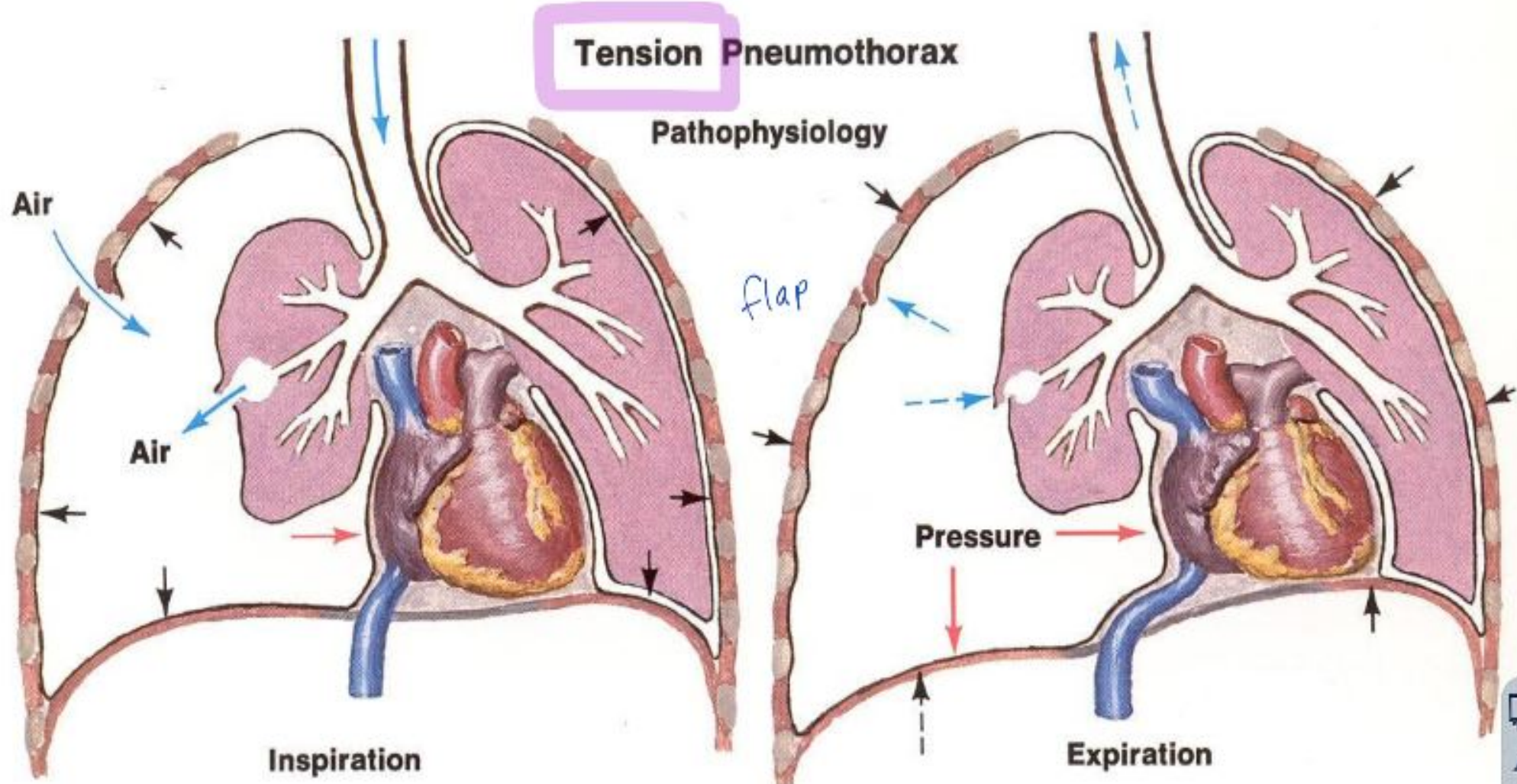
TATD
Oryantasyon
Eğitimi

- Plevra aralığında havanın ilerleyici bir şekilde toplanması
- Tek yönlü valf görevi gören bir AC veya göğüs duvarı lezyonuna bağlı hava plevral alandan kaçamaz
- Artan hava basıncı mediasteni karşı tarafa iter
 - Aorta, VCI, VCS, Pulmoner arterler kollabe olur
 - Ventriküller restrikte olur
- Pozitif basınçlı ventilasyon tek yönlü valf etkisini artırır

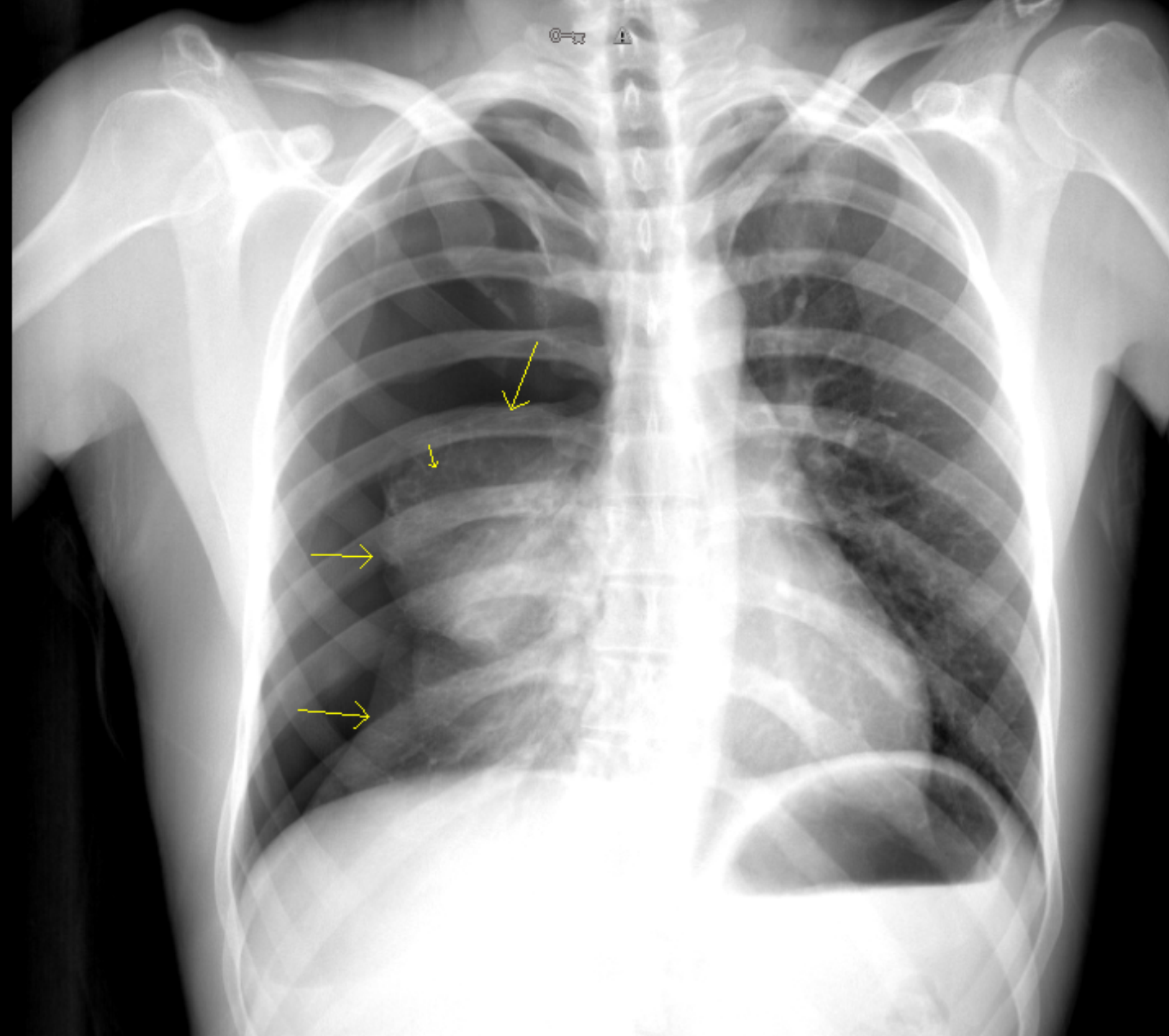
Tansiyon Pnömotoraks



TATD
Oryantasyon
Eğitimi



cyanotic, panic, die

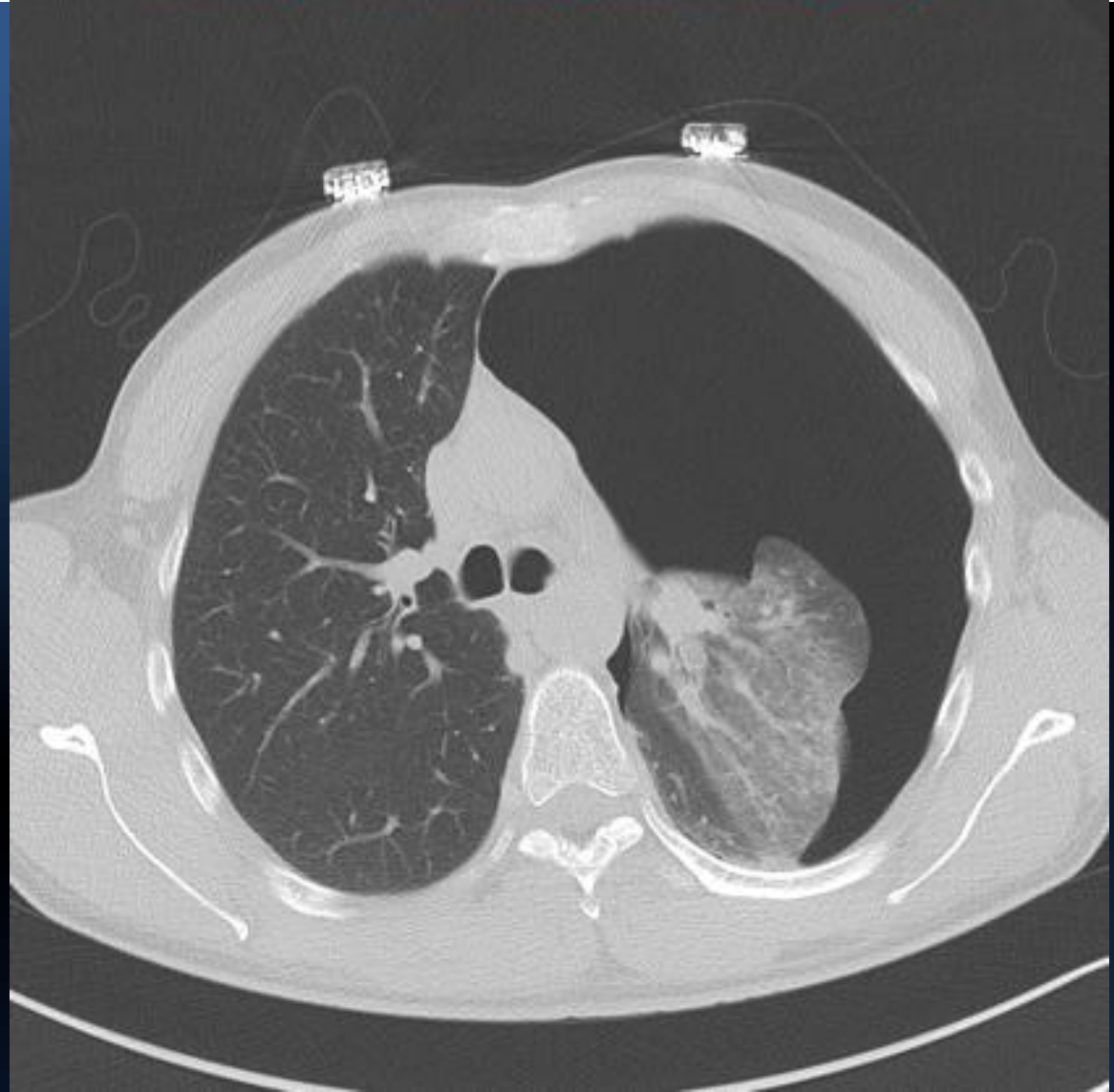


TATD Oryantasyon Eğitimi

Tansiyon Pnömotoraks



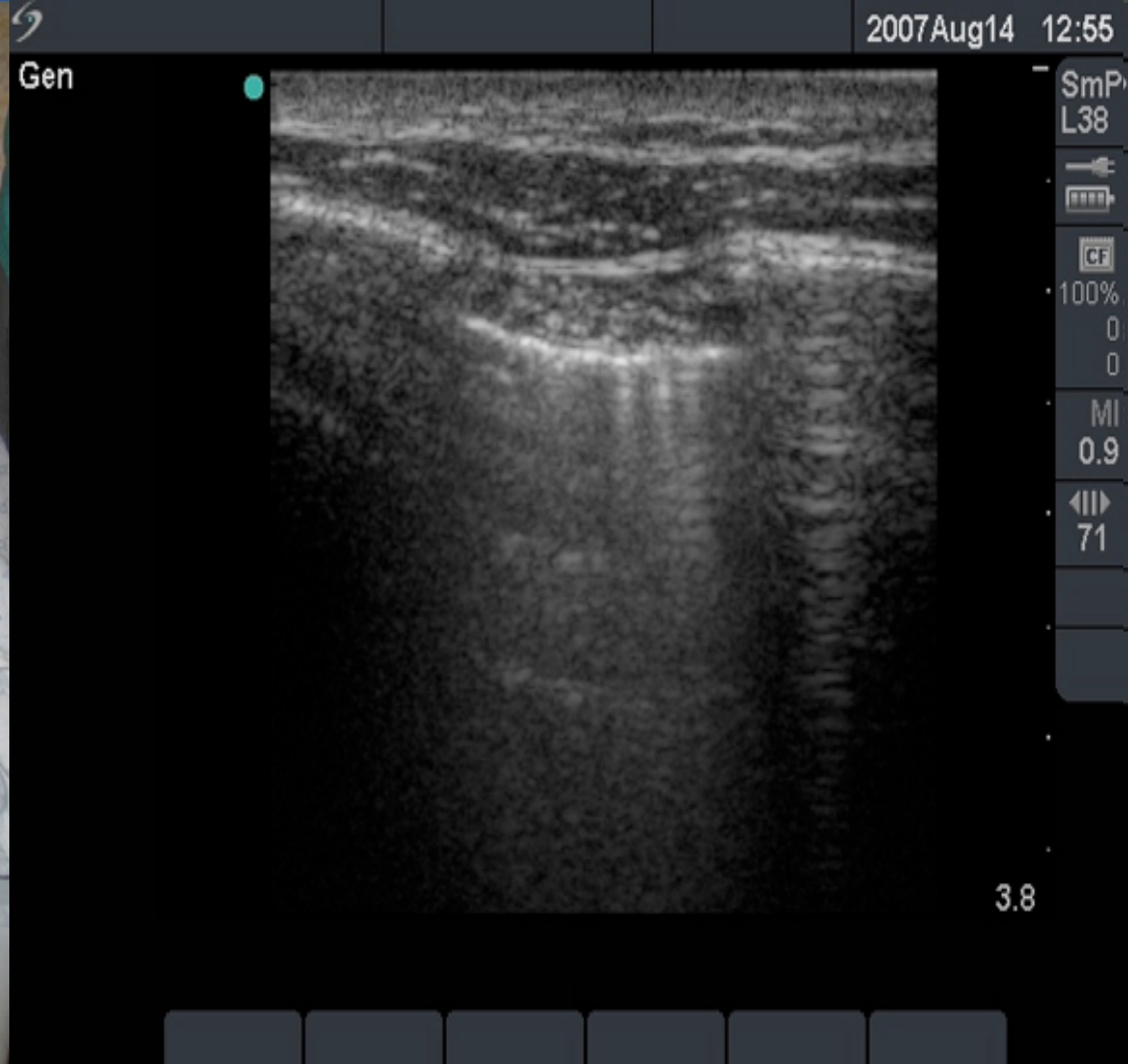
TATD
Oryantasyon
Eğitimi



Tansiyon Pnömotoraks



TATD
Oryantasyon
Eğitimi



Tansiyon Pnömotoraks



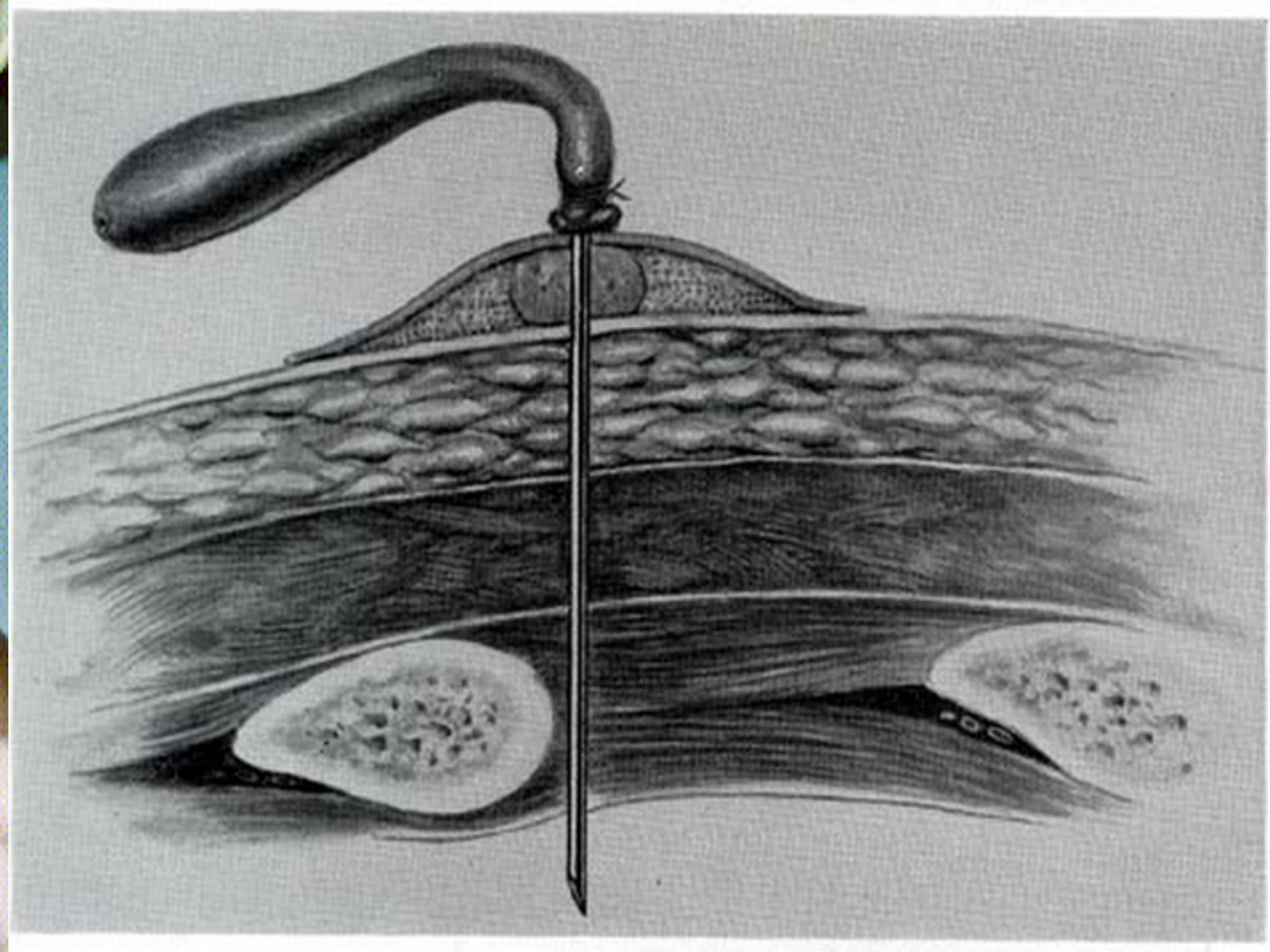
TATD
Oryantasyon
Eğitimi

- **Tedavi**
- Midklaviküler hatta 2. interkostal aralıktan 14 G bir iğne ile acil iğne dekompresyon
- Midklaviküler yaklaşım önemli
 - İnternal mammarian damarlar sternal kenara 3 cm mesafede
- Hızla hava çıkışı tanı koydurucu, hasta hızla rahatlar
- Tansiyon pnömotoraks, açık pnömotoraks haline gelir
- Kalıcı tedavi için göğüs tüpü takılmalıdır

Tansiyon Pnömotoraks



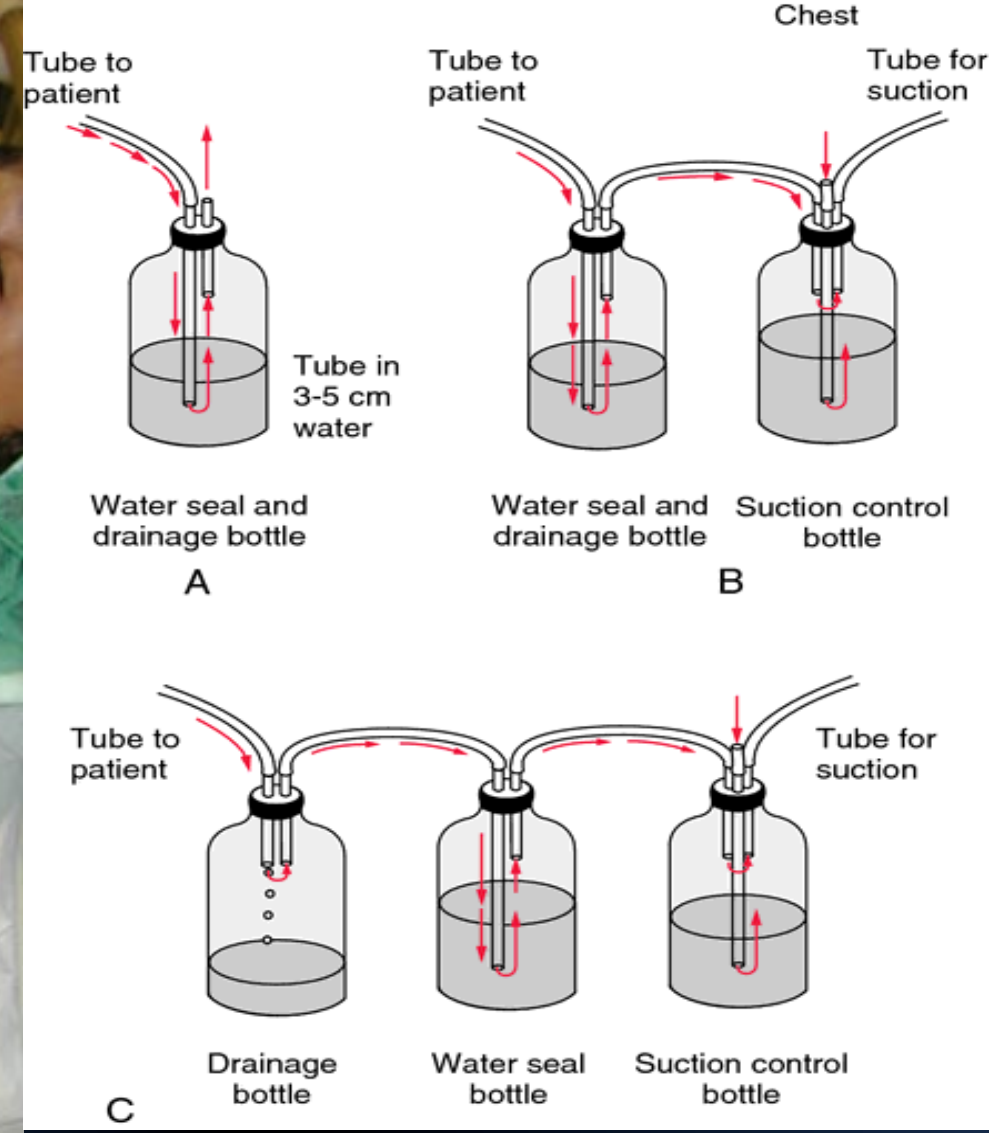
TATD
Oryantasyon
Eğitimi



Tansiyon Pnömotoraks



TATD
Oryantasyon
Eğitimi



Perikardiyal Tamponad



TATD
Oryantasyon
Eğitimi

- Perikardiyal boşlukta akut veya kronik olarak sıvı birikimi
- Intraperikardiyal basınç artar, ventriküler dolum kısıtlanır
- Tamponadın gelişim zamanı
 - Sıvı birikiminin hızı,
 - Perikardiyal kompliance,
 - IV hacim yükü
- Enfeksiyonlar, malignite, radyasyon, MI, travma

Perikardiyal Tamponad



TATD
Oryantasyon
Eğitimi

- Nonspesifik yakınmalar
 - İstirahat ve eforla nefes darlığı
 - Göğüs ağrısı
 - Altta yatan hastalığa bağlı yakınmalar (Üremi, Tbc, MI vb.)
- Fizik muayenede
 - Taşikardi, takipne, dar nabız basıncı
 - Pulsus paradoksus (fark >25 mmHg tamponad lehine)
 - JVD
 - ‘Derinden’ gelen kalp sesleri

Perikardiyal Tamponad



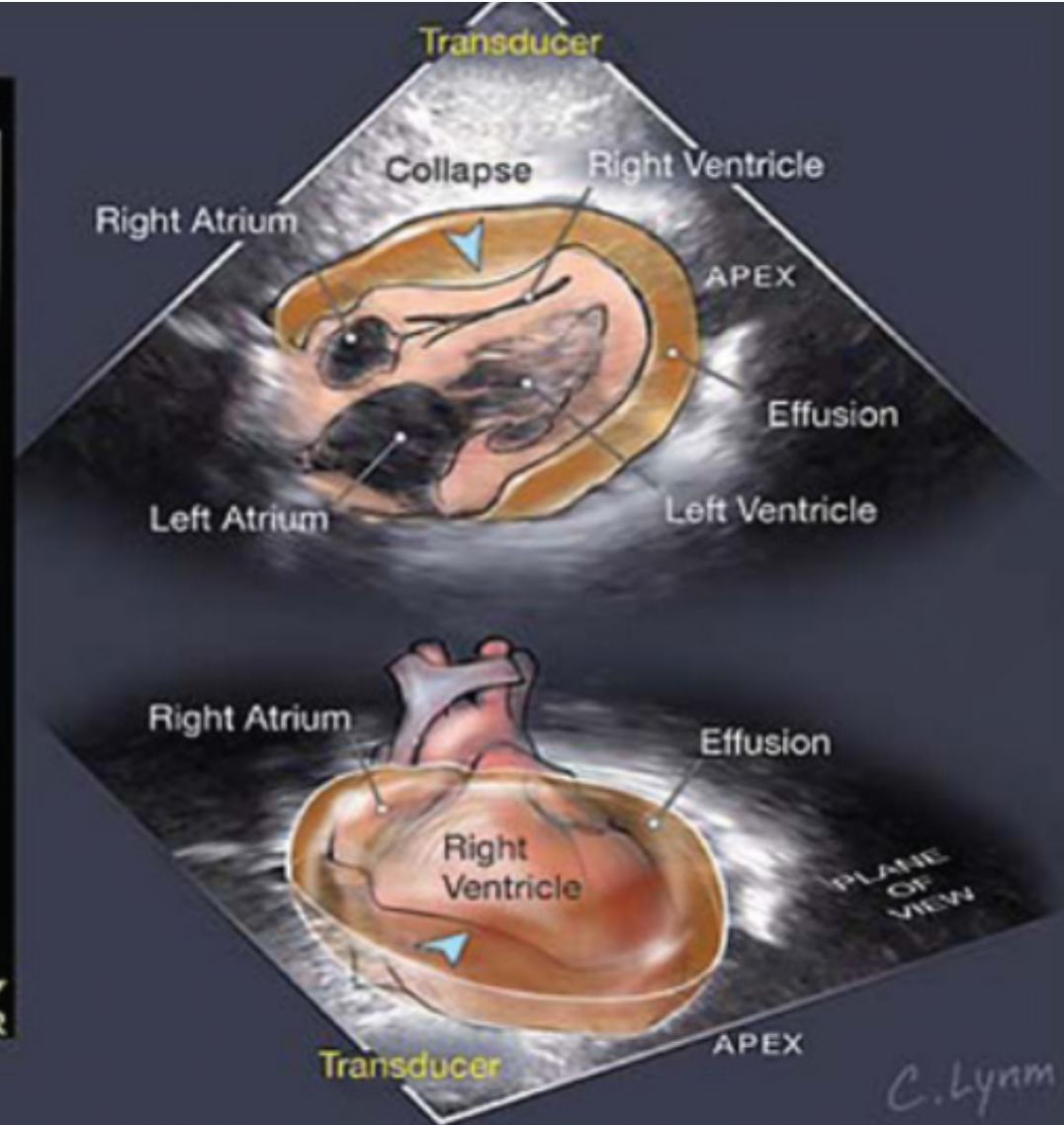
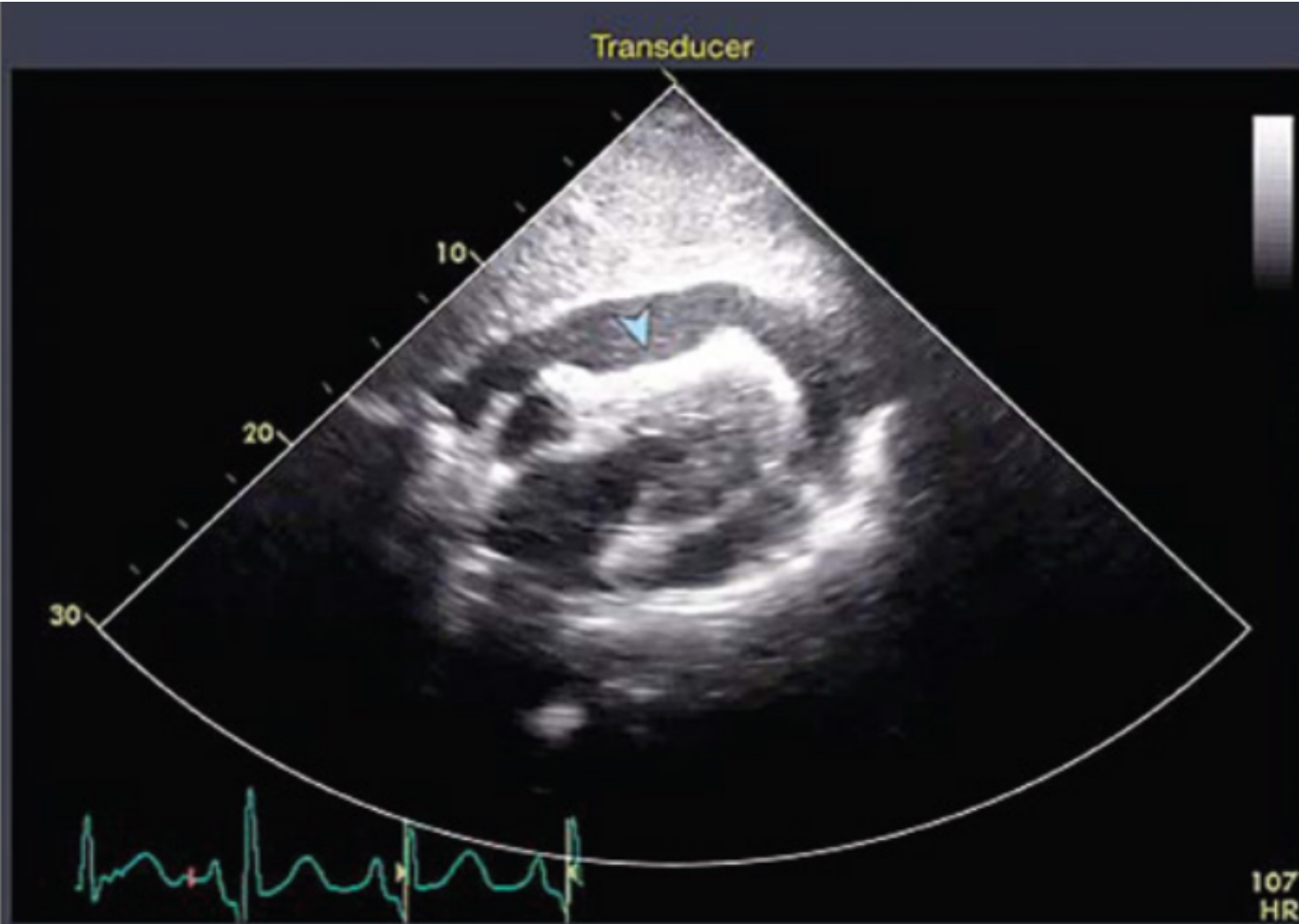
TATD
Oryantasyon
Eğitimi

- Tanı
- EKG
 - Düşük voltajlı QRS, negatif T dalgaları
- Radyoloji
 - PA AC grafisi nadiren yardımcı
 - Toraks BT ve MRG
- Ekokardiyografi
 - Perikardiyal sıvı ve kalınlaşma
 - Anormal ventriküler septal hareketler

Perikardiyal Tamponad



TATD
Oryantasyon
Eğitimi

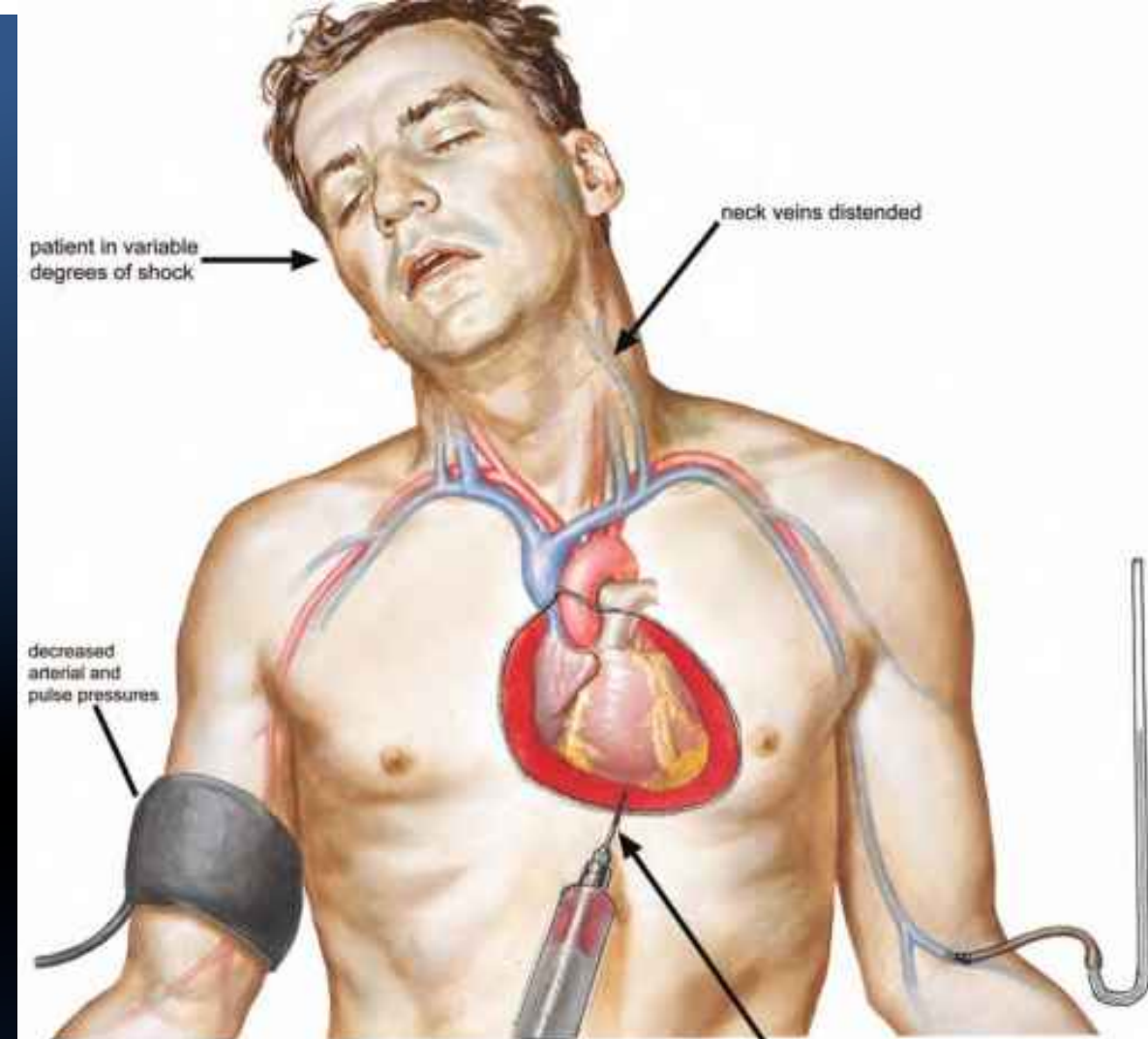


Perikardiyal Tamponad



TATD
Oryantasyon
Eğitimi

- Perikardiyosentez
 - Mümkünse US eşliğinde
 - Sıvının en derin olduğu yerden
 - Protein/albumin, hücre sayımı, Gram boyama, kültür için örnek



Özefagus Rüptürü



TATD
Oryantasyon
Eğitimi

- Özefagusta yırtılma gastrointestinal içeriğin mediastene boşalmasına neden olur
- Hızlı bir seyir gösterir
 - İnflamasyon
 - Enfeksiyon
 - Genel durumda bozulma
 - Sepsis
 - Şok
 - Ölüm

Özefagus Rüptürü



TATD
Oryantasyon
Eğitimi

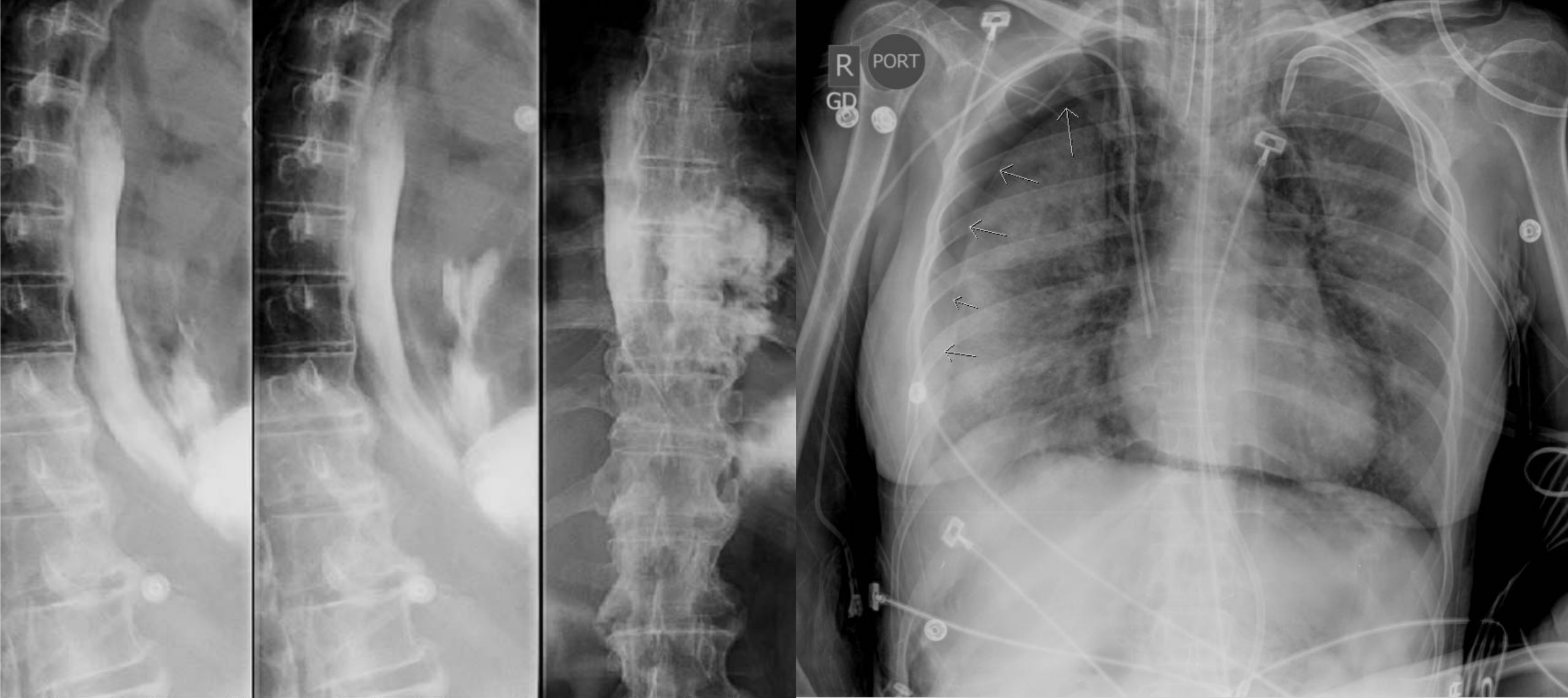
- Nadir ancak yıkıcı
- Risk Faktörleri
 - İyatrojenik
 - Şiddetli öğürme
 - Travma
 - Yabancı cisim
 - Toksik alımlar
- Radyoloji
 - BT ve/veya X-Ray'de mediastinal hava

Özefagus Rüptürü

Pnömomediastinum



TATD
Oryantasyon
Eğitimi



Özefagus Rüptürü



TATD
Oryantasyon
Eğitimi

■ Tedavi

- Antibiyotik
- Destek tedavi
- Çok küçük ve çok az sızıntıya neden olan yırtıklarda konservatif yaklaşım
- Tüm rüptürler için cerrahi konsültasyonu

Son söz



TATD
Oryantasyon
Eğitimi

- Göğüs ağrısının ölümcül nedenleri bilinmeli, tanınmalı veya dışlanmalı
- Acil tedavi tanısal tetkikleri beklemeden başlanmalı
- Tetkikler hayatı tehdit eden nedenlere odaklanmalı
- Yapılan ve planlanan her işlem mutlaka dosyaya yazılmalı
- **YAZILMADIYSA YAPILMAMIŞTIR!!**