

PAPER DETAILS

TITLE: Dishekimliginde Karsilasilan Tibbi Acil Durumlar

AUTHORS: Necati URAN

PAGES: 269-284

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/279033>

DİŞHEKİMLİĞİNDE KARŞILAŞILAN TIBBİ ACİL DURUMLAR

Necati URAN*

GİRİŞ

Her diş hekimi; muayenehanede görebileceği bir tıbbi aciliyeti tedavi edecek temel tıp bilgisine sahip olmalıdır.

Bir çok tıbbi durumlarda ilk tedavi çok önemlidir.

Muayenehanede acil olarak vasıflandırılabilen tıbbi durumlar şunlardır :

I. Kardiovasküler

1. Arteriosklerotik kalp hastalığı
 - a. Angina pectoris
 - b. Koroner oklüzyon
2. Komplike veya konjestif kalp yetmezliği
3. Aritmiler
4. Hipertansiyon
5. Hipotansiyon
6. Şok

II. Solunum sistemi ile ilgili durumlar

1. Asthma
2. Amfizem
3. Mekanik solunum sistemi rahatsızlığı

(*) H.Ü. Dişhek. Fak. Ağız-Diş-Çene Hast. ve Cer. ABD., Öğr. Üyesi, Doç. Dr.

III. Sinir sistemi bozuklukları

1. Epilepsi
 - a. Grand mal nöbetler
 - b. Petit mal nöbetler
2. Serebro - Vasküler aksidanlar
3. Senkop

IV. Metabolik hastalıklar

1. Diabetes
 - a. Diabet koması
 - b. İnsülin şoku
2. Kolinesteraz inaktivitesi

V. Endokrin fonksiyon bozuklukları

1. Hipotroidizm
2. Hipertroidizm
3. Adrenal yetersizlik

VI. Hemorajik tandanslar

1. Lösemi
2. Hemofili
3. Trombositopenik purpura

VII. Verilen ilaçlara bağlı olanlar

1. Antihiperglisemik ilaçlar (Diabet)
2. Kardioglikozitler (konjestif yetmezlik, Auriküler aritmiler)
3. Antikoagülanlar (myokard enfarktüsü, flebit)
4. Psikosedatifler (Anksiete durumları)
5. Tiroid ekstreleri (hipotiroidizm)

6. Steroidler (adrenal yetersizlik)
7. Antihipertansif ilaçlar (hipertansiyon)
8. Antikonvülsif ilaçlar (konvülsiyonlar)
8. Antiaritmik ilaçlar (kardiak aritmiler)

Tedavi öncesi bir fizik değerlendirme fizyolojik bir değişikliğe maruz kalacak hastayı bize gösterecek ve değişikliğin olabileceği sistemik bölgeyi de belirleyecektir. Solunum sistemi ile ilgili semptomları, olan bar hasta ise solunum sistemine ait bir acil durum yaratabileceği gibi.

Hastanın genel durumunda bariz bir varyasyon meydana geldiği takdirde dış hekimi hastanın genel durumu yönünden şunlara dikkat etmelidir :

1. Mental durum (rahatsız veya letharjik)
2. Emosyonel durum (rahat veya aksite)
3. Tırnak dipleri, dudaklar (pembe, soluk veya siyanotik)
4. Cilt (sıcak ve kuru, soğuk ve nemli)

Birçok vakalarda tam bir teşhise varmak veya acil durumun nedenini araştırmamak; bunun yerine solunumun yeterli, nabız ve kan basıncının normal hudutlar dahilinde olmasını emniyet altına almak lazımdır. Eğer bu bulgular normal değilse oksijenle yeterli bir ventilasyon sağlanmalı, kan basıncı vasopresör ve İ.V. mayi ile takviye edilmelidir.

Bu yönden her dış talebesi veya dış hekimi; bir hastanın ventilasyonu için açık bir airway sağlayabilmeli, yeterli bir nabızın olup olmadığını değerlendirebilmelidir.

KARDİOVASKÜLER ACİLİYETLER :

Kardiovasküler aciliyetlerin en büyük ekseriyeti kalp yükünün artması sonucu ortaya çıkar. Bu sadece fizik zorlanma ile değil, emosyonel bir stresi takiben katekolamin deşarjı veya ağrıya bağ-

lı olabilir. Diş hekiminin yapacağı ilk iş; tecrübeli bir hekimin yardımını sağlanıncaya kadar hastanın rahatının ve sağlık durumunun düzeltilmesi yönünde olmalıdır.

Muayenehanede en sık olarak acil durum yaratan özel kardiovasküler durumlar şunlardır :

1. ANJINA PEKTORİS :

Anjina pektoris'in en önemli özellikleri; lokalize veya kol, omuz veya boyuna vuran ani bir ağrıdır. Soğuk terleme ile birlikte yaygın bir fasiyal ve periferik renk solukluğu müşahade edilebilir. Genellikle; hasta benzer bir ağrıyı daha önce de geçirmiştir.

Anjinal bir kriz geçiren bir hasta rahatlatılmalı, teskin edilmeli ve istirahate alınmalıdır. Sublingual olarak 1 veya 2 nitrogliserin tableti (0.6 mg.) verilmeli veya hasta kırılmış olan bir ampul içindeki amylnitratı teneffüz etmelidir. Bir kaç dakika içinde semptomatik iyileşme sağlanır. Düzelmeye olmadığı takdirde koroner oklüzyon ihtimali düşünülmeli ve hastaya oksijen; enjeksiyete ve ağrı için İ.V. veya İ.M. demerol veya morfin yapılmalıdır.

2. KORONER OKLUZYON :

Koroner oklüzyon çok hafiften çok ciddi bir krize kadar varabilir. En sık görülen semptom hafiften çok şiddetliye kadar değişen bir substernal ağrıdır. Ağrı çok şiddetli ise hasta sanki göğsü patlayacakmış gibi hissedebilir. Ağrı omuza, kola, dirsek, bilek ve parmaklara kadar yayılabilir, ayrıca boyuna ve çene açısına da vurabilir. Daha hafif vakalarda bir mide rahatsızlığı veya ağrısı şeklinde görülebilir. Myokard iskemisinin önlenmesi için oksijen verilmelidir. Sadece bu tedbir bile ağrıyı ortadan kaldırabilir.

Hasta yatar duruma getirilmeli, baş ve toraks kısmı kalkık olmalıdır. Ağrı ve anksietenin ortadan kaldırılması çok önemli olup; bu gaye ile morfin (8 - 10 mg.) veya demerol (50 - 100 mg. ağrının şiddetine göre) İ.M. veya yavaş bir şekilde İ.V. olarak verilmelidir.

3. KONJESTİF KALP YETMEZLİĞİ :

Bu durum genellikle akutdan ziyade kroniktir. Böyle bir hasta heyecanlanırsa ve ileri derecede distre arz ederse veya yaş bir öksürükle birlikte bazen pembe bir balgam çıkarırsa ve taşikardi görülürse işleme hemen son verilir. Hasta yarı oturma durumuna getirilmeli ve oksijen verilmelidir. Küçük dozlarda morfin (8 - 10 mg.) veya demerol (50 - 75 mg.) heyecanı yatıştırmak için İ.M. olarak yapılmalıdır. Hastanın acil dijitalizasyonu dış hekimi tarafından yapılmalıdır.

4. KARDİAK ARİTMİLER, HİPERTANSİYON, HİPOTANSİYON :

Kardiak aritmiler ve kan basıncı değişiklikleri genellikle; ağrı, nefes darlığı, baş ağrısı, baş dönmesi veya senkop gibi beniz semptomları olmadıkça, muayenhanede atlanabilir. Kaide olarak kalp atım ve ritmindeki küçük değişiklikler bariz semptomlar gösteremez. Bazı semptomlar görüldüğü taktirdc; hastaya oksijen verilmeli, baş aşağı alınmalı veya analjezikler verilmelidir. Eğer endike ise dahiliye konsültasyonu istenir.

5. ŞOK :

Hipotansif bir nöbet senkop veya nörojenik şokla sonuçlanırsa baş aşağı alınarak hasta yatırılmalıdır. Bir maske ile oksijen verilerek hayati işaretler not edilmelidir. Vakaların çoğunluğunda bu tedbirler yeterlidir. Eğer hipotansiyon durumu devam ederse eğer cilt soğuk ve nemli ise ve eğer hastanın durumu hipotansif durumun zararlı olacağını düşündürüyorsa % 5 dekstroze veya ringer lektat İ.V. olarak başlanmalıdır. Mephentesmire sulfat (Wycmire) veya Phenylephrine (Neo - synephrine) kan basıncını yükseltmek için kullanılabilir. Bu arada Ventilasyonun spontan olarak sağlanması veya pozitif basınç altında oksijen tatbiki de mutlaka uygulanmalıdır. Kan kaybı veya travma; muayenhanede nadir bir şok sebebi olarak karşımıza çıkar.

SOLUNUM SİSTEMİNE AİT ACİL DURUMLAR :

Solunum sistemine ait acil bir durum genellikle daha önce mevcut bir duruma ilaveten; emosyonel bir durum veya allerjik bir madde inherasyonuna bağlı (allergen) egzajere edici bir faktörün ilave edilmesi sonunda ortaya çıkar, dış hekiminin yapacağı ilk iş solunumun yeterli olup olmadığını saptamaktır. Eğer solunum yetersiz ise hastanın uygun bir şekilde ventilasyonu sağlanmalıdır.

Muayenehanede en sık olarak acil durum yaratabilecek özel respiratuar durumlar şunlardır :

1. ASTİM :

Her ne kadar bazı gıdalar ve ilaçlar da bu duruma yol açarlarsa da bronşiyal astım vakalarının % 50'sinin dış antijenlere karşı bir allerji sonucu ortaya çıktığı belirtilmektedir. Uzun süreli solunum distressine yol açmayan hafif bir kriz tedaviyi icap ettirmeyebilir, eğer daha ciddi bir kriz daha olursa ve solunum problem olursa acil tedavi endikasyonu vardır. Oksijen hava hapsedilmesine yol açmayacak şekilde ve dikkatle verilmelidir. Zira expirasyon, enspirasyondan da daha fazla zordur. Epinephrine (0,3 - 0,5 ml.'lik 1/1000 solüsyon) intramuskuler olarak verilmeli; veya aminophyllin (0,25 - 0,5 mg.) intravenöz olarak intramuskuler epinefrinin etkisi görülmeyen vakalarla verilmelidir. Eğer icap ediyorsa bu tedavi 10 - 20 dakikalık aralarla tekrar edilebilir. Eğer kriz şiddetli ise bir dahiliyecisi hekim ile konsülte edilir.

AMFİZEM :

Hastalık akut veya kronik olabilir ve alveollerin, bronşioollerin anormal bir dilatasyonu ve refakat eden destrüktif değişikliklerle karakterize, eğer hastalık kronik ise bir öksürme nöbeti ile astıma benzer bir kriz şeklinde ve acil bir durum olarak karşımıza çıkabilir. Bronkodilatatör spreyler (1/1000 epinefrine veya isoperatere-nol % 0,5'lik) en etkili tedavi şeklidir. Amfizematör tipte şahıslara trakeobronşiyal sistemini temizlemek üzere fırsat vermek için randevu öğleden sonrası için verilmelidir.

3. MEKANİK SOLUNUM BOZUKLUĞU :

Larenks, trakea, veya trakeabronşial sistemde yabancı cisimlere nadir olmayarak raslanır. Son bir sene içinde ikisi hastanede yatmayı icap ettiren bu durumda üç hasta ile karşılaştım.

Herhangi bir yabancı cisim henüz farinkste iken çıkartılmaya çalışılmalıdır. Farinkste yabancı bir cisimden şüphelenildiği zaman hastaya ağzını açık olarak tutması, yutma veya derin nefes almanın sakınması ve bu süre içinde frakinsin inspeksiyonu sağlanır. Eğer yabancı cismi bir aletle alınamıyorsa hastaya kuvvetle öksürmesi ve bu esnada yabancı cismin dışarı atılması sağlanmaya çalışılır. Glottal açıklığa yerleşmiş bir yabancı cisim öksürük yaparak parsiyel bir laringeal spazma yol açar, bazı nadir durumlarda da laringeal spazm tam olabilir ve alveoler ventilasyonu tamamen önleyebilir. Eğer hasta bir miktar oksijenasyon sağlayabilecek şekilde yeterli hacimde soluk alıp verebiliyorsa fakat yabancı cismi yerinden oynatamıyorsa hemen en yakın hastaneye götürülmelidir.

Obstrüksiyon, efektif ventilasyonu tamamen yetersiz bir duruma getirecek şekilde ise ölüm kaçınılmazdır ve bu sebeple dış hekim daha önce hiç yapmamış olsa bile hemen bir trakeostomi yapılmalıdır. Bu ameliyatın başarılı olabilmesi için obstrüksiyon vokal kordlar seviyesinde ve krikotiroid membranın üstünde olmalıdır. 13. no bir iğne veya daha iyisi bir trakeston trikoit kırıkdağın hemen altından ve orta hattan içeri sokulmalıdır. Bu sahada önemli bir damar veya sinire rastlanmaz.

Havanın trakeaya hemen girmesiyle hasta rahatlar. İlave tedavi ve bakım için hasta bilahere en yakın hastaneye nakledilmelidir.

Herhangi bir cisim trakeadan, sağ veya sol ana bronşa (genellikle sağ) geçtiği takdirde şiddetli bir öksürük veya bronşial spazm görülebilir. Bazı vakalarda yabancı cisim, eğer fazla büyük değilse, sadece kısa bir öksürük nöbeti husule getirebilir. Her halikârda hasta ne olduğundan haberdar edilmeli ve akciğer filmi çekirtmek üzere bir hastaneye götürülmelidir. Akciğerdeki bir yabancı cisim akciğer absesi veya başka ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Fakat kaide olarak o anda hayatı tehdit etmez.

SİNİR SİSTEMİ İLE İLGİLİ ACİL DURUMLAR :

Sinir sistemini ilgilendiren acil durumlar genellikle şuur kaybı, konvülsiv nöbetler, şiddetli baş ağrısı, adete zafiyeti veya adele paralizi ile karakterizedir. Konvülsiv nöbetler; ilaç toksisiteleri, hipoksi veya hiperkapni gibi çeşitli nedenlere bağlıdır.

Sinir sistemi ile ilgili acil durumların sebepleri şunlardır :

1. EPİLEPSİ :

Bu durum popülasyonda % 0,5 oranında görülür ve şuur kaybı, istemsiz adele kasılmaları ve otonom sinir sistemine ait bozukluklarla karakterizedir. Tedavi öncesi değerlendirme dış hekimini epileptik hastadan haberdar edecek ve genellikle hastasına anti-konvülsif bir ilaç verecektir.

a. Grand mal konvülsiyonlar : Bu nöbetler aşırı adele aktivitesi, şuur kaybı ve adele rigiditesi ile karakterizedir. Hasta apneye girebilir. Nöbeti takiben hasta derin bir uykuya dalabilir. Hastanın bir nöbet geçireceğine ait bir his duyulması da nadir değildir. Bazı hastalar senede 1 veya 2 nöbet geçirdikleri halde, bazıları her gün geçirebilir.

b. Petit mal konvülsiyonlar : Bu durum küçük bir kriz olmayıp tamamen değişik tipte bir antitedir. En belirgin semptom şuur kaybıdır. Göz kapakları ve bazen baş senkron hareketle gösterilebilir. Nöbet sadece birkaç saniye sürer ve genellikle nöbet sonrası semptom olmaz. Hikayesinde daha önce de böyle bir durum geçirdiğini ifade ettiği için dış hekimi daha önceden haberdar edilmiş olur.

Önemli olan husus; açık bir airway'in sağlanması, hastanın yeterli bir şekilde soluduğundan emin olunması ve konvülsiyon esnasında hastanın bedeni olarak incinmesine, yaralanmasına mani olunmasıdır.

Dış hekimi, muhtemelen hastanın hayatını kurtarmak için, muayenehanesinde hastanın ventilasyonunu gereğinde sağlamak için sağlam bir airway'a sahip olmalıdır. Bu aynı zamanda dudak ve dil yaralanmasının da önlenmesini sağlar.

İ.V. nembutal veya seconal yavaş yavaş verildiği takdirde nöbeti hafifletir. Lüzum halinde hasta oksijenle ventile edilmelidir. Hipnotik ilaçların kontrol edemediği şiddetli nöbetlerde İ.V. süksinilkolin chloride (20 - 40 mg.) verilebilir veya çift doz olarak İ.M. yapılabilir. Nöromusküler bloke edici ajan konvülsiv nöbeti durduracaktır; fakat eğer dış hekimi bu ilacın kullanılmasında tecrübe sahibi değilse veya apnetik hastayı ventile edemiycekse kullanılmalıdır.

2. SEREBRO - VASKÜLER ACİLİYETLER :

Serebro - vasküler aksidanların dış muayenehanesinde meydana gelebileceği bir husustur. Bu tip bir acil durumun tedavisi açık bir airway ve yeterli bir solunumun sağlanması (oksijenle ve tecrübeli hekim gelene kadar) dır. Bu tip vakalar ekstremitelerde paralizi veya kuvvet kaybı, yüzün bir tarafında ani ve flakrit bir paralizi veya konuşma peltekliliği gibi semptomlarla teşhis edilebilir. Bazı vakalarda şiddetli ve tek taraflı bir baş ağrısı diğer semptomlardan evvel görülür.

3. SENKOP (BAYILMA) :

Senkop veya bayılma muayenehanede en sıklıkla rastlanan acil durumlardır.

METABOLİK ACİLİYETLER :

Muayenehanede en sık acil durum yaratan metabolik hastalıklar şunlardır.

1. DİABET :

Popülasyonda %1,5-2 oranında görülen ve en sık rastlanan bir durumdur. İnsülin eksikliğine veya etkisizliğine bağlı olan ve hiperglisemi ve glikozüri meydana getiren karbonhidrat metabolizması bozukluğu sebebiyle meydana gelir.

Diabetik koma; muayenehanede nadiren acil bir durum yaratır. Hasta eğer orinase, diabenese veya küçük dozlarda insülin alıyorsa korkacak bir durum yok demektir. Eğer hasta yüksek dozlarda insülin alıyorsa diabetik koma veya insülin şoku ihtimali akla getirilmelidir.

Diabeti kontrol edilmemiş olan bir hasta ile uğraşırken, doktoru ile görüşmeden herhangi bir müdahaleden kaçınılmalıdır. Bir şans eseri olarak diabetik hastaların ekserisi durumlarından haberdardır.

Susayan, bulantısı olan, nefes darlığı olan, sıcak ve kuru cildi olan bir diabetik hasta büyük bir ihtimalle hiperglisemik olacağı için ve diabet komasının da yavaş yavaş ortaya çıkması cihetiyle hemen doktoruna geri gönderilmelidir. Kaide olarak diş hekiminin bu durumda yapacağı bir şey yoktur.

İnsülin şokundan önce görülen semptomlar açlık, halsizlik ve soğuk terlemedir. Hasta kolaylıkla kızabilir. İrrite olabilir veya mental konfüzyon gösterebilir.

İnsülin şokunun erken arazlarından şüphelenildiği taktirde hastaya bir kaç şeker veya şekerli bir içki içirilir. Ciddi vakalarda İ.V. % 5 dextroza ilaveten glucagon hydrochloride (0,5 - 1 mg.) İ.V. veya İ.M. olarak yapılabilir. Glucagon; protein tabiatında bir madde olduğu için hipersensitive ihtimali de uzak tutulmamalıdır.

2. KOLİNESTERAZ İNAKTİVİTESİ :

Ester yapısında bir lokal anestezi tatbik edilen bir hastada görülebilecek acil bir durum sebebi de kolinesteraz inaktivitesidir. Bu hastaların; plazmalarındaki prödokolinesterazlarının inaktivitelerine bağlı olarak, ester bileşiklerini çok yavaş metabolize ettikleri ve böylece bu ilaçlara karşı toksik reaksiyon ihtimalini arttırdıkları gösterilmişti.

Bu tip reaksiyon meydana geldiği taktirde, konvülsiv veya stimülasyon durumu barbitüratlarla kontrol edilmelidir.

ENDOKRİN ACİLİYETLER :

Endokrin fonksiyon bozuklukları, muayenehanede acil bir durum yaratacak fizyolojik değışikliklere yol açabilir.

1. HİPOTİROİDİZM :

İnfant ve erken çocukluk devresinde görülen hipotiroidizm, cüceliğe yol açtığı halde; erişkin hayatta miks ödeme yol açar.

Miks ödemsiz bir tiroid hipofonksiyonu; hasta mental bakımdan retarde, miskin, uyusuk ve apathetik olabilir. Miks ödemi olupta tedavi edilmemiş hastaların büyük bir yüzdesinde kardiyak fonksiyon bozukluğu mevcuttur.

Acil bir durum meydana geldiği takdirde hastanın narkotik veya hipnotik gibi ilaçların normal dozları bile inaktive edilmemesi nedeniyle oluşan toksik tabiatlı bir reaksiyon olacaktır.

Bu hastalarda en iyi tedavi şekli, korunma olup, bu işe verilecek olan ilaçların dozlarını düşük tutmakla sağlanır. Tedavi; eğer endike ise solunum ve dolaşımın takviyesinden ibarettir. Eğer narkotikler kullanılmışsa, nalorphine gibi bir narkotik antagonistinin verilmesi de icap edebilir.

2. HİPERTİROİDİZM :

Hipertiroidizm, nispeten sık görülen bir hastalık olup, kardot-hyroid hormonlarının aşırı bir şekilde artması ile ilgilidir. Tirotoksikorin halinin şiddetli varyasyon gösterebilir. Akut ve acil bir durum ancak çok ciddi vakalarda ortaya çıkar.

Hipertiroidizmin semptom ve bulguları; sinirlilik, titreme, aşırı terleme, sıcağa tahammülsüzlük, bazal metabolizma hızının artması, nabızın artması ve bazı vakalarda görülen emosyonel dengesizliktir.

Hipertiroidli, durumu ciddi olan hastalarda meydana gelebilecek en sık acil durumlar thyroid krizi, emosyonel bozukluklar ve kardiyak problemler (angina, konjestif yetmezlik) gibi durumlardır.

Diş hekiminin uygulayacağı tedavi hastanın sedasyonu ve vücut ısısının düşürülmesidir. Maske ile oksijen de verilmelidir. Tedavinin şekli ve genişliği acil durumun ciddiyetine göredir.

3. ADRENAL YETERSİZLİK :

Adrenal yetersizlik sonucu ortaya çıkan en sık acil durum hipotansiyon veya adrenal şokudur. Bu durum genellikle; uzun süre steroid (hidrocortisone, cortisone, prednisone ACTH) olan ve travmatik veya bir stress durumundan evvel ilaçlarını kesmiş veya almayan hastalarda meydana gelir. Ayrıca hastanın aldığı steroid miktarı yetersiz ise, acil bir durum gene ortaya çıkabilir. Hipotansif durum genellikle, halsizlik ve soğuk - nemli bir ciltle beraberdir.

Hikayelerinde steroid aldıklarını belirten hastalar, herhangi bir tedavi öncesi ilave bir doz steroidle takviye edilmelidir. Acil bir durum ortaya çıktığı takdirde % 5 dextroz veya ringer laktat İ.V. başlanmak suretiyle dolaşım takviye edilir. Hastanın kan basıncı sık aralıklarla ölçülerek, tedavi öncesi basınçla karşılaştırılmalıdır. Solu - cotef (100 - 200 mg.) veya Hydeltravole (20 - 100 mg.) İ.V. olarak verilmelidir. Eğer kan basıncı normal düzeye getirilemiyorsa pheaylephrine (neo - syrephrine) veya ephentermine sulfate (Wyamine) İ.V. olarak verilebilir. Hastaya oksijen de verilmeli ve eğer endikasyon varsa doktoru ile konsülte edilmelidir.

HEMORAJİK ACİLİYETLER :

Hemoraji; genellikle uzamış olan kanama veya pıhtılaşma zamanına veya her ikisinin uzamasına bağlı olarak görülen cerrahi bir problemdir. Daha önceden mevcut olan bir sistemik hemofili veya trombositopenik purpura nedeniyle oluşabilir. Ayrıca antikoagülan tedavi lokal bir patoloji veya hipertansiyona da bağlı olabilir.

VERİLEN İLAÇLARA BAĞLI OLARAK OLUŞAN ACİLİYETLER :

Amerikan halkının nispeten büyük bir yüzdesi zamanımızda, diş muayenehanesinde iatrojenik bir acil durum yaratabilecek bir

ilaç almaktadır. Bu tür bir ihtimal yönünden dış hekiminin dikkatli olması gereken bazı ilaçlar şunlardır :

Antihıperalisemik ilaçları : İnsülin(regular, NPH, PZI lente),
Orinase, Diabinese.

Kardiak glikozidler : Digoxin, Digitoxin, Digitalis yaprağı, Antikoagülart - Coumadin.

Psikosedatifler (Trankilizanlar) : Meprobonate, Valium, Librium, Thorazine, Stelazine.

Thyroid extreler : Thyroid ekstresi, Synthroid, Cytomel.

Steroidler : Predrisone, Hydrocortisone, Dexamethasone.

Antihıpertansifler : Hydrochlorothiazide, Aldomet, Seprasil, İsmelin.

Antikonvülsifler : Dilantin, Phenobarbital, Mysoline.

Antiaritmik ilaçlar : Ouinidine, Pronestyl.

Bu ilaçların alınmasına bağı bir acil durum ortaya çıktığı takdirde önlenmesi kolaylaşmış olacaktır. Ayrıca dış hekimi, bu ilaçları daha önceden bilmek suretiyle bir ilaç uyumsuzluğu kendisini hastaya vereceğı ilaçların bu ilaçlarla olan additif ve sinerjik etkisini bilmek suretiyle de avantaj sağlayacaktır.

KARDİOPULMONER RESUSİTASYON :

Her dış hekimi kardiovasküler resusitasyonun temel esaslarını bilmek zorundadır, bu husustaki bilgisini belki de hiç kullanmak icap etmeyebilir; fakat nadiren de olduğu takdirde böyle bir durum ortaya çıktığı takdirde bu husustaki bilgisi çok faydalı ve değerli olacaktır. Hiç bir zaman bir hastanın göğsünü inip kalktığını ve hastanın soluk alıp verdiğini işitip hissetmedikten sonra hastanın soluduğunu kabul etmeyiniz. Zira hayatın idamesi akciğerlerdeki hava alıp vermesine bağıdır.

Pulmoner resusitasyonun en önemli hususlarından birisi açık bir airwaydir. Açık bir airway olmadan, hastanın ventilasyonu çok

zor hatta imkânsızdır. Hastanın başı mümkün olduğu kadar geriye alınmalı ve çene yukarıda olmalıdır. Bu pozisyon genellikle açık bir airwayin oluşmasını sağlar ve bu husus hastanın nefes alıp verdiğçe göğsünün inip kalkması ile verifiye edilir. Eğer her hava verilisinde göğüs inip kalkmıyorsa (Ritmik olarak) hava veya oksijenin akciğerlere ulaşmadığı kabul edilmelidir. Bu durumda başın ekstansiyonu arttırılmalı ve airway vesilesi ile dil öne alınarak etkili bir hava alışverişi sağlanmalıdır.

Hava veya oksijen; hastanın ciğerlerine bir resusivatör, anestezi aleti, bir ambu, ağızdan - ağıza veya burundan ağıza teneffüsle kuvvet kullanılarak verilir. Genellikle bir anestezi mevkinden veya resisatör el altında mevcut değildir. Fakat olduğu zaman diş hekiminin bunu nasıl kullanacağını bildiği kabul edilir.

Ambu ise; oksijen olsun veya olmasın kullanılabilceği için çok elverişlidir. Burada dikkat edilecek olan husus; akciğerlerin etkili bir şekilde havalandırmasını önleyecek hava kaçaklarının olmamasıdır. Ayrıca, akciğerlerin şişirilmesi için açık bir airway mevcut olmasını söylemeye lüzum yoktur.

Ağızdan ağıza veya burundan ağıza teneffüs çok başarılı sonuçlar vermiştir. Ağızdan ağıza teneffüste; hastanın başı açık bir airwayin sağlanması için hastanın başını 2 parmakla sıkıştırılır. Bilahare müdahalede bulunan şahıs derin bir nefes alarak ağızını hastanın ağzına yerleştirerek nefesini hastanın akciğerlerine verir.

Verilen havanın hastanın akciğerlerine ulaşp ulaşmadığı göğsün inip - kalkmasına bakılarak kolayca değerlendirilebilir.

Pulmoner resusitasyon esnasında hastanın hayati bulguları, sık aralarla kontrol edilmelidir.

Solunumla birlikte kalp atımları da yoksa, yani nabız alınamıyorsa kardiopulmoner resusitasyona başvurulur. Pulmoner ventilasyon daha önce bahsedildiği şekilde uygulanır. Kardiak resusitasyon ise «kapalı göğüs masajı veya kompresyonu» ile sağlanır.

Kardiopulmoner resusitasyon endikasyonu bir defa konduktan sonra akciğerler 3 defa ve süratle ventile edilmelidir. Oksijen kullanımı tercih edilmekle birlikte, eğer bu imkân yoksa bir ambu

veya ağızdan ağıza teneffüsle oda içindeki mevcut hava kullanılır. 3 defa ventilasyondan hemen sonra 12 - 14 saniyede göğüse 15 defa masaj yapılır. Bunu takiben 3 defa ventile edilir. Eğer el altında 2'nci bir şahıs mevcutsa oran bir ventilasyona 5 kalp masajı şeklinde olmalıdır. Burada dikkat edilecek olan husus; ventilasyonların 5-6'ncı masajlar arasında, veya 10-11'nci masajlar arasında yapılması, yani bu minral üzere muntazaman yapılması; böylece şahıslardan birisi göğüs masajı yapıp akciğerleri kompresyona tabi tutarken diğeri, hastanın ventilasyonu bu esnada yapılır.

ÖZET

Her diş hekimi muayenehanede karşılaşılabileceği bir tıbbi aciliyeti tedavi edecek temel tıp bilgisine sahip olmalıdır. Birçok tıbbi durumlarda ilk tedavi çok önemlidir. Bu yazımızda muayenehanede acil olarak karşılaşılabilecek acil durumlar ve acil tedavi yöntemleri hakkında son görüş ve bilgileri aktarmaya çalıştık.

SUMMARY

MEDICAL EMERGENCIES IN THE DENTAL OFFICE

Every dentist should posses enough basic medical knowledge to enable him to treat a medical emergency in his office. Here again it is emphasired that the dentist need not accuvaldy diagnose the cause of the emergency but that he should give essentiol medical treatment until the services of a physician can be secured.

KAYNAKLAR

- 1 — Gerald, D. Allan : Dental Anesthesia and Analgesia The Williams Wilkins Comp., Baltimor, 1972.
- 2 — Goodman, Louis S. and Gilman, Alfred : The pharmacological basis of therapeutics. New York, 1965, The Macmillan Co.
- 3 — Leonard, M. Monhaim : Local Anesthesia and pain control in Dental practice. 4 th. Ed. Mosby.
- 4 — Moore, Danial C. : Complication of regional anesthesia, spring field III, 1955.
- 5 — Tagay, S.Ö., Timoçin, N. : Dişhekimliğinde Loko - Regional Anestezi-ler.
- 6 — Monhaim, L. : Lokal Anesthesia and pain control in dental practice fourt edition Mosby.
- 7 — Monhaim, L. : General Anesthesia in dental practice. Mosby.