



PARAMEDİK BÜLTENİ

Türkiyede'ki paramediklerin iletişim ve eğitim bülteni

Cilt: 2 Sayı: 1

Ocak 2007

3 ayda bir Paramedik Derneği tarafından yayınlanır.

İÇİNDEKİLER

1. Paramedikler Günü
2006 Sayfa ... 1

2. Onur Demir Yılın
Paramediği Ödülü
Sayfa...1

3. İlklerin Yılı 2006
Sayfa ...2

4. Genel Kurula Doğru -
Paramedik Serkan
ÇELİKER Sayfa...3

5. Ambulans Yönetmeliği
Değişti, Peki Değişiklik-
lerden Ne Anlamalıyız?
Sayfa...4

6. Makale: Travmada
İkinci Bakı- Doç.Dr.
Özgür KARCIOĞLU,
Uzm.Dr.Pınar ÜNVERİR
Sayfa... 5

7. Vaka Çalışması
Sayfa...11

www.parder.org

Paramedik Derneği 2. Olağan
Genel Kurulu 18 Mart 2007'de



Paramedikler Günü'nü Yine Coşku ile
kutladık Ayrıntılar Sayfa ... 1



2006 Yılı "Onur DEMİR Yılın Paramediği" Ödülünü
Umut UĞUREL aldı. Sayfa ... 1



İlklerin yılı 2006 Sayfa...2

Sahibi: Paramedik Ali EKŞİ – Paramedik Derneği Genel Başkanı **Sorumlu Müdür:** Paramedik İbrahim ÇINAR
Editör: Öğr.Gör. Gül Özlem YILDIRIM **Yazı İşleri Sorumlusu:** Paramedik Serkan ÇELİKER

Web: www.parder.org

E-mail: a_eksi@yahoo.com

Tel: 0 505 5888668 (Sağlık Kurumsal Hat)

Yönetimden...

Yine güzel haberlerle dolu bir bültenle siz değerli meslektaşlarımızın karşısında olmaktan dolayı onur ve mutluluk duyuyoruz.

Planladığımız, vaat ettiğimiz bütün işlerimiz, paramediklerin başarısı, verdiğimiz hizmet kalitesinin artması ve herseyden önemlisi mesleğimizin gün geçtikçe itibar kazanması yönünde bir bir gerçekleşiyor...

Geçtiğimiz 22 Aralık Paramedik gününü yine güzel bir coşkuyla kutladık. Çeşitli okullardan gelen öğrenci arkadaşlarımız ve birçok istasyondan gelen meslektaşlarımız tam bir uyum ve beraberlik içerisindeydiler.

Eğitimlerimiz, yoğun bir ilgi ve katılımıla, Türkiye'nin dört bir yanındaki paramediklere ulaştı. Hala da, EKG ve İLERİ HAVAYOLU TENİKLERİ, AMBULANS SÜRÜŞ TEKNİKLERİ ve TRAVMALI HASTAYA GENEL YAKLAŞIM KURALLARI eğitimlerine yeni başlıklar ekleyerek devam ediyor. Hepimizin hayali olan, ambulans servisleri ile ilgili mevzuatda yakında tamamlanacak, mevzuatın tamamlanması ile birlikte yetki ile birlikte üzerimizdeki sorumluluk artacak, buna hepimizin hazır olması gerekmektedir. Önümüzdeki dönemde paramediklerin daha etkin olduğu ambulanslar karşımıza çıkacak, böylece bir zamanlar bizim için büyük bir hayal artık gerçeğe dönüşmüş olacak.

Ve tabii seçim... Mart ayında yeni yönetimi seçiyoruz. Sizlerden istediğimiz bütün arkadaşlarımızdan, kullanacakları kim olursa olsun, oylarını kullanmalarınıdır... En demokratik seçim en geniş katılımlı olandır. Bayrağı devralacak olan yönetimden hiçbirimiz desteğimizi esirgemeyeceğiz, yeter ki mesleğimize ve adımıza yakışır bir şekilde centilmence bir seçim olsun.

Ölümün avcı olduğu bir dünyada, insanların sevdiklerini biraz daha fazla görmesi için çalışıyoruz hepimiz... Bazen bu uğurda kendi canımızı bile feda ediyoruz çekinmeden...

Özetle, çok şey hak ediyoruz. Bütün meslektaşlarıma mutlu ve başarılı bir dönem diliyorum. Saygı ve sevgilerimle,

Paramedik Serkan ÇELİKER
Paramedik Derneği YK Yedek Üye
Paramedik Bülteni Yazı İşleri Sorumlusu

Editörden

Yeni bir yıl ve yeni umutlar, 2007 bizim için nasıl bir yıl olmalı?

Paramedikler 2006 yılını "eğitim yılı" olarak geçirdi. Bültenin bu sayısında yapılan tüm eğitim programlarını inceleyebilirsiniz. Bu eğitimler güncel bilgileri ve uygulamaları kapsamakta idi ancak kısıtlı olanaklarla ve özveri ile gerçekleştirildi.

Paramediklerin Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Sistemi'nde ki önemi ve yeri sanırım en fazla Kasım 2006'da Antalya'da yapılan "Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Sempozyumu ve Ambulans Rallisi"nde gündeme geldi. Ayrıca rallide Türkiye anlamlı bir derece el-de etti bizlerde gururlandık. Daha önce yapılan ralliye göre diğer ekiplerde ki gelişmeler ise mutluluk verici idi.

Paramedik Derneği 2006 yılı için planladığı hedeflerin büyük bölümü-ne ulaştı. Şimdi 2007 yılındaki hedeflerine ulaşmak için çalışmaya başlayacak. Bu yılda en önemli hedefler; verilen mezuniyet sonrası eğitimlerin artarak devam etmesi ve meslekle ilgili yasal mevzuatın tamamlanmasıdır.

2007'de hem mesleki hem de bireysel hedeflerimize ulaşmak umuduyla herkese iyi yıllar.

Öğr.Gör. Gül Özlem YILDIRIM
Paramedik Bülteni Editörü

Editörden Açıklama

1. Bültenimiz de aşağıdaki bölümlerde yayınlanmak üzere yazı ve çalışmalar beklenmektedir.
a. **Makale bölümü:** Bu bölüme, yapmış olduğunuz araştırma yazılarını (Örn: Türkiye'deki 112 Ambulans istasyonlarının ekipman yönünden yeterliliği) veya derleme yazıları (Örn: Pulmoner ödemde hastane öncesi acil bakım) gönderebilirsiniz.
b. **Vaka çalışması bölümü:** Kendi yaşadığınız bir vakayı ya da başka bir dilden, kaynaktan çevirdiğiniz bir vakayı (mutlaka kaynak göstererek) bu bölüme, olayın hikayesi, yapılan tedavi, tartışma ve sonuç bölümleri ile gönderebilirsiniz.
c. **İstasyonumuzu tanıyalım bölümü:** Bu bölüme çalıştığınız istasyonu tanıtan (personel yapısı, çalışma koşulları, eğitimleriniz, ekipmanlarınız, ilgi çekici anılarınızı) gönderebilirsiniz.
2. Bülten de yayınlanması için öncelikle paramediklerin gönderdikleri yazılar değerlendirilecektir. Yazının yayınlanması için gönderen kişi ve ya kişilerin paramedik derneğine üye olmaları **şart değildir**.
3. Yazarlar, Paramedik Bülteni'nde yayınlanmasını istedikleri çalışmalarını için bir izin dilekçesi göndermeleri gerekmektedir.
4. Yazarlar çalışmalarının, bir örnek çıktısı, PC uyumlu bir diskete kopyası ve yazının bülte de yayınlanması isteğini belirten dilekçe ile birlikte aşağıdaki adrese göndermeleri **gerekmektedir**.
Öğr.Gör.Gül Özlem YILDIRIM Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Bornova/İZMİR
5. Gönderilen yazılar ile ilgili bilimsel ve hukuki sorumluluk yazarlara aittir.
6. Gönderilen yazılar değerlendirildikten sonra basım sırasında, yazının içerik ve kapsamı değiştirilmeden, bir takım şekil ve imla değişiklikleri yapılabilir.

Makale Yazım Kuralları: (Bu koşullar sadece makale olarak yayınlanmasını istediğiniz çalışmalar için geçerlidir)

- a. Yazılar IBM uyumlu bir bilgisayarda winword programında yazılmalı ve özet, grafikler, fotoğraflar, kaynaklar ve diğer eklerle birlikte **toplam 5 sayfayı geçmemelidir**.
- b. Yazılar A4 boyutunda, üst, alt ve yan taraflarında 3 cm'lik boşluk kalacak şekilde, 12 punto ile yazılmalıdır.
- c. Yazarların, açık olarak isimlerini, ünvanlarını, çalıştıkları kurumları ve iletişim adreslerini yazmaları gerekmektedir.
- d. Gönderilen yazıların, **100 kelimeyi geçmeyecek özetleri** bulunmalıdır.
- e. Kaynaklar metin içerisinde kullanım sırasına göre numaralandırılmalıdır.

Örnek kaynak yazımı:

Kaynak gösterilen **dergiler için**, Yazarların adı, yazının adı, derginin adı, derginin çıktığı yıl, sayı ve cilt, sayfa sayısı.

örn.1. Robinson E, Wentzel J. Tonline bitemark photography. J Forensic Sci 1992; 37(1): 195-207

Kitaplar için: Yazarların adı, kitabın adı, baskı sayısı, basıldığı kuruluş, basıldığı yer, basıldığı yıl, sayfa sayısı.

örn. 1.Hackman JD, Rosenthal RE, Worsing RA, Mc Fee AS: (Emergency Care and Transportation of the Sick and Injured) Hasta ve Yaralıların Acil Bakımı ve Nakledilmesi, Türkçe 3. Baskı, Mısırlı Matbaası, İstanbul , 1999; 195-202.

İnternet sayfaları:

Web sayfasının açık olarak yazılması ve kullanıldığı tarihin gün, ay ve yıl olarak belirtilmesi koşulu ile web sayfaları kaynak olarak kullanılabilir.

Örn.1. <http://www.acilveilkoyardim.com> (erişim tarihi 22.05.2004)

22 ARALIK PARAMEDİKLER GÜNÜ

22 Aralık Paramedikler Gününü coşkuyla kutladık...

Saat 11:30 da Dokuz Eylül öğrencilerinin hazırladığı müzik dinletisi ve kokteyle başladık. Emeği geçen bütün Dokuz Eylül Üniversitesi SHMYO Öğretim Görevlilerine ve öğrencilerine teşekkür ederiz. Özellikle öğrenci arkadaşlarımızın elleriyle hazırladıkları yiyecekleri harikaydı.

Saat 13:00 deki çelenk törenimize 100'ün üzerinde paramedik, paramedik eğitimcisi ve öğrenci katıldı.



Özellikle Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Öğrencileri ile birlikte tam kadro törende bulunmaları bizi oldukça sevindirdi.

14:00' de dernek ofisinde kokteyleydik, özellikle öğrenci arkadaşlar arasında oluşan yeni dostluklar, onların bu mesleği keşfederken yaşadıkları gurur, bi-zi de duyulandı.



Söyleşimiz oldukça sıcak geçti, bizler için idol olan Semra Çelikli, Nursun Üstünkarlı ve Deniz Gündem Hocalarımız, Genç paramediklere yol gösterici mesajlarda bulundu.

İzmir 112 ASH ve İl Sağlık Müdürlüğü tam ziyaretimize geldi, Sağlık Bakanlığı tarafından 1-5 Kasım 2006'da yapılan Hastane Öncesi Bakım Sempozyumu ve Ambulans Rallisine katkılarından dolayı Derneğimize gönderilen teşekkür belgesini İzmir İl Sağlık Müdür Yardımcısı Dr. Turhan SOFUOĞLU'nun bizlere takdim etmeleri bizi bu anlamlı günde ayrıca sevindirdi.



Dr. Ülkümen Rodoplu ve Dr. Gürkan Ersoy ansızın çıkıp geldi, En başından beri bizlerin en büyük des-tekçisi olmuş bu ikili sıcak mesajları ile yine içimizi ısıttı.

Akşam ise bir harikaydı. Yılda bir defada olsa meslektaşlarımız ile karşılıklı yediğimiz yemeğin tadı bir başka oluyor. Yemekler unutuldu herkes piste koştu.



Sonuç olarak muhteşem bir gündü. Gelecek yılda aynı coşku ile kutlamak dileğiyle...

ONUR DEMİR YILIN PARAMEDİĞİ ÖDÜLÜ

Bildiğiniz gibi 2004 yılında görevi başında bir ambulans kazasında kaybettiğimiz ONUR'umuzu yaşatmak adına her yıl mesleki alanda yapmış olduğu çalışmalarını göz önünde bulundurarak bir paramediğe yılın paramediği ödülünü vermekteyiz. Geçen yıl Ankara 112'den A. Hamdi ALPAKAN'ın aldığı ONUR DEMİR YILIN PARAMEDİĞİ ÖDÜLÜ, 2006 yılında yurt içi ve dışında yapmış olduğu başarılı çalışmalar ve meslek eğitimine yapmış olduğu katkılardan dolayı Umut UĞUREL' e verildi. Umut özellikle Polonya ve İsrail'de yapılan Ambulans Rallilerinde göstermiş olduğu başarı, Bu yıl Antalya'da ikincisi yapılan Türkiye Ambulans Rallis'i'nde İzmir Ekibi ile yaşamış olduğu zafer ve Mezuniyet Sonrası Eğitimler için bitmek bilmeyen enerjisi ile bu onuru hak etti. Halen Paramedik Derneği Genel Sekreteri görevini başarı ile sürdüren ve İzmir 112 ASH Selçuk istasyonunda görev yapan arkadaşımızı kutluyor, başarılarının devamı diliyoruz. Ayrıca Bültenin hazırlandığı tarihte Uluslararası Hastane Öncesi Acil Bakım Kış Olimpiyatına katılmak için İzmir ekibi ile Polonya'da bulunan arkadaşımıza başarılar diliyoruz.

İLKLERİN YILI 2006

Sevgili meslektaşlarımız koca bir yılı daha geride bıraktık. Geride kalan yıl mesleğimiz adına çok önemli bir yıldır, birçok önemli adım atıldı. 2006 yılına girerken en önemli hedefimiz, 2006 yılının Mezuniyet Sonrası Eğitim Yılı olmasıydı, bunu başardığımızı inanıyoruz. 2006 yılı bizim için ilklerin yılıydı.

Peki neler yaptık 2006'da;

20- 22 Ocak 2006: Toplam 23 paramediğin katılımıyla, "Travmalı Hastaya Genel Yaklaşım Kuralları, Travma Ekipmanlarının Kullanımı ve Hasta Taşıma" başlıklı mezuniyet sonrası eğitim programını ilk defa İzmir/Urla Bölge Eğitim Merkezi'nde yaptık.

30 Ocak- 3 Şubat 2006: 6 paramediğin katıldığı ilk "Ambulans Sürüş Teknikleri Eğitimi"ni İzmir/Urla Bölge Eğitim Merkezinde yaptık.

11- 12 Şubat 2006: İstanbul 112 Acil Sağlık Hizmetleri Başhekimliği'nde "EKG ve İleri Hava Yolu Uygulamaları" başlıklı eğitime, yedisi özel sektörde görev yapan toplam 25 paramedik katıldı.



25- 26 Şubat 2006: EKG ve İleri Hava Yolu Uygulamaları eğitimi için Başkentteydik.

11- 12 Mart 2006: Eğitimler için ilk defa 3 büyük ilin dışına çıktık ve "EKG ve İleri Hava Yolu Uygulamaları" eğitimini Denizli'de yaptık.

25- 26 Mart 2006: Eğitim için Kayseri'deydik EKG ve İleri Hava Yolu Uygulamaları" eğitimine toplam 27 kişi katıldı.

8- 9 Nisan 2006: Başkentten gelen yoğun talep bizi ikinci kez "EKG ve İleri Hava Yolu Uygulamaları" eğitimi için Ankara yollarına düşürdü.

10- 14 Nisan 2006: Ambulans Sürüş Teknikleri Eğitimi'ni 14 kişinin katılımı ile İzmir'de yaptık.

15- 16 Nisan 2006: EKG ve İleri Hava Yolu Uygulamaları Eğitimi için Giresun'un doğa harikası Praziz ilçesindeydik.

13 Mayıs 2006: Paramedik Derneği Modern bir ofise ve eğitim salonuna kavuştu.

20- 21 Mayıs 2006: "EKG ve İleri Hava Yolu Uygulamaları" eğitimi için Eskişehir'de buluştuk.



23- 24 Mayıs 2006: "EKG ve İleri Hava Yolu Uygulamaları" eğitimi için İstanbul'da buluştuk.

22 Mayıs- 2 Haziran 2006: Ambulans Sürüş Teknikleri Eğitimi için Van'dayız eğitime Paramedikler ile birlikte, Acil Tıp Teknisyenleri ve Ambulans Sürücülerini Katıldı.



27- 28 Mayıs 2006: Kendi Eğitim Salonumuzda Eğitim yapmanın mutluluğunu yaşadık.

19- 20 Haziran 2006: "EKG ve İleri Hava Yolu Uygulamaları" eğitimini Gaziantep 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde yaptık.

24- 30 Temmuz 2006:T.C. Sağlık Bakanlığı'nın Düzenlemiş olduğu Ambulans Sürüş Teknikleri Eğitimi, Eğitimcilerimiz ile yer aldık.



1- 5 Kasım 2006: TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün düzenlemiş olduğu "Hastane Öncesi Acil Bakım Sempozyumu" ve 2.Türkiye "Ambulans Rallisi" Organizasyonunda yer almak için Antalya'daydık. Rallide ilk 3 dereceyi İzmir, Ankara ve İstanbul kazandı. Rallide paramediklerin gösterdiği performans ayrıca alkış aldı.



9- 11 Kasım 2006: "Travmalı Hastaya Genel Yaklaşım Kuralları, Travma Ekipmanlarının Uygulanması ve Hasta Taşıma" Başlıklı Eğitim için İzmir'de toplandık.



13- 14 Kasım 2006: İzmir'de "EKG ve İleri Hava Yolu Uygulamaları" eğitimini tekrar yaptık.

15- 17 Kasım 2006: "Travmalı Hastaya Genel Yaklaşım Kuralları, Travma Ekipmanlarının Uygulanması ve Hasta Taşıma" eğitimini İzmir'de tekrar yaptık.



27 Kasım- 1 Aralık 2006: Ambulans Sürüş Teknikleri Eğitimini İzmir/Urla'da yaptık.

7- 9 Aralık 2006: İlk defa Acil Tıp Teknisyenleri için "Travmalı Hastaya genel Yaklaşım Kuralları, Travma Ekipmanlarının Uygulanması ve Hasta Taşıma" eğitimini yaptık.

3- 5 Ekim, 12-14 Aralık ve 19-21 Aralık 2006 tarihlerinde Eğitimcilerimiz Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü'nün düzenlediği Ambulans Sürüş Teknikleri eğitimindeydi.

GENEL KURULA DOĞRU!!!

Arkadaşlar, iki yıl önce aldığımız bu yönetim bayrağı, yeni yönetime devretme zamanı yaklaşıyor... 18 Mart 2007'de Paramedik Derneği 2. Olağan Genel Kurul Toplantısını yapmaya hazırlanıyor (Not: Genel Kurul tarihi olarak 11 Mart 2007 tarihi belirlenmiştir. Bu tarihte yeterli oranda katılım sağlamaması durumunda toplantı katılımcı sayısına bakmaksızın 18 Mart 2007'de yapılacaktır. Toplantı Yeri Paramedik Derneği Eğitim Salonu olarak belirlenmiştir).

Sevgili meslektaşlarımız hatırlarsanız bundan iki yıl önce en çok konuştuğumuz konu derneğin fesih edilmesiydi, acaba geçen sürede neler değişti?

1. Artık bütün paramediklerin kullanabileceği modern bir ofisimiz ve iyi bir bütçemiz var. Artık geleceğe yönelik programlar yapabiliyoruz

2. Yeterli sayıda talep geldiğinde Türkiye'nin her köşesinde eğitim yapabilecek güce geldik. Eğitimler çeşitli illerdeki arkadaşlarımızın, tanışması, kaynaşması, fikir alışverişi yapmalarını da sağlıyor.

3. Paramedik Derneği geçtiğimiz dönemde, 9 farklı ilde 21 Mezuniyet Sonrası Eğitim Düzenleyerek tam 511 kişiye eğitim verdi. Sadece kendi meslektaşlarımızın eğitimleri değil ambulans şoförleri ve Acil Tıp Teknisyenlerinin eğitimlerine de katkıda bulunuyoruz.

4. Ülkemize uluslararası standartlarda bir Ambulans Sürüş Teknikleri Eğitim programı hediye ettik. Ülkemizde ilk defa bu alanda bir sertifikasyon eğitimi oluşturduk. Bu eğitimler bu gün ülkemizin dört bir tarafında yapılmaktadır.

5. Bu günlerde Ambulans Kullanımı kitabından sonra ikinci kitabımız olacak olan Hastane Öncesi Acil Bakımda Genel Yaklaşım Kuralları başlıklı kitabın basımı için uğraşıyoruz.

6. Elinizde bulunan bültenin 4. sayısı, her geçen gün artan içeriği ve kalitesi ile hastane öncesi acil bakımın ilk süreli yayını oldu.

7. Her yıl Paramedikler Gününü büyük bir coşku ile kutluyoruz. Meslekleşme sürecinin en önemli adımlarından olan bu kutlamaların özellikle öğrenci arkadaşlarımıza çok şey kazandırdığı kesin.

8. Bu günlerde 4. Paramedik Sempozyumu'nun hazırlıklarını yapmaktayız.

Bu gün en önemli sıkıntımız projelerimizde sorumluluk alacak paramedik sayısının azlığı, bu bağlamda yapılacak olan genel kurulu bir fırsat biliyor, daha fazla meslektaşımızı sorumluluk almaya davet ediyoruz.

Bayrağı devralacak olan yeni kurulun çok daha başarılı işler yapacağına inanıyor, bizlerde şimdiden yeni yönetimin en önemli destekçileri olacağımızın sözünü veriyoruz.

Mesleğinin heyecanını sonuna kadar içinde taşıyacağına inandığım yeni yönetime şimdiden başarılı bir dönem diliyorum.

Saygı ve sevgilerimle...

Serkan ÇELİKER
Paramedik Derneği
Yönetim Kurulu Yedek Üye

AMBULANSLAR VE ACİL SAĞLIK ARAÇLARI İLE AMBULANS HİZMETLERİ YÖNETMELİĞİ'NDE DEĞİŞİKLİKLER OLDU!!!

Peki değişikliklerden ne anlamalıyız.

Sevgili Meslektaşlarımız 7 Aralık 2006 tarihinde Ambulans Yönetmeliği'nde bir takım değişiklikler oldu, yeni yönetmeliğin özellikle 7. ve 15. maddeleri mesleğimizi direkt ilgilendiriyor.

MADDE 7 - (1) Kara ambulanslarından;

a) Acil yardım ambulanslarında en az bir hekim ve/veya ambulans ve acil bakım teknikeri ve bir sağlık personeli olmak üzere en az üç personel görev yapar, gerekiyorsa ekibe şoför eklenir. Hekim bulundurulmayan ambulanslarda hasta kabininde nakil esnasında hastaya müdahale etmek üzere görev yapan personelden en az biri ambulans ve acil bakım teknikeri olmak zorundadır.

MADDE 15 -(2) Ambulans ve acil bakım teknikerleri, hekim bulunmayan ambulans ve acil sağlık araçlarında hasta ve yaralıları uygulanan tıbbi işlemlerden, hasta ve yaralı kayıtlarının düzenli tutulmasından, yapılan işlemlerin ve tıbbi müdahalelerin hastanın/yaralının dosyasına işlenmesinden sorumludur.

1. Sadece bu yönetmeliğe bakarak değerlendirme yapılmamalı, Paramediklerin Hastane Öncesi Acil Bakımda sınırlarını belirleyecek olan yönerge bir an önce çıkarılmalıdır. Şu hali ile sadece bu yönetmeliğe bakara ambulans servislerinin düzenlenmesi bir takım sıkıntılar doğurabilir.

2. Mevzuat tamamlandıktan, paramedikler ambulanslarda hekimsiz çalışmaya başladığında bu durum bir sistem değişikliği olarak değerlendirilmeli, yapılacak değişiklik ambulanslarda paramediklerin hekimlerin yerini alacakmış gibi algılanmamalıdır. Ambulanslarda paramedikler hekimlerin yerini alamaz, belli bir sistem içerisinde hekimsiz çalışabilir.

3. Mevzuat tamamlandıktan paramedikler hastane öncesi genel yaklaşım kurallarını (protokoller) doğru bilmek ve doğru uygulamak zorundadır. Bir uygulamayı yanlış yapmak kadar yapmamakta sorumluluk gerektirir.

4. Bu yönetmelikle paramediklere sadece yetki verilmiş 15. Maddede de gösterdiği gibi sorumlulukta vermiştir.

5. Hali hazırda, doğu ve güney doğu Anadolu bölgelerinde yoğunlukta olmakla birlikte hekim bulunmayan bazı ambulanslarda paramedikler çalışmaktadır. Hekimsiz çalışan paramedikler tek paramedikse ve araç kullanıyorsa, bu yönetmeliğe göre bir an önce ya ATT araç kullanmaya başlamalı ya da müdürlük tarafından şoför görevlendirilmelidir. Ambulansı kullanmak ATT' lerinde rol ve sorumluluklarında olmalı, tüm dünyada olduğu gibi tıbbi eğitimi daha az sağlık personeli ambulansı kullanılmalıdır.

ATT lerin büyük bir kısmı alacakları eğitimle bu görevin altından kalkabilirler. Kaldı ki su an standart bir sertifi-

kasyon programı var bu çok büyük şans, birçok paramedik doğru düzgün eğitim almadan ambulans kullanmaya başladı. Araç kullanan ATT'lerin ileriki dönemde diğer ATT'lere göre çok ciddi kazanımları olacak. ATT ler bu işi mesleklerinin bir parçası olarak kabul etmeli İİ Sağlık Müdürlükleri de bu arkadaşları desteklemeli ve teşvik etmelidir.

Bu durum artık paramediklerin ambulans kullanmaya çağrı anlamına gelmemeli Ambulans Kullanmak paramediklerin görevinin bir parçasıdır ve her paramedik bu sorumluluğunu yerine getirebilecek özelliklere sahip olmalıdır.

4. Mevzuat tamamlandığında sertifikasyon eğitimlerinde başarılı olamayan Paramedikler Hekimsiz çalışan ambulanslarda görev alamayacak, gelişmiş acil tıp sistemlerinde de bu böyle, Sayı ileride artıkça acil servis ya da diğer bölümlere yönlendirmeler olabilir.

5. İleride karsımıza yetkileri çok güçlendirilmiş medikal direktörler çıkacak ki bunların, eğitimlerini yetersiz gördükleri güvenmedikleri paramediklerle çalışmama yetkileri olacak, dünyada da böyle, yadırgamadan çalışmaya devam etmeliyiz.

6. Peki paramedikler başarılı mı? Son bir yılda olan gelişmeleri gördükten sonra, meslektaşlarımızın azmi bizleri umutlandırmaktadır.

7. Bu arada gelişime kapalı, eğitime kapalı arkadaşlar önümüzdeki süreçte aramızdan ayıklanacaktır. Geleceğin paramedikleri eğitime açık sürekli güncel kalabilenler olacaktır.

8. Kendini geliştiren, mesleğini seven paramedikler için bu meslek ülkemizde yüzyılın mesleklerinden biri olacaktır.

9. Mesleği tanıtmak ve halka anlatmak için Sağlık Bakanlığı'na, Paramedik Derneğine ve alanda çalışan paramediklere büyük iş düşmektedir. 70'li yıllarda ABD'de paramedikleri halka kabul ettire bilmek için bütçesi devlet destekli bir dizi film çekilmiş ve o diziden sonra paramedikler Sadece Amerikalıların değil tüm dünyanın sevgilisi haline gelmiştir.

Tanıtım ve iletişim konusunda hepimizin bu günden itibaren projeler üretmesi gerekir. Bu konuda önerileri bekliyoruz.

TRAVMADA İKİNCİL BAKI

Doç. Dr. Özgür KARCIOĞLU*
Uzm. Dr. Pınar ÜNVERİR*

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD. 35340 Inciraltı, İzmir.

GİRİŞ:

Travma, en önemli toplum sağlığı problemlerinden biridir. Amerika'da her yıl travmalara bağlı 150.000 ölüm rapor edilmektedir. Travma hastalarında mortalitenin paterni, üç ayrı zaman diliminde incelenir (1)..

Birinci pik, hastane öncesi santral sinir sistemi ve yüksek spinal kord ile büyük damar yaralanmalarının sonucunda görülür. İkinci pik, hastanın hastaneye ulaştığı dakikalar ve saatler içinde olan ölümleri içerir ve kafa, toraks ve batin yaralanmalarının sonucudur. Üçüncü pik ise, erken yaralanma sonrası periyodunu takiben yoğun bakıma alınan hastalardaki mortaliteyi göstermektedir. Acil tıp sisteminin temel olarak azaltmayı hedeflediği mortalite oranı ikinci gruptaki hastalara ilişkindir.

Multipl travma (çoklu travma) birden fazla büyük organ sistemini ilgilendirir. Ciddi şekilde yaralanmış bir hastanın tedavisi yaralanmaların hızlı bir şekilde değerlendirilmesi ve yaşamı tehdit edici durumların ortaya konulmasını gerektirir. Yaklaşımda en önemli unsurlardan biri zamandır. Özellikle hayatı tehdit eden yaralanması olan hastalarda, vakit kaybetmeden hastaneye transport sağlanmalıdır. Ancak spinal yaralanma düşünülen veya yaralanma olasılığı olan hastaların transportunda immobilizasyona dikkat etmek gerekir.

Bu grup hastalarda, hastane öncesi tüm servikal immobilizasyonun sağlanması önerilmektedir. Trav-matik spinal kord yaralanmalarının, çoğunlukla genç erkeklerde görüldüğü ve ortalama yaşın 33.5 olduğu bildirilmiştir (2).

Travma hastasına yapılacak bu sistematik yaklaşım belirli bir sıra ve düzen içinde oluşturulmalıdır:

1. Hazırlık
2. Triaaj
3. Birincil bakı (ABC)
4. Resusitasyon
5. İkincil bakı (tepeden tırnağa)
6. Resusitasyon sonrası devamlı takip ve yeniden değerlendirme
7. Kesin tedavi ve bakım

Hastaların ilk değerlendirilmesinde; öncelikle havayolu güvenliği sağlanır. Ardından, solunumun sağlanması, dolaşım ve kanama kontrolü yapılır. Hastanın Glasgow Koma Skalası değerlendirilerek, kısa nörolojik muayenesi yapılır. Resusitasyon uygulaması yapılırken aynı zamanda ikincil bakıya geçilerek ayrıntılı fizik muayene ile hayatı tehdit eden durumlar araştırılır. Birincil ve ikincil bakılar hastanın durumundaki olası herhangi bir kötüleşmeyi erken tespit etmek için sık aralıklarla tekrarlanmalıdır. Diğer yandan bu noktalarda bir problem ortaya çıktığında hızla gerekli girişim ve tedaviler yapılmalıdır.

BİRİNCİL BAKI (ABCDE ilkesi)

Birincil bakıda amaç, ani gelişen ve yaşamı tehdit eden durumu engellemeye, ortadan kaldırmaya çalışmaktır.

Müdahalenin sırası travma hastalarında hiçbir zaman değişmez:

- A** (Airway) : Havayolu güvenliğinin sağlanması ile birlikte boyun vertebralarının korunması
B (Breathing) : Solunum ve ventilasyon
C (Circulation) : Dolaşım ve kanama kontrolü
D (Disability) : Kısa nörolojik değerlendirme
E (Exposure) : Hastanın tamamen soyulması

Burada hava yolu stabilizasyonu sırasında ve daha sonra tanılar netleşip spinal yaralanma dışlanıncaya kadar servikal ve spinal koruma sürdürülmeli ve radyolojik girişimler ve ayrıntılı bakı sırasında bu önlemlerden ödün verilmemelidir.

İKİNCİL BAKI

Giriş: Hastanın ABCDE değerlendirilmesi ve gerekli resusitasyon işlemleri başladıktan sonra, birincil bakı tamamlanmış olur ve bundan sonra ikincil bakıya geçilir. İkincil bakı; tam hikaye alınması, eksiksiz fizik muayene ve vital bulguların tekrar değerlendirilmesini kapsamaktadır (3).

Hastanın resusitasyonu devam ederken aynı zamanda ikincil bakıya başlanır. Hastanın vital bulguları ve bilinç durumu tekrar değerlendirilir. Yaralanma mekanizması hakkında ayrıntılı bilgi sağlanır.

İkincil bakıda amaç, meydana gelmiş yaralanmaların hızlı ve eksiksiz olarak belirlenmesidir. Birincil bakıdan farklı ve sadece yaşamı tehdit eden değil, kapsamlı bir değerlendirme ile tüm sorunların belirlenmesidir.

Birincil bakı tamamlanmadan ikinci bakı başlamaz. Tüm yaralanmalar için tam ve eksiksiz bir muayene, kesin tedaviler için bu aşamada yapılmalıdır. Belirlenen problemler hızla kontrol altına alınmalıdır.

İkincil bakıda ana kural baştan ayağa muayene edilebilen tüm yapıların bakısının yapılması, başka bir deyişle baştan ayağa kadar bakının hiçbir bölge atlanmadan gerçekleştirilmesidir (4).

İkincil bakıya öyküden sonra saçlı deri muayenesi ile başlanabilir. Ardından pupiller ve kulaklar değerlendirilir. Muayeneye boyun ve toraks muayenesi ile devam edilir. Batin, üretral açıklık, skrotum, vagina ve perine değerlendirilir. Ekstremiteler ve sırt muayenesi yapılır. Detaylı fizik bakının tamamlanmasının ardından tedaviye başlanılır. Yaşamı tehdit eden sorunların tedavileri bu sırayı değiştirir ve öncelik kazanır.

Öykü:

İkinci bakıda olabildiğince ayrıntılı öykü alınmalıdır. Travmanın oluş mekanizması, hastanın daha önce bilinen hastalıkları, kullandığı ilaçlar, alkol alıp almadığı, en son ne zaman ve ne yemek yediği, mide doluluğu, bilinen bir allerjisi olup olmadığı sorulmalıdır.

Hastanın travma öncesinde belirttiği bir şikayeti olup olmadığı sorulmalıdır. Mesela, hasta araba kullanırken kalp krizi geçirip kaza yapmış olabilir veya nöbet, senkop (kısa süreli bayılma) sonrası travma meydana gelmiş olabilir. Olaya tanık olanlara kazanın neden olduğuna ilişkin ipuçları ayrıntılı sorulmalıdır. Kanamaya yol açabilecek karaciğer hastalığı, hemofili, trombositopeni gibi durumlara

rın öyküde varlığının sorgulanması gerekir. Örneğin hastanın önce beyin kanaması geçirip, bilincini kaybetmesi sonucu kazaya sebep olması gibi... Hastanın kullandığı ilaçlar ve özellikle özkıyım girişimi olup olmadığı sorgulanmalıdır. Hasta çok miktarda ilaç alımı sonrasında travma geçirmiş olabilir veya kendisini yüksekte boşluğa bırakmış olabilir. Kullandığı ilaçların yan etkilerine bağlı bir durum sonucu gelişen travma varlığına dikkat edilmelidir. Örneğin insülin uygulaması sonrası hastanın hipoglisemiye (kan şekeri düşüklüğü) girip travma geçirmesi gibi. Olay yerinde ani bilinç değişikliği saptanan hastalarda ileri medikal değerlendirme gereklidir (5).

Olay yerinde kan gölü, benzin sızıntısı, zehirlenmeyi gösterecek çeşitli kokular olup olmadığına dikkat edilmelidir. Bina içinde yangın çıkmış ve bu nedenle çağrı yapılmışsa tamamen kapalı veya az havalandırılan ortamda yanma olması klasik hipoksinin yanında karbonmonoksit zehirlenmesi olasılığını akla getirir. Perde, koltuk döşemeleri gibi sentetik materyalin yanmasında farklı zehirli gazlar ortama salınmakta ve zehirli gaz inhalasyonu tabloyu daha karmaşıklarıştırmaktadır. Tüm yangınlar solunum yanıkları riskini de ortaya çıkarmakta ve burun delikleri, ağız ve proksimal hava yolunun bu yönden değerlendirilmesini zorunlu kılmaktadır. Bu nedenle örneğin trafik kazasında aracın ayrıca yanıp yanmadığı araştırılmalı ve not edilmelidir.

Kurtarma ekibinin olaydan zarar görmesine neden olabilecek çevresel etmenlerin varlığına dikkat edilmeli ve gereken önlemler alınmalıdır (6). Elektrik kabloları, kesici delici aletler, silahlar gibi tehlike unsuru olan objelere dikkat edilmeli, adli tıp görevlilerine yardımcı olmak açısından, kanıt olabilecek materyallerin zarar görmeleri veya yok edilmeleri engellenmelidir. İlgili görevlilere haber verilmesi sağlanmalıdır. Ülkemizde olay yerine vatandaşlardan sonra ilk ulaşan çoğu zaman kolluk güçleri olmaktadır. Terör saldırıları gibi kolluk ve sağlık görevlilerinin birlikte müdahale ettiği ortamlarda koordinasyonun sağlanması ve alanda kurtarma ve taşıma işlemlerinin hiçbir koşulda gecikmeye uğratılmaması önemlidir.

Travma hastası eğer yüksekte düşme ise, kaç metre yüksekte düştüğü yaralının kendisine ya da olayı görenlere sorulmalıdır. Erişkinlerde 4,5 metre ve üzerindeki düşmeler, çocuklarda ise 3,6 metre ve üzerindeki düşmeler major travma göstergelerindedir. Bunun için kişinin kendi boyunun 3 kati ya da daha fazla bir yükseklik de ölçü olarak kullanılabilir. Ancak 1.5 metreden itibaren ciddi yaralanmalar oluşabilmektedir (7). Bunun yanında elektrik çarpmasının etkisiyle yüksekte düşme olabileceği de özellikle iş kazası vb. durumunda akılda tutulmalı ve elektrikle ilgili bir işte çalışma öyküsü sorgulanmalıdır. Elektrik çarpması düşündürülen durumlarda akımın özellikleri, yüksek gerilim hattı olup olmadığı öğrenilmelidir. Elektrik çarpmaları genel vücut travması, elektrik akımının vücutta kardiyak ve nöronal iletim üzerinde neden olduğu etkiler ve oluşturduğu yanık olmak üzere birçok mekanizma ile hasara yol açabilmektedir. Bu nedenlerle değerlendirmede tüm bu noktalar araştırılmalıdır.

Motorlu araç kazalarında, çarpışan objeler arası hız farkının, emniyet kemeri takılıyken 32 km/h'in üzerinde olması, emniyet kemeri takılı değilken 40 km/h'den fazla

olması major travma göstergelerindedir. Aracın yan tarafının 37,5 cm, ön veya arka-sının 50 cm içeri girmesi, çarptıktan sonra aracın 6 metre yer değiştirmesi, aracın ön aksının arkaya yer değiştirmesi, yayaya 32 km/h hızla çarpma travma ciddiyetinin diğer göstergeleridir (7). Bu bilgilerin net olarak elde edilmesi çoğu zaman güç olmakla birlikte aracın durumu ve çevreden görenlerin anlattıkları not edilmelidir.

Motorlu araç kazalarında, aracın içinde bulunan kazazedelerdeki emniyet kemerinin özelliği ve takılı olup olmadığı sorulmalıdır. Karından bağlamalı emniyet kemeri kullanan hastalarda, travma sonucu barsaklar, kemer ve vertebralar arasına sıkıştığından ciddi intestinal ve diğer iç organ yaralanmaları görülebilir. Diğer (üçgen şeklindeki) emniyet kemerlerinde ise retroperitoneal bölgede pankreas vertebralara doğru sıkıştırıldığından bu organın travmaları daha sık görülür. Ülkemizde yapılan bir çalışmada Eray ve ark. emniyet kemeri izinin kaburga kırıklarıyla sık olarak birlikte bulunduğunu göstermişlerdir (8).

Bu nedenle emniyet kemeri izi adı verilen bulgu aranmalı ve kemer kullanımı sorulmalıdır. Akciğerlere sıkıştırıcı zorlama, akciğer içi ve toraks içi basınçlardaki beklenmedik basınç artışı meydana getirerek pnömotoraks ile sonuçlanır. Buna benzer olarak batın yaralanmalarında ise karın içi basınç artışı sonucu hemidiyafragma yırtılması ve karın içi organların göğüs boşluğuna girdiği görülebilir.

Aracın motorunun veya çatısının yolcu kompartmanına girmiş olması, aracın takla atmış olması, yolcunun araçtan fırlamış olması, olayda başka bir yolcunun ölmüş olması, kurtarma işleminin uzun zaman alması, aracın ön camının örümcek ağı şeklinde kırılmış olması olguda önemli travma varlığını gösterir (7). Bu noktalar da sorgulanmalı ve araştırılmalıdır.

Bakıda saptanacak iki yada daha fazla uzun kemik kırığı, anstabil pelvis kırığı, yelken göğüs, sternum, skapula, veya üst kaburga kırıkları, genellikle travmanın major travma olduğunu gösterirler.

İkincil bakıda öykü alınırken anımsamayı kolaylaştırması bakımından AMPLE metodundan yararlanılabilir.

A- Allergies - Alerjiler

M- Medications – almakta olduğu ilaçlar

P- Past medical history–özgeçmiş-eski hastalıkları

L- Last meal – en son yemek hikayesi ve zamanı

E- Events – Olayın nasıl olduğu veya eşlik eden diğer süreçler (suya batma, elektrik akımı, baş dönmesi, çarpıntı, göğüs ağrısı, özkıyım girişimi vb.)

İşlem ve girişimler:

İkincil bakıda eğer birincil bakıda yapılmadıysa hastanın tam muayenesine izin verecek şekilde tamamen soyulması gerekir, eğer soymak için geçecek zaman veya hareketler hastaya zarar verecekse elbiselerin kesilmesi gerekebilir. Bunun için özel travma makasları kullanılır ve çıkan parçalar, üzerinde hastanın ismi yazılı bir torbaya konup ulaştırılan sağlık biriminde önceden belirlenmiş görevliye (örn. acil servis sekreteri) teslim edilir. Bunlar ileride kanıt olarak veya ileri inceleme için kullanılacaktır. Aynı nedenle ateşli silah veya kesici

alet yaralanmalı olgularda elbiseler kesilirken bu yaraların içinden geçmek yerine çevre-sinden dolaşılmalıdır.

Hastayı hipotermiye karşı korumak için, alanda ısı kaybının önlenmesine yönelik işlemler önceliklidir. Ortamın durumuna göre paramedik bunun için inisiyatif kullanmalıdır.

İkincil bakının ana başlıkları:

Vital bulgular tekrar kontrol edilir – henüz bakılmamışsa vücut ısısına bakılır.

Baştan ayağa kadar tüm muayene tekrarlanır.

Yaralanma hikayesi netleştirilir.

Yaralanma mekanizması netleştirilir

Diğer durumlar değerlendirilir (hipoglisemi, çeşitli zehirlere maruz kalma, duman veya karbonmonoksite maruz kalma vb.....)

İkincil bakının özellikleri :

Kurtarıcı bu aşamada ABCD yöntemine geri döner ama daha ayrıntılı girişimler uygulanması gereklidir.

A (Airway): Hava yolu açıklığı ve bir önceki basamakta başlanmış olan tedavinin etkinliği tekrar gözden geçirilir. Yeterli ventilasyon (havanın akciğer boşluklarına iletilmesi) ve oksijenizasyon (hava içeriğindeki oksijenin akciğer kılcal damarları yoluyla kan dolaşımında kullanılabilir hale gelmesi) sağlanmaya çalışılır. Hastanın hala kendiliğinden solunumu yok veya yetersiz ise bu aşamada trakeal yoldan entübe edilir. Doğru uygulanan endotrakeal entübasyon güvenli ve kalıcı bir hava yolu sağlar. Bazı durumlarda (örn: kısa süren epileptik nöbet, hipogliseminin tetiklediği kısa süreli bilinç kaybı gibi) oral airway gibi solunum yolu açıklığını sağlamaya yardımcı olan aygıtlar yeterli olur, entübasyona gerek kalmayabilir. Yalnız bu durumlarda hastanın yakın izlemi ve solunum yolu açıklığının tekrar tekrar değerlendirilmesi gereklidir.

Entübasyon için uygun ekipman ve şartların olmadığı durumda, alanda hastanın entübasyonu önerilmez. Örneğin travma sonrası 1-2 dakika süren ve kendiliğinden geçen nöbet geçiren olgularda ek travmadan korumak ve hava yolunu basit manevralarla açık tutmak dışında bir önlem çoğunlukla gerekmez. Alanda EMT-basic düzeyindeki eğitim sonrasında yapılan entübasyonlarda başarının daha düşük olduğu gösterilmiştir (9). Ancak paramedik eğitimi tamamlandığında bu başarının yeterli düzeye ulaştığı kabul edilmektedir. Sonuç olarak, net olarak entübasyon endikasyonunun olduğu bilinç kaybı, apne, şiddetle dispne ve takipne, siyanoz, suda boğulma gibi durumlarda entübe etmekte gecikilmemelidir.

B (Breathing): İlk bakıda yaşamı tehdit edici sorunlar nedeniyle entübe edilen olgularda fizik bakı ile tüpün doğru yerleştirildiği tekrar doğrulanır. 5 oskültasyon noktası dinlenir (mide; sağ ve sol koltuk altı; sağ ve sol anterior göğüs) Aynı zamanda göğüs genişlemesine bakılır. Eğer ösefagus entübasyonu satanırsa ventilasyon durdurulup tüp geri çekilir. En az 2 dakika maske ventilasyonu ile varsa siyanozun gerilemesi, klinik iyileşme sağlanması sonrasında entübasyon tekrar denenir. Orofaringeal airway yerleştirilir ve dakikada 10-12 solunum olacak şekilde %100 oksijen ile ventilasyon sağlanır.

Travma sonucu yaralanmış bütün hastalara oksijen desteği verilmelidir. Entübe olmayan olgularda ise, hastanın optimal oksijenizasyonunun sağlanması için, maske veya kanül ile oksijen verilmesi uygundur. Yeterli hemoglobin saturasyonunun sağlanması için, pulse oksimetre kullanılması çok yararlıdır.

C (Circulation): Havayolu ve solunum ile ilgili sorunların çözülmesinin ardından yaralının hemodinamik durumu değerlendirilmelidir. Kan basıncı, kardiyak ritm ve hız tekrar değerlendirilir. Sıvı ve diğer tedaviler için gerekli olan damar yolu kontrol edilir. Önceden yapılmadıysa hasta EKG monitör leadlerine bağlanarak, ritm monitörizasyonu yapılır. Hipoperfüzyon ve şok bulguları olup olmadığı değerlendirilir.

Damar yolunun bulunamadığı durumlarda zaman kaybını önlemek için entübasyon tüpü, ilaçları uygulamak için kullanılabilir. Bu yolla örneğin lidokain, adrenalın, atropin ve nalokson verilebilir. Ancak ilaçlar normalde uygulanan dozun 2-2,5 katında ve mutlaka izotonik sıvılar veya distile su ile 10-20 ml'ye tamamlandıktan sonra uygulanmalıdır.

Hastanın deri rengi, hipovoleminin değerlendirilmesinde kullanılabilir. Tırnak yatağından bakılan kapiller geri dolum normal kişilerde 2 saniyeden az olmalıdır. Kapiller geri dolum yetersiz ise, o ekstremitede dolaşım bozukluğu veya hastanın hipovolemide olması gibi durumlar düşünülmelidir. Hastanın ekstremitesinde yanık varsa kapiller geri dolum bize yanığın derecesi hakkında da bilgi verir. Birinci ve ikinci derece yanıklarda kapiller geri dolum sağlam iken, üçüncü derece yanıklarda kapiller geri dolum yoktur.

Özellikle yüz ve ekstremiteleri pembe olan bir kişide yaralanma sonrası hipovoleminin olması nadirdir. Ancak yüzde soluk gri renk olması, ve ekstremitelerinde beyaz renk olması hipovolemi bulgusudur. Hemorajik şokun dördüncü (son) evresinde, hastanın deri rengi soluk ve soğuktur. Eğer hastanın derisi soğuk ve nemli ise, kapiller geri dolumda gecikme varsa ve nabız basıncı azalmışsa dolaşan kan volümünde en az %20 kayıp olduğu söylenebilir. Beraberinde taşikardi de bulunabilir.

%20- 40 kan kaybı olan hastada, deri rengi alacalıdır. Beraberinde; taşikardi, taşipne, hipotansiyon, bilinç bulanıklığı gibi şokun diğer bulguları da vardır. Dolaşan kan volümünde %40 kayıp bulunan hastalarda ise, soluk deri rengi ile birlikte periferik nabızların alınamaması, hipotansiyon, taşikardi, idrar çıkışında azalma, bilinç bulanıklığı gibi şok bulgularında gözlenir.

D (Differential Diagnosis, ayırıcı tanı): Acil bakım görevlisi/paramedik bu aşamada, var olan yaralanmaları saptamalı ve ayırıcı tanıya gitmelidir. Önemli problemler, tanılar ve durumların ayırıcı tanısına gidilir. Örneğin boyun ven dolgunluğu olan yaşlı bir olguda perikard tamponadı bulunabileceği gibi tansiyon pnömotoraks, pulmoner emboli veya travmanın stresi ile kalp yetmezliğinin verilen sıvı bolusları ile alevlenmesi de söz konusu olabilir. Bu tanılara yönelik ayırıcı tanıya gidilmesi tedaviyi de önemli ölçüde değiştirecektir. Amaç; özellikle geri dönüşü olan ve tedavi edilebilir durumların saptanmasıdır. Şüphelenilen durum ile ilgili algoritma uygulanmaya

başlanılır. Spesifik tedavilerle vital bulgular korunmaya çalışılır.

Tepeden tırnağa muayeneye başlanır:

Bilinç durumu değerlendirilerek Glasgow Koma Skalası (GKS) tayin edilir.

Baş muayenesi:

Tüm saçlı deri ve kafa, laserasyon, kontüzyon ve kırık açısından değerlendirilir. Kanama varsa etkin bası ile kontrol altına alınır.

Pupiller yeniden değerlendirilir. Pupil ışık reaksiyonlarına ve ekstraoküler göz hareketlerine bakılır. Kanama ve penetran travmanın varlığı değerlendirilir. Görme keskinliği pupil çapı ve konjunktiva değerlendirilir.

Her iki kulak bakısında; timpanik membranlarda hemotimpanum (kulak zarı altında kanamaya bağlı renk değişikliği) varlığı değerlendirilir, ve dış kulak yolu travmasına bağlı bulgular araştırılır. Kulak arkasındaki mastoid çıkıntıda morarma (Battle sign) ve her iki göz çevresinde morarma-göçmen ekimoz (Raccoon eyes) varlığı araştırılır.

Burun ve kulaktan kanlı akıntı/kanama ve hemotimpanum varlığı araştırılır. Bu kanama türü kafa tabanı kırığını gösterebilir ve acil cerrahi girişim gereksinimini ortaya koyabilir. Uzun transport süresi öngörülüyorsa bu kan bir bez parçası üzerine alınarak ring (halka) testi yapılabilir. Burada çevrede sarı halka, ortada parlak kırmızı dairenin oluşması kanamanın beyin-omurilik sıvısı içerdiğini düşündürdüğünden önemlidir. Nazal pasajlar ve ağız içine bakılır. İki burun deliği arasındaki septumda hematoma varlığına bakılır.

Burun kanaması yani epistaksis; ciddi ise tampon uygulanır. Önden kaynaklanan kanamalar burnu palpe edilebilen ön kısmında kanatlardan iki parmakla bası uygulanarak kontrol altına alınabilir. Posterior kanamalar daha şiddetli ve inatçıdır. Transport süresi uzun ise hemodinamik instabiliteye izin vermemek için Foley sonda sokulup balonu şişirilerek kanama durdurulabilir. Küçük çaplı ve balonlu (kaflı) endotrakeal tüpler de aynı görevi görebilir.

Yüz ve mandibula palpe edilir. Çenede çıkık, yüz kemiklerinde kırık varlığı araştırılır. İlerleyen havayolu tıkanıklığı, yüz siniri yaralanması olup olmadığına bakılır. Yanmış burun kılları, tükürüğün siyahlaşması (karbonlaşma) gibi bulgular ciddi hava yolu yanığını gösterdiğinden hızla ödem ve tıkanıklık gelişeceği düşüncesiyle entübasyon planlanmalıdır. Kranial sinir muayenesi ile, 2-12. kafa çiftlerinde duysal ve motor hasar varlığı araştırılır.

Boyun ve servikal vertebra muayenesi:

Öncelikle hastanın başını ve boynunu sabitlemek gerekir. Boyun yaralanmalı hastanın değerlendirilmesinde, İleri Travma Yaşam Desteği (ATLS) protokolüne göre; öncelikle primer bakı, resusitasyon, ve sonradan ikincil bakı gelir ve bunlar süratle yapılmalıdır. Boyun yaralanmalı bir hastada, öncelikle laringeal yaralanma, spinal kord yaralanması, vasküler yaralanma, yemek borusu yaralanması ve nörolojik hasarlanma değerlendirilmelidir. Boyun yaralanması olan hastalardaki bulgular şunlardır: laringeal defor-mite, subkutan amfizem, hematoma, üfürüm, boyun kaslarında mevcut penetrasyon, spinöz çıkıntı has-sasiyeti ve ağrısı (10).

Boyunda ağrı, hassasiyet, nörolojik defisit, ve yaralanma mekanizması, bize spinal yaralanmayı düşündürmelidir. Boyun muayenesinde, servikal collar takılmadan önce omur hizalanması bozulmadan boynun ön kısmı gözlemlenir, trakea pozisyonu kontrol edilir. El enseye doğru kaydırılarak arkadaki servikal omurlar muayene edilir. Arkasından boyunluk takılır. Sonrasında hastaneye ulaşıncaya kadar boyunluk çıkarılmaz.

Boyunda, venöz dolgunluk, kesi, iz, trakeal yer değiştirme (deviasyon), spinoz çıkıntı hassasiyeti ve deformite aranır. Künt ve penetran yaralanmalar ve ak-sesuar solunum kaslarının kullanımı araştırılır.

Duyarlılık, şekil bozukluğu (deformite), şişlik, palpasyonla cilt altı çıtırtı sesi (krepitasyon, amfizem), olup olmadığı palpe edilir. Karotid arterler üfürüm açısından dinlenir. Ulaşılan acil serviste spinal yaralanmalar hem bakı hem de grafilerle dışlanınca collar ve travma tahtası gereksiz olur ve en yakın zamanda çıkarılmalıdır. Aksi takdirde yatak yaraları (dekubitus ülserleri) özellikle yaşlı, düşkün kişilerde çok büyük hızla, saatler içinde gelişir.

Göğüs: Göğüs travmalı hastaların ilk değerlendirmelerinde; kardiyak tamponad tansiyon pnömotoraks, açık yada kapalı pnömotoraks, solunum yetmezliği ile beraber olan yelken (flail segment, kaburga kırıkları nedeniyle göğüs kafesi ile bağlantısı kesilmiş) göğüs veya anstabil göğüs duvarı ve yaygın hemotoraksa sekonder şok araştırılmalıdır (11).

Göğüs duvarını palpe ve perküte etmek gerekir. Klavikularlar hem deformite açısından gözlenmeli hem de palpe edilmelidir. Akciğerler ve kalp dinlenir, sırtın üst kısımları palpe edilir. Solunum değerlendirilirken, olası pnömotoraks, hemotoraks, ve yelken göğüs aranmalıdır.

Tüm göğüs duvarını künt ve delici (penetran) yaralanma, cilt altı amfizem, hassasiyet ve krepitasyon açısından palpe etmek gerekir. Açık göğüs yaralanmalarını üç tarafı kapalı kare biçimli bir hava geçirmeyen ped ile kapatmak gerekir. Gerekli ise, tüp torakostomi ve sualtı drenajı sağlanır. Dolaşımdaki oncelikler, perikardial tamponad, kanama kontrolü, ve kan basıncının stabilize edilmesidir. Ulaşılabilecek acil serviste önceliklerden birisi akciğer grafisinin (yerinde) alınması ve değerlendirilmesi olacaktır.

Perikardial tamponad, künt göğüs travması veya göğüs, aksilla, sırt veya üst abdomene penetran (delici) yaralanmalar sonucu olabilir. Bu hastalar, ancak hastaların üçte birinde Beck Triadı ile kolayca tanınır: hipotansiyon, boyun venleri distansiyonu, kalp seslerinin derinden gelmesi. Bu triadın hastaların ancak 1/3'ünde bulunduğu unutulmamalıdır. Hastanın klinik durumuna göre, gerekli ise, perikardiyosentez yapmayı da düşünmek gerekir (12).

Göğüs yaralanmalarında 6 ani ve 6 potansiyel ölüm nedeni olabilecek lezyon Tablo 1'de listelenmiştir.

Karın, perine ve genital organlar:

Batın dinlenir, perküte ve palpe edilir. Geri tepme duyarlılığı (rebound tenderness), defans varlığına bakılır.

Künt ve penetran travma bulguları aranır. Eğer hastada hipotansiyon ve şok ile beraber; penetran yaralanma ve dışa kanama; pozitif peritoneal lavaj bulguları; hasta-

nın kliniğinde kötüye gidiş; batında hızlı distansiyon varsa acil operasyon (laparotomi) endikasyonu doğar.

Fiziksel baki ve vital bulgular sık aralıklarla tekrarlanmalıdır. Travmalı olguda fizik baki bulguları bazı durumlarda güvenilir değildir ve şüpheli karşılanmalıdır. Kafa travması/bilinç bozukluğu, alkol entoksikasyonu, ilaç/madde entoksikasyonu, mental retarde hastalar, ileri derecede bozuk kooperasyon, spinal kord hasarı bunlardan bazılarıdır. Bu durumlarda dikkatli ve deneyimli ellerde dahi önemli derecede ciddi yaralanmanın atlanabileceği görülmüştür. Paramedik saptadığı şüpheli durum nedeniyle medikal kontrol ekibini ve ilgili diğer kişileri uyarmalıdır. Ulaşılan acil serviste bu tip olgular için daha ileri inceleme ve tedavi girişimleri yapılacaktır.

Dış ortama çıkmış barsak varsa serum fizyolojik emdirilmiş tamponlarla örtülmelidir. Batın içi yaralanma şüphesi olanlarda, batın içi serbest sıvıyı göstermede yatak başı ultrasonografi bakılması gereklidir, ve oldukça duyarlıdır (13). Bu teknik son yıllarda hem travma cerrahları hem de acil tıp uzmanlarıca başarıyla uygulanmaktadır. Hastane öncesi bakım ve-remlerin hastayı en kısa zamanda gelişmiş bir travma merkezi veya acil servise götürmeleri batın içi kanamanın USG ve diğer incelemelerle ortaya konmasını sağlayacak, bunun yanında hipotansiyona eşlik eden karın duvarı gerginliği (distansiyonu) gibi operasyon gerektiren bulguları olanların bir an önce müdahaleye alınmalarını kolaylaştıracaktır.

Alt kottlarda kırık varsa beraberinde batın içi yaralanma akılda tutulmalı ve araştırılmalıdır.

Genitoüriner travmalı hastalarda, yaralanma mekanizması, hemodinamik stabilite, yaş, hematürinin değerlendirilmesi önemlidir (14). Genital organlar palpe edilerek değerlendirilmeli, beraberinde vaginal muayene çift elle (bimanuel) yapılmalıdır.

Foley sonda yerleştirmenin kontrendikasyonları: Foley mutlaka rektal tuşe tamamlandıktan sonra düşünülmelidir. Şüpheli üretra yaralanması, üretral açıklıkta kan olması, bütünlüğü bozulmuş barsak duvarı, perinede kelebek tarzı hematoma varsa Foley sonda takılmamalıdır.

NG sonda yerleştirmenin kontrendikasyonları: Burun kırıkları, orta yüz kırıkları, pıhtılaşma bozukluğu (koagülopati) durumunda yapılmamalıdır. Eğer bunlardan herhangi biri varsa veya bunlardan şüpheleniliyorsa ağız yolu ile (orogastrik tüp) yerleştirilir.

Sırt : Hastanın sırtına bakmak için kütük yuvarlama metoduyla yan çevirmek gerekir (yan çevirirken vertebra- ların ve ekstremite-lerin stabilitesini devam ettirmek gerekir) Dorsal ve lomber vertebra- lar, künt ve penetran yaralanmalar, ezik (kontüzyon), kesiyirtılma (laserasyon), duyarlılık, deformite ve duyu açısından palpe edilir.

Pelvis palpe edilir, instabilite olup olmadığına bakılır. Her iki kalçada eşlik eden fraktür olabileceğinden, kalça eklemleri de hem fleksiyon-ekstansiyon abduksiyon ad- duksiyon hareketleri yaptırılarak hem da yapısal durumu palpe edilerek değerlendirilir. Pelviste kırık varlığını ve eşlik edecek kanamayı önarka ve içe doğru iki iliac ka- nattan bastırarak değerlendirmek gerekir. Pelvik kırıklarda ortaya çıkan serbest kemik parçaları rektum bütünlüğünü bozabileceğinden rektal tuşe şüpheli durumlarda tekrar-

lanmalıdır. Ulaşılan acil serviste pelvis grafisi kırık açısın- dan değerlendirilecektir.

Kas-İskelet ve ekstremite-lerin muayenesinde:

Ekstremit-ye yaralanmaları; yumuşak doku yaralanmalar- ı, kemik deformiteleri, eklem anormallikleri ve nörovas- kuler hasarlar olarak tanımlanabilir (10).

Ekstremit-ye yaralanmalarında, geriye dönüşsüz hasar ve ekstremit-ede fonksiyon kaybını önlemek önemlidir. Penetran ekstremit-ye yaralanmalarında amputasyon ora- nı, ileri acil bakım, vaskuler cerrahi, ileri radyolojik geliş- melere rağmen, % 5 olarak bildirilmiştir (15).

Diğer komplikasyonların oranı ise (enfeksiyon, sinir ha- sarı, kompartman sendromu vb..) % 15-40'dır. Bu yüzden erken ve hızlı değerlendirme önemlidir. Bak, dokun, hare- ket ettir prensibine göre, dört ekstremit-ede de tam olarak palpe edilir. Eklemlerin aktif ve pasif hareket sınırları de- ğerlendirilir. Periferik nabızlar ve kapiller dolum muayene edilir. Tendon fonksiyonları değerlendirilir.

Üst ve alt ekstremit-elerin künt ve penetran yara- lanmalar, kontüzyon, laserasyon ve deformite açısından inspeksiyonu yapılır. Duyarlılık, krepitasyon, anormal hareket ve duyu açısından palpe edilir. Ekstremit-ede kırık ve çıkık bulgularının varlığı değerlendirilir.

Ekstremit-eleri tehdit eden önemli durumlar şunlardır: Dirsek veya diz proksimalinde damar yaralanması, büyük eklem çıkığı, sinir yaralanması ile kırık, açık kırık, kompartman sendromu, ampütasyon. Bakıda bu sorunlar özellikle aranmalıdır.

Nörolojik muayene:

İkincil bakıda ayrıntılı nörolojik muayene yapılmalıdır. Hastanın nörolojik durumu, GKS (Glasgow koma skalası) ve AVPU skalası ile tanımlanabilir. GKS ve AVPU skalası Tablo 2'de belirtilmiştir.. Pupil ve bilinç durumu yeniden değerlendirilir. Yer, zaman, kişi ve olayların oryantasyonu- na bakılır. Kranial sinirler değerlendirilir. Dört ekstremit-enin motor, duyu, refleks bakışı yapılır. Paralizi ve pares- tezi varlığı değerlendirilir. Kafa travması olan bir hasta nörolojik olarak kötüleşirse hastanın ABC'si yeniden de- ğerlendirilmelidir. Kafa travmalı hastaların %1'inde be- ra-berinde spinal travmada olduğundan, spinal yaralanma tamamen dışlanıncaya kadar hasta hareketsiz (immobil) olmalıdır. Kütük yuvarlaması (log roll) şeklinde hasta yan çevirilerek sırttaki açık yaralar, spinöz çıkıntılar ve spinal yaralanma için muayene yapılmalıdır. Ayrıntılı motor ve duyu muayenesi sayesinde, spinal yaralanmanın düzeyi tespit edilebilir.

Diğer dikkat edilmesi gerekenler:

Yaralanmalar tespit edilerek atel ve bandajlama uygula- nır. Kirli yaralar daha iyi değerlendirilmek için temizlenir. Derin gömülmüş objeler ameliyathanede çıkarılması ge- rektiğinden yerinde bırakılır (erken çıkarılması cismin ba- sı yaptığı büyük bir damarın kanamasıyla sonuçlanabilir)

Acil servise gelindiğinde 12 lead EKG çekilmelidir (ö- zellikle hasta hipotansif ise, ciddi göğüs ağrısı veya gö- ğüs travması varsa).

Yine acil serviste künt travması olan hastalarda lateral servikal, AP akciğer, ve AP pelvis grafisi mutlaka resu- sitasyon odasında seyyar röntgen cihazı ile çekilmelidir. Grafi çekim işlemi resusitasyonu aksatmamalıdır.

Spesifik tedaviler :

Yapılan sıvı resüsitasyonunun yeterliliği kontrol edilir. Kan transfüzyon endikasyonuna bakılır. Hastanın ağrısına, analjezik ihtiyacına bakılır ve uygun analjezi yapılır. Tetanozdan koruma için deltoid kas içine aşı uygulanır. Kirli yaralanma veya başışıklama şeması tamamlanmamış kişilerde antikor yanıtına destek amacıyla tetanus İmmün Globulini de yine kas içine (farklı yerden) uygulanacaktır. Perineal, vajinal ve rektal laserasyon varsa antibiyotik verilir. Batında olası içi boş organ yaralanması için antibiyotik verilir.

İzlem sırasında akut nörolojik kötüleşme (serebral herniasyon) düşünüldüğünde tıbbi kontrol ile de bağlantı kurarak hipovolemik/hipotansif olmayan olgularda IV man-nitol 1 g/kg (%20 mannitol solusyonundan 5 ml/kg) verilmelidir. Bu hastaların operasyon gerektirdiği ve hızla gelişmiş bir merkeze götürülmesi gerektiği unutulmamalıdır. Omurga yaralanması olan hastaların da en kısa zamanda acil servise transport edilmeleri ve acil serviste tedavilerinin başlanması gerekir. Spinal travmalı hastalarda, metilprednisolonun doğru zamanda uygulandığında oldukça yararlı olduğu gösterilmiştir (16). Erken tedavi ilk 6 saatte; Metilprednisolon 30 mg/kg IV puşe, 5.4 mg/kg/saat dozda 23 saatlik IV infüzyon şeklindedir.

Hastanın yeniden değerlendirilmesi:

Hastanın durumundaki ve resusitasyona yanıtındaki herhangi bir değişikliği değerlendirmek ve not etmek gerekir. Vital bulguları ve idrar çıkışını kesintisiz olarak takip etmek önemlidir. Hayati tehdit edici yaralanmalar sonradan da ortaya çıkabileceği için, travma hastaları sürekli olarak değerlendirilmelidir. Travma hastalarında analjezik tedavi genellikle gecikmektedir. Bu yüzden erken ve uygun analjezi sağlanmalıdır.

İkincil bakı tamamlandıktan sonra:

Hastanın ailesi ile konuşulur ve şimdiye kadar belirlenen yaralanmaları hakkında bilgi verilir. Uzayan transport zamanıyla birlikte bu bilgilendirme sürecinin tekrarlanması da düşünülmelidir. Muayene tamamlanınca hastanın ağrılarını medikasyon düşünülmelidir. Kontrol fizik muayeneler ve sık vital bulgu takibi yapılmalıdır. Uzun transportlarda idrar çıkışı ve diğer sıvı kayıpları izlenmelidir.

Aynı anda çok sayıda travma hastasında triaj karar-ları:

Bölümün kapasitesi aşıldığı durumda en fazla iyileşme şansı olan hastalar öncelikle tedavi edilmelidir, en az zaman, personel veya ekipman gerektiren hastalar ilk tedavi edilmelidir. Bölümün kapasitesi aşılmadığı durumlarda da yaşamsal tehlikesi olan veya çoğul travma hastalarını öncelikle tedavi etmek gerekir.

SONUÇ:

Multipl yaralanmış bir hastanın resusitasyonu, organize ve uygun agresif yaklaşımları gerektirir. Acil servis tedavisinin amacı, kesin tedaviye kadar geçen süreyi en aza indirirken etkili girişimleri sağlamaya bağlıdır. Uygun ve zamanında verilecek bakım ile, travma sonuçları düzeltilir. Hızlı primer bakımın yapılması, resüsitasyon işlemlerinin başlaması ve ikincil bakımın tamamlanması travma bakımının temel işleyişinde yer alan basamaklardır. İkincil

bakımın esası hiçbir yaralanmayı kaçırmayacak şekilde tepeden tırnağa bakımın bileşenlerinin tamamlanmasıdır.

Bu yüzden tüm sağlık çalışanları, travmanın önlenmesi çabasına katılmalıdır. Travma hastalarına yaklaşım ve müdahaleyi bilmelidir. Böylece travma hastalarında mortalite ve morbidite oranları iyileştirilebilir.

Tablo 1. Göğüs yaralanmalarında ani ve potansiyel ölüm nedeni olabilen 12 lezyon.

6 ani ölüm sebebi (Bunlar birincil bakıda tespit edilmelidir)
Hava yolu obstrüksiyonu
Tansiyon pnömotoraks
Açık pnömotoraks
Yaygın hemotoraks
Yelken göğüs
Kardiyak tamponad
6 potansiyel ölüm sebebi (Bunlar ikincil bakıda tespit edilmelidir)
Aort diseksiyonu
Miyokard kontüzyonu
Trakeobronşial yırtılma
Ösefagusta perforasyon/ yırtılma
Akciğer kontüzyonu
Diyafragmatik yırtılma ve herni

Tablo 2. GKS ve AVPU değerlendirmesinin bileşenleri

E (Göz yanıtı)	M (Motor yanıt)	V (Verbal – sözel yanıt)
E4 spontan açık	M6 emirlere uyuyor	V5 oryente
E3 söz ile açık	M5 ağrıya lokalize	V4 konfüze
E2 ağrı ile açık	M4ağrıya çekme (fleksiyon)	V3 anlamsız kelimeler
E1 yanıtız	M3 ağrıya dekortike	V2 anlamsız uygunsuz sesler
	M2 ağrıya deserebre	V1 yanıtız
	M1 ağrıya yanıtız	
A	Alert	(Açık, uyanık)
V	Verbal	(Verbal, sözlü uyarana açık)
P	Pain	(Ağrılı uyarana açık)
U	Unresponsive	(Uyarana yanıtız)

KAYNAKLAR:

- Cornwell E. Initial approach to trauma. In Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS. Emergency Medicine A Comprehensive Study Guide. 1999, 5th ed. New York, Mc-Graw Hill, pp. 1609-1614.
- Burney RE, Mario RF, Maynard F, et al: Incidence, characteristics, and outcome of spinal cord injury at trauma centers in North America. Arch Surg 1993, 128:596.
- American College of Surgeons: The Advanced Trauma Life Support Course. Chicago, Illinois, 1997, 35-37.
- Jenkins J.L, Braen G.R: Initial assessment of the multiple trauma patient. Manual of Emergency Medicine. Lippincott Williams & Wilkins. 2000, 27-37.
- Cummins RO, New Guidelines for First Aid. Textbook of Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care An International Consensus on Science. Part 5, I-77. 2000.
- Cummins RO, Systematic ACLS Approach, Textbook of ACLS Provider Manual, 2001.
- Yee DA, Devitt JH. Mechanisms of injury. Causes of trauma. Anesthesiol Clin North Am 1999, 17:1: 1-16.
- Eray O, Oktay C, Cete Y, et al. Is seat belt sign a predictor for physicians in management of trauma patients in emergency settings? Ulus Travma Derg. 2001;7(3):139-41. [Article in Turkish].
- Sayre MR, Sakles JC, Mistler AF, et al: Field trial of endotracheal intubation by basic EMTs. Ann Emerg Med 1998, 31:228-233.
- American College of Surgeons: The Advanced Trauma Life Support Course. Chicago, Illinois, 1997, pp.57-58.
- Jenkins J.L, Braen G.R: Chest trauma. Manual of Emergency Medicine fourth edition. Lippincott Williams & Wilkins. 2000, 59-71.
- Rozycki GS, Ochsner MG, Frankel HL, et al: A prospective study of surgeon performed ultrasound as the initial diagnostic modality for injured patient assessment. J Trauma 1995, 39:492.
- Ma OJ, Mateer JR, Ogata M, et al: Prospective analysis of a rapid trauma ultrasound examination performed by emergency physicians. J Trauma 1995,38:879.
- Ahn JH, Marey AF, McAnich JW: Workup and Management of traumatic hematuria. Emerg Med Clin North Am 1998, 16:145.
- Frykberg ER: Advances in the diagnosis and treatment extremity vascular trauma. Surg Clin North Am 1995, 75:207
- White AA, Panjabi MM: Clinical Biomechanics of the Spine, 3rd ed. Philadelphia, Lippincott, 1990.

VAKA ÇALIŞMASI

EKG'si aşağıdaki gibi olan 58 yaşındaki erkek hasta ani başlayan göğüs ağrısı ve çarpıntı şikayeti ile ambulans çağırıyor. Olay yerine gittiğinizde hastanın bir sandalyede oturur pozisyonda olduğunu görüyorsunuz. Hasta yaklaşık 8 yıldır hipertansiyonunun olduğunu Belok tablet kullandığını ve daha önce bir kez çarpıntı şikayeti ile hastaneye baş vurduğunu anlatıyor.

Tanıya Götürücü Bulgular;

Kan Basıncı: 160/100 mmHg

Solunum Sayısı: 32 Dak.

Nabız Sayısı: 180 Dak.



Hastada Tanı ve Hastane Öncesi Bakım Protokolünüz nedir?

Ritm: <http://www.ambulancetechnicianstudy.co.uk/rhythms.html>

Doğru cevabı Paramedik Demeği İletişim Adresine gönderen 3 kişiye kitap hediyemiz var.