

Acil İnfeksiyonlara Acil Tıp Uzmanı Yaklaşımı

Doç.Dr. Mücahit Avcil

Acil hekimleri ne ister..

Sorunlar :

- Kalabalık ve kaotik bir yerdir
- Her tür hasta gelir
- Randevu sistemi ile çalışmaz
- Tıbbın mevcut testlerinin sensitivite ve spesifitesi düşüktür..
- Ayrıcı tanıları için zaman ve sedye yoktur
- Fizik muayene hastalıkları dışlamak için yetersizdir..
- Tüm bunların kısa tarifi;
- ZAMAN sıkıntısı vardır
- «GÜVENLİK» sıkıntısı vardır
 - Hasta evine gidince ex olur mu?

Acil hekimleri ne ister..

GÜVENLİK

ZAMAN

KISA ZAMAN DİLİMİNDE SINIRLI YATAK VE İMKANLAR İLE TANI KOYMALI
VEYA ÖLÜMCÜL TANILARI DIŞLAMALISINIZ

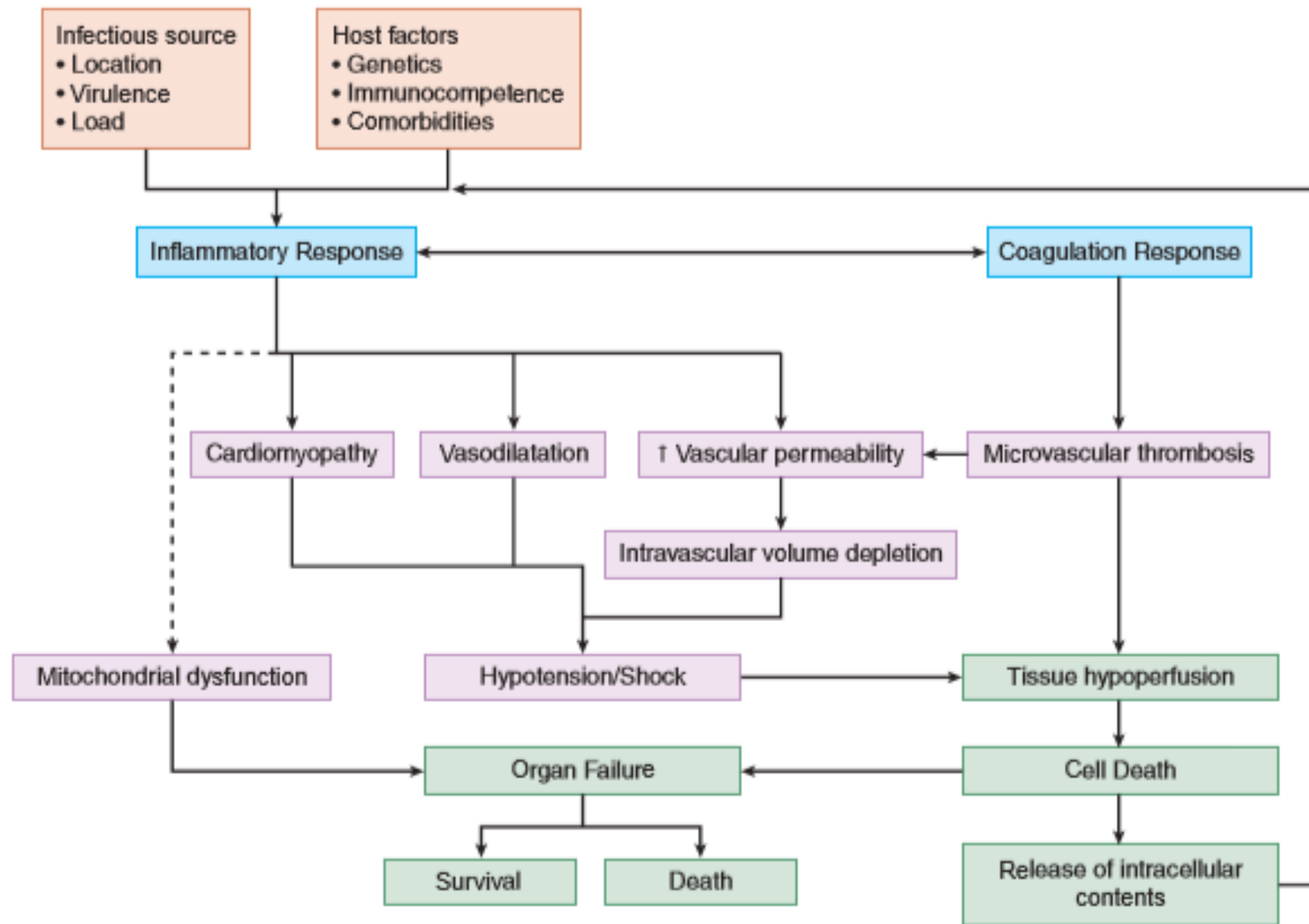
SEPSİS

Sepsis te acilde kalış süresi (Emergency departament lenght of stay) ortalama 5 saattir.

Sepsis tanısı alanların %50 ye yakını yoğun bakım yatışı gerekmektedir

Tüm ilerlemelere rağmen optimal bakımda bile %20 civarındır

Bu mortalite oranı MI, PE gibi acilin sık görülen ölümcül tanılarının bile üzerinde kalmaktadır.



Organ Disfonksiyonu Parametreleri

Arterial hypoxemi ($\text{PaO}_2/\text{FIO}_2 < 300$)

Akut oliguri (urine output $< 0.5 \text{ mL/kg/sa}$ yeterli sıvıya rağmen 2 h boyunca)

Creatinine $> 0.5 \text{ milligrams/dL}$

Coagulation abnormalitileri (INR > 1.5 or aPTT $> 60 \text{ s}$)

Ileus (absent bowel sounds)

Thrombocitopeni (platelet count $< 100,000 \text{ cells}/\mu\text{L}$)

Hiperbilirubinemi (plasma total bilirubin $> 4 \text{ milligrams/dL}$)

Tissue Perfusion Parameters:

Hiperlaktatemi (above upper limits of laboratory normal levels)

Düşmüş kapiller dolum

Pnömoni olmasa bile
yaygın inflamasyon acileri
etkiler..

ARDS (PAO2/fio2 200-300 mild)

Pulmoner hasarlanma

Renal hasarlanma

Hepatik hasarlanma

GİS değişiklikleri

Hematolojik değişiklikler

Metabolik değişiklikler

Cilt

Ana hedef organlardan
biridir
Hipoperfüzyon ana neden

Değişik abnormaliter
olabilir
Trombositopeni, DIC

Surviving Sepsis Campaign

International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock: 2012 Table of Contents

ABSTRACT	580
INTRODUCTION	583
METHODOLOGY	583
DEFINITIONS	583
HISTORY OF THE GUIDELINES	583
SELECTION AND ORGANIZATION OF COMMITTEE MEMBERS	584
SEARCH TECHNIQUES	584
GRADING OF RECOMMENDATIONS	584
CONFLICT OF INTEREST POLICY	587
MANAGEMENT OF SEVERE SEPSIS	587
INITIAL RESUSCITATION AND INFECTION ISSUES	587
A. Initial Resuscitation	587
B. Screening for Sepsis and Performance Improvement	590
C. Diagnosis	590

NOKTALAR..

Şok tesbiti sonrası engeç bir saat içinde antibiyotik yapılmalı

20-30 ml/kg sıvı replasmanı

Goal directed therapy

- CVP 8-12 arasında tut
- MAP >65 mmHG tut
- İdrar çıkışı >0,5 ml/kg tut
- Superior VCI oksijen saturasyonu (Scvo2) %70
- Lactat düşmesi

SEPSİS 3 VE qSOFA

Avrupa yoğun bakım derneği (ESICM) ve kritik bakım derneği (SCCM) sepsis 3 isimli toplantıda yeni tanımlamalar yapmışlardır

Temel alınan araştırma Amerika ve almanyada ki çeşitli merkezlerden 148 bin hasta incelenmiş

Sonlanım noktası

- Hastane içi mortalite
- Yoğun bakım 3 günden uzunkalma

Hastaların incelenen kriterleri

- SIRS
- SOFA
- LODS(Logistic organ disfonksiyonu sistemi)
- YB'da hastane içi mortaliteyi belirlemede SOFA>SIRS

Bu KOHORT çalışmasına alınan vakaların %89 u
YB dışı ve acil hastalardı

Veriler tekrar modellenerek Qsofa kriterleri
tanımlandı.

Hipotansiyon $\leq$ 100	1 puan
GKS $\leq$ 13	1 puan
Takipne $\geq$ 22	1 puan

Hastane içi mortaliteyi
öngörmede Qsofa > SIRS

QSOFA>2 QSOFA<2 den 3-14 kat
daha fazla mortal

Vazopressör desteği

OAB 65 üstünde tutulamıyorsa vazopressör desteği verilmelidir.

İlk seçenek norepinefrindir

Yetersiz kalırsa adrenalin veya vasopresin eklenebilir

Hipoperfüzyon devam eden olgularda
dobutamin 20 mcg/kg/dk

Dopamin bradikardik hastalar için öncelikli seçenek olabilir

Antibiyotik tedavisinde son durum

Şeptik şok tanısı almış hastalar 1 saat içinde antibiyotik başlanmalıdır (grade 1B)

Antibiyotik tedavisini geciktirmeyecek ise öncesinde kan kültürü alınmalıdır

(Kandidiyazis şüphesi varsa 1,3 beta –D –glukan, mannan ve anti mannan antikorları da bakılmalıdır)

Nötropenik veya dirençli patojenlerde (asinotobakter, pseudomonas) kombine AB başlanmalı (grade 2B)

Steroidler kar/zarar durumuna göre karar verilmeli

Vazopresser tedaviye rağmen instabil ise kullanılabilir

Kaynak kontrolü de bazen acile düşebilmektedir

- İlk 12 saatte apse veya lokal enfeksiyon drene edilmeli
- İnfekte cihazlar çıkarılmalıdır

KAN şekeri

Ardışık iki ölçüm 180 mg/dl üzeri ise insülin ifüzyonu açılmalıdır (100-180 arasında tutulmalı) (grade 1A)

Prokalsitonin

Sepsisten şüphelenilen hastaların

1. Tanısı
2. Prognozun tahmini
3. Antibiyotik tedavinin etkinliği
amacı ile kullanılmaktadır..

>0.5 ün üstünde olması enfeksiyon ve sepsis lehine

Antibiyotikten 24 saat sonra %10 luk düşme
antibiyotiğin etkin olduğunu ifade eder

Prokalsitonin tanısal değeri çeşitli nedenler ile
çelişkili kalmaktadır.

Öncelikle PCT sitimulus olduğunda keskince
yükselmekte ve sonra hızla düşmektedir



Original Contribution

Evaluating the value of dynamic procalcitonin and presepsin measurements for patients with severe sepsis



Han Yu, MS¹, Zhijiang Qi, Ph.D¹, Chenchen Hang, MS, Yingying Fang, MS, Rui Shao, MS, Chunsheng Li, MD*

Department of Emergency Medicine, Beijing Chaoyang Hospital, Capital Medical University, Beijing, China

ARTICLE INFO

Article history:
Received 19 September 2016
Received in revised form 17 January 2017
Accepted 20 January 2017

Keywords:
Severe sepsis
Presepsin
Procalcitonin
Clearance ratio
Prognosis

ABSTRACT

Objective: This study comparatively evaluated the value of dynamic procalcitonin (PCT) and presepsin measurements in assessing therapeutic efficacy and prognosis for patients with severe sepsis.
Methods: Patients with severe sepsis (n = 109) were enrolled and divided into survival and non-survival groups based on 90-day survival. PCT and presepsin levels were evaluated on days 1, 3, 5, 7, and 12. Sequential organ failure assessment (SOFA) was calculated.
Results: PCT from day 5 onward was weakly to moderately positively correlated with SOFA, whereas presepsin from day 3 onward was positively correlated. From day 5 onward, the clearance ratio (CR) of PCT was weakly to moderately negatively correlated with SOFA, while the CR of presepsin was strongly negatively correlated as early as day 3. PCT levels had no statistical difference between survival and non-survival groups. Within 12 days, PCT levels in both survival and non-survival groups decreased synchronously. Comparatively, presepsin levels in the survival group decreased persistently, while they rose gradually in the non-survival group. CRs of PCT in the survival group were higher than those in the non-survival group on days 3, 5, 7, and 12. However, CRs of PCT rose synchronously in both groups. Comparatively, CRs of presepsin in the survival group rose persistently, while they decreased gradually in the non-survival group.
Conclusions: Dynamic monitoring of presepsin and PCT demonstrated that both presepsin and CR of presepsin are continuous and better markers than are PCT and CR of PCT for evaluating the therapeutic efficacy and prognosis of patients with severe sepsis.

© 2017 Elsevier Inc. All rights reserved.

LPS CD14 bağlanması olduktan sonra kana CD14 ün çözünebilir subtipleri salınır.

Bunlardan biri presepsin dir

1,3,5,7,12 günlerde presepsin ve PCT bakılmış, SOFA skorları hesaplanmış

90 günlük mortaliteye göre survival ve non-survival gruplarına ayrılmış.

109 ağır sepsis hastası alınmış(44 survival)

PCT survival ve non survival gruplar arası farklı değildi

PCT 5.günde SOFA ile zayıf negatif korole iken presepsin güçlü negatif korole idi..



Original Contribution

Exploring the best predictors of fluid responsiveness in patients with septic shock



Nianfang Lu ^a, Xiuming Xi ^{a,*}, Li Jiang ^a, Degang Yang ^b, Kai Yin ^c

^a Department of Critical Care Medicine, Fuxing Hospital, Capital Medical University, Beijing 100038, China

^b Department of Spinal and Neural Functional Reconstruction, China Rehabilitation Research Center, School of Rehabilitation Medicine, Capital Medical University, Beijing 100068, China

^c Department of Critical Care Medicine, Beijing Electric Power Hospital, Beijing 100073, China

ARTICLE INFO

Article history:

Received 9 January 2017

Received in revised form 15 February 2017

Accepted 21 March 2017

Keywords:

Septic shock

Ventilation

Doppler ultrasound

Inferior vena cava diameter

Carotid Doppler peak velocity

Brachial artery peak velocity

ABSTRACT

Objective: To evaluate respiratory variations in carotid and brachial peak velocity and other hemodynamic parameters to predict responsiveness to fluid challenge.

Methods: A prospective observational study was performed on mechanically ventilated patients with septic shock. Outcomes included the measurements of central venous pressure, intrathoracic blood volume index, stroke volume variation (SVV), pleth variability index (PVI), and ultrasound assessments of respiratory variations in inferior vena cava diameter (Δ IVC), carotid Doppler peak velocity (Δ CDPV), and brachial artery peak velocity (Δ Vpeak brach).

Results: All patients received 200 mL normal saline challenge. There were 27 responders and 22 non-responders. Responders had higher SVV, PVI, Δ IVC, Δ CDPV, and Δ Vpeak brach measurements. In addition, all these measurements had statistically significant linear correlations with changes in cardiac index (CI). When responders were defined by Δ CI $\geq$ 10%, receiver operating characteristics (ROC) curve analysis showed that fluid responsiveness could be predicted: 11.5% optimal cut-off levels of SVV with sensitivity of 75% and specificity of 85%, 15.5% optimal cut-off levels of PVI with sensitivity of 65% and specificity of 80%, 20.5% optimal cut-off levels of Δ IVC with sensitivity of 67% and specificity of 77%, 13% optimal cut-off levels of Δ CDPV with sensitivity of 78% and specificity of 90%, 11.7%

SIVI YANITLILIK:

Sepsis hastalarının ancak %40 sıvı ile tansiyon düzelmektedir

Fazla sıvı vermek ise yüksek intravasküler volüm, pulmoner ödem ve kalp yetmezliğine neden olmaktadır

CVP, pulmoner wedge basıncı, intratorasik blood volüm index,

Strok volüm varyasyonu (SVV), Pleth variability index (PVI) invazivdir ve özel monitör gerektirir

Nefes ile kardiyak strok volümünün değişmesi ise usg dopler ile ölçülebilir ve güvenilirdir

Carotis arterden peak velosite varyasyonu fazla çıkan hastalar belirgin sıvı yanıtı çıkmış %13 lük cut-off değerinin sensitivitesi %78, spesifitesi %90 olarak gelmiştir

The impact of ED crowding on early interventions and mortality in patients with severe sepsis



David F. Gaieski, MD^{a,*}, Anish K. Agarwal, MD, MPH^b, Mark E. Mikkelsen, MD, MSCE^c, Byron Drumheller, MD^b, S. Cham Sante, MD^d, Frances S. Shofer, PhD^b, Munish Goyal, MD^e, Jesse M. Pines, MD, MBA, MSCE^f

^a Department of Emergency Medicine, Sidney Kimmel Medical College at Thomas Jefferson University, Philadelphia, PA, United States

^b Department of Emergency Medicine, Perelman School of Medicine at the University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, United States

^c Department of Internal Medicine, Division of Pulmonary, Allergy, and Critical Care Medicine, Perelman School of Medicine at the University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, United States

^d Commonwealth Medical School, Graduate Medical Education, Scranton, PA, United States

^e Department of Emergency Medicine, Georgetown University School of Medicine, Washington, D.C., United States

^f Department of Emergency Medicine and Health Policy, George Washington University School of Medicine and Health Sciences, Washington, D.C., United States

ARTICLE INFO

Article history:

Received 4 June 2016

Received in revised form 26 January 2017

Accepted 26 January 2017

Keywords:

Crowding

Severe sepsis

Resuscitation

Administration

ABSTRACT

Objective: Critically ill patients require significant time and care coordination in the emergency department (ED). We hypothesized that ED crowding would delay time to intravenous fluids and antibiotics, decrease utilization of protocolized care, and increase mortality for patients with severe sepsis or septic shock.

Methods: This was a retrospective cohort study of severe sepsis patients admitted to the hospital from the ED between January 2005 and February 2010. Associations between four validated measures of ED crowding (occupancy, waiting patients, admitted patients, and patient-hours) assigned at triage, and time of day, time to antibiotics and fluids, and mortality were tested by analyzing trends across crowding quartiles.

Results: During the study period, 2913 severe sepsis patients were admitted to the hospital and 1127 (38.7%) qualified for protocolized care. In-hospital mortality was 14.3% overall and 26% for patients qualifying for

Kalabalıklaşma ile birlikte tedavi süreleri uzamış,
protokol bakımı düşmüş.
Mortalite oranlarında değişiklik yok

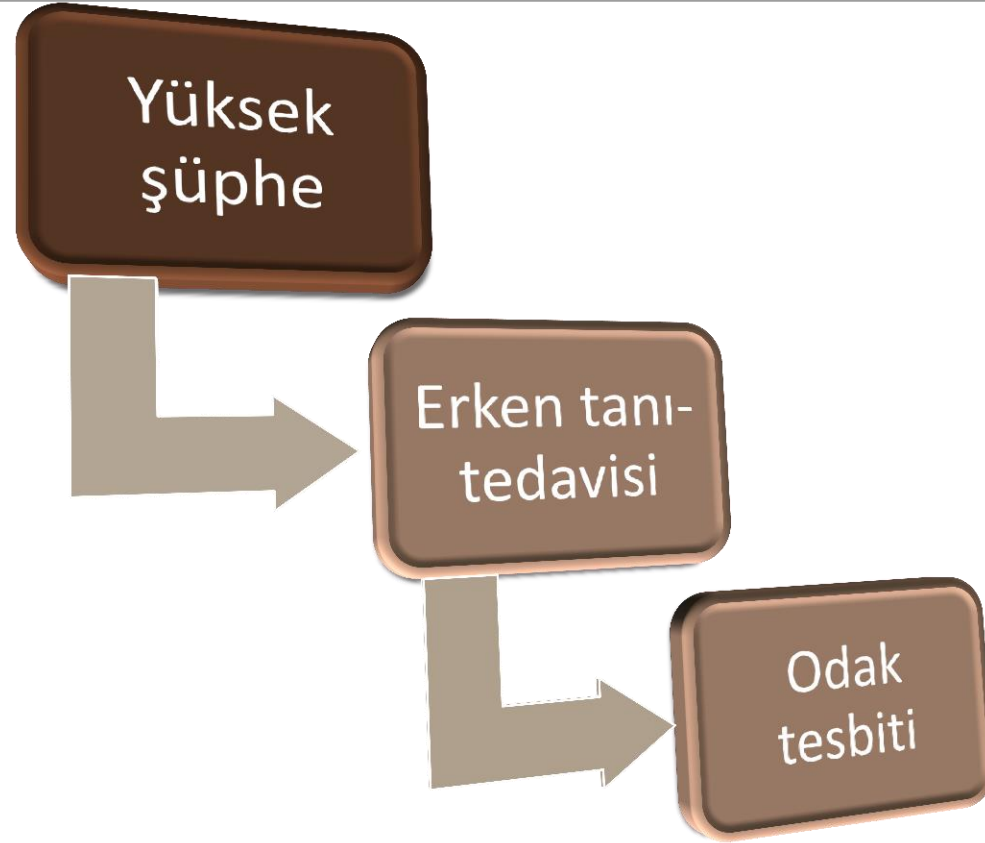
Kritik hastalar acilde özel bir zaman ve bakım
gerektirir

Acil kalabalıklığı acaba sepsisli hastalarda sıvı
ve antibiyotik uygulamasının gecikmesine
neden oluyor mu?

Retrospektif kohort

(Doluluk oranı,bekleyen hasta, kabul edilen
hasta, bekleme süresi)

Acilin ana görevleri



Sepsis ve septik şok durumlarının erken tanınması

```
graph TD; A[Sepsis ve septik şok durumlarının erken tanınması] --> B[Odak tesbiti çabaları (kan kültürü dahil)]; B --> C[Erken antibiyotik uygulaması]; C --> D[Sıvı ve vazopressör desteği];
```

Odak tesbiti çabaları (kan kültürü dahil)

Erken antibiyotik uygulaması

Sıvı ve vazopressör desteği

Sss enfeksiyonları

Bakteriyel menenjit 1.38/100,000 kişiyi etkileyen hayatı tehdit edici acillerden biridir.

Mortalitesi %14,3 olarak verilmiştir

Aşılama ile birlikte prevalansı düşmektedir

En sık etkenler (united states)

1. strep. Pneumonia %50f
2. B grubu streptokoklar %18.1
3. Neisseria meningitis %13.9
4. H.influenza %6.7
5. L.monositogenez %3.4

- Neonatal E.coli
- İmmun baskılanmış tbc

Ateş başağrısı (%85) ense sertliği bilinç bozukluğu

Çoğu vaka bunların en az ikisini göstermektedir

Bunların olmaması menenjit dışlamamaktadır
(Güvensiz durum)

Nöbet veya fokal belirtiler %25—30 vakada görülebilmektedir

TANI

LP ile konur (acilde yapması zor) (zaman)

Bazı durumlarda kontrendikedir

- Koagulopati (plt<20000, INR>1.5)

BOS (bakteriyel)

Açılış basıncı <170 cmH₂O

WBC> 1000mm³ ve nötrofil hakim

Gram boyama %60-80 oranında pozitifdir

(antibiyotik sonrası hızla düşer)

Protein>200 mg/dl

Glukoz<40 mg/dl

BOS laktat yüksekliğide önemli bir kanıttır

Meningokoklarda antibiyotikten 2 saat sonrasında, pnömokokak menenjitte ise 6 saat sonra BOS steril hale gelebilir ve bu nedenle LP nin zamanlaması çok önemlidir.

Diğer taraftan Antibiyotik uygulaması Lp İÇİN geciktirilmemelidir (güvensiz)

Hızlı latex testi bakteriyel menenjit için kullanılabilir fakat yanlış pozitif ve yanlış negatiflik oranı yüksektir

Soru: LP öncesi BT çekmeli miyiz?

TABLE 174-3 Criteria for Obtaining Head CT before Lumbar Puncture^{8,16,20}

Altered mental status or deteriorating level of consciousness
Focal neurologic deficit
New-onset seizure
Papilledema
Immunocompromised state
Malignancy
History of focal CNS disease (stroke, focal infection, tumor)
Concern for mass CNS lesion
Age >60 y

BT nin normal olması herniasyon riskini ihmal edilebilir bir düzeye indirir

Yandaki risk faktörleri olan hastalara BT çekilmelidir

Menenjit tedavisi

Ampirik antibiyotik tedavisi geciktirilmemelidir

18-49 yaş grubunda :3. kuşak sefalosporin (seftriakson 2 gr IV püze)+ vancomisin 15 mg/kg

50 yaş ve üzeri immün düşkün hastalarda 2 gr ampisilin (L monositogenesi kapsamı için) ekleyin.

Nörocerrahi geçirmiş hastalarda 4.jenarasyon sefolosporin (sefepime)+vankomisin

Ek tedaviler

Pnomokok menenjit için steroid ekleyin (deksametazon)

Mortalite ve morbiditeyi azaltıyor

HSV şüphesi varsa asiklovir başlanmalı

Yakın monitorize edin

Hiperpreksiyi engelleyin

Nöbet geçirirse tedavi edin

Hipotonik sıvılardan kaçının

PNÖMONİ

A novel biochemical marker for community-acquired pneumonia: Ischemia-modified albumin



Mustafa Bolatkale^{a,*}, Mustafa Duger^b, Gözde Ülfer^c, Çağdaş Can^d, Ahmet Cagdas Acara^e, Türkan Yiğitbaşı^c, Ekrem Cengiz Seyhan^b, Mehtap Bulut^a

^a Medipol University Hospital, Department of Emergency Medicine, Istanbul, Turkey

^b Medipol University Hospital, Department of Pulmonology, Istanbul, Turkey

^c Medipol University Hospital, Department of Biochemistry, Istanbul, Turkey

^d Merkezfendi State Hospital, Department of Emergency Medicine Manisa, Turkey

^e Gazienir State Hospital, Department of Emergency Medicine, Izmir, Turkey

ARTICLE INFO

Article history:

Received 8 January 2017

Received in revised form 2 March 2017

Accepted 10 March 2017

Keywords:

Ischemia modified albumin

C-reactive protein

Community acquired pneumonia

ABSTRACT

Introduction: Community-acquired pneumonia (CAP) is a frequent cause of hospitalization and a leading cause of mortality worldwide. Early diagnosis and the initiation of appropriate antibiotic therapy are essential to reduce pneumonia-related morbidity and mortality. CRP is a well-established biomarker in many clinical settings, but has been traditionally considered not specific enough to be a useful guide in the diagnostic process of pneumonia. There is still a need for more specific and practical markers in CAP for diagnosis. The aim of this study was to investigate the diagnostic value of ischemia-modified albumin (IMA) levels in the diagnosis of CAP in the Emergency Department.

Methods: The study included 81 patients admitted with CAP and 81 control patients. Initial hour levels of IMA and CRP were measured. The IMA mean levels were compared between the study and control group. Correlation analyses were performed to investigate the association of serum IMA levels with CRP.

Results: Mean levels of IMA were 0.532 ± 0.117 IU/ml in the study group and 0.345 ± 0.082 IU/ml in the control group. IMA levels were significantly higher in the study group compared to the control group. The IMA level of 0.442 IU/ml had sensitivity of 75.3% and specificity of 91.3% and was positively correlated with CRP levels ($r = 0.506$; $p < 0.05$).

Toplum kökenli Pnömoni hastaneye yatışlarının önemli bir nedenidir ve mortalitesi yüksektir

Erken tanı ve antibiyotik tedavinin erken başlanması esastır

CRP iyi bilinen bir biyomarkerdir fakat geleneksel olarak yeterince spesifik olmadığı düşünülür

Toplum kökenli pnömoni için spesifik ve pratik bir markera ihtiyaç vardır

Kontrol ve hasta grubu (81-81)
Gruplar arası IMA ve CRP değerleri kıyaslanmış
IMA hasta grubunda belirgin şekilde anlamlı
yüksek
0442 IU/ml değeri için sens %75, spes %91
CRP ile korole

İYE

Klinik çoğu zaman nettir

Benzer olduğu tehlikeli tanılar azdır (akut
app?endometrit?) (güvenli)

Hasta genç ve non komorbid hastalarda evine
gönderildiğinde ölmez (güvenli)

İdrar tahlili kolay ve hızlıdır (zaman)

Spesifitesi yeterlidir, tanı kolaydır (zaman)



Risk factors for early return visits to the emergency department in patients with urinary tract infection☆

Sarah Jorgensen, Pharm. D. ^{a,b}, Mira Zurayk, Pharm. D. ^a, Samantha Yeung, MSc, Pharm. D. ^b, Jill Terry, Pharm. D. ^a, Maureen Dunn, MD ^c, Paul Nieberg, MD ^d, Annie Wong-Beringer, Pharm. D. ^{a,b,*}

^a Department of Pharmacy, Huntington Hospital, 100 W California Blvd, Pasadena, CA 91105, United States

^b University of Southern California, School of Pharmacy, 1985 Zonal Ave, Los Angeles, CA 90089, United States

^c Division of Emergency Medicine, Department of Medicine, Huntington Hospital, 100 W California Blvd, Pasadena, CA 91105, United States

^d Division of Infectious Diseases, Department of Medicine, Huntington Hospital, 100 W California Blvd, Pasadena, CA 91105, United States

ARTICLE INFO

Article history:

Received 5 April 2017

Received in revised form 15 June 2017

Accepted 21 June 2017

Keywords:

Urinary tract infection

Return visits

Emergency department

ABSTRACT

Background: Optimal management of urinary tract infections (UTIs) in the emergency department (ED) is challenging due to high patient turnover, decreased continuity of care, and treatment decisions made in the absence of microbiologic data. We sought to identify risk factors for return visits in ED patients treated for UTI.

Methods: A random sample of 350 adult ED patients with UTI by ICD 9/10 codes was selected for review. Relevant data was extracted from medical charts and compared between patients with and without ED return visits within 30 days (ERVs).

Results: We identified 51 patients (15%) with 59 ERVs, of whom 6% returned within 72 h. Nearly half of ERVs (47%) were UTI-related and 33% of ERV patients required hospitalization. ERVs were significantly more likely ($P < 0.05$) in patients with the following: age ≥ 65 years; pregnancy; skilled nursing facility residence; dementia; psychiatric disorder; obstructive uropathy; healthcare exposure; temperature ≥ 38 °C heart rate > 100 ; and bacteremia. *Escherichia coli* was the most common uropathogen (70%) and susceptibility rates to most oral antibiotics were below 80% in both groups except nitrofurantoin (99% susceptible).

Cephalexin was the most frequently prescribed antibiotic (51% vs. 44%; $P = 0.32$). Cephalexin bug-drug mismatches were more common in ERV patients (41% vs. 15%; $P = 0.02$). Culture follow-up occurred less frequently in ERV patients (75% vs. 100%; $P < 0.05$).

Conclusions: ERV in UTI patients may be minimized by using ED-source specific antibiogram data to guide empiric treatment decisions and by targeting at-risk patients for post-discharge follow-up.

© 2017 Elsevier Inc. All rights reserved.

Tesadüfi olarak 350 İYE hastası almışlar

Bunların 59 u(%15) acil servise ikinci kez başvurmuş

BU 59 kişinin %33 ü hospitalize edilmiş

Yaş>65,evde hemşire bakımı alanlar, demans-
psikiyatrik hastalar, obstriktif üropati, ateş>=38,
KH>100, BAKTERİYEMİSİ olanlar

Cephalexin en çok yazılan antibiyotikti

Bug-drug mismatch %44-%15 p:0.02

Kaynak spesifik antibiyogam data
kullanın

Riskli grupları bilin ve taburculuk
sonrası takip edin

AFET DURUMLARI

- KUŞ gribi-Domuz gribi
- KKK
- Afetlerde ortaya çıkan salgınlar
- Yeşil alanların ÜSYE hastaları
- HIV

Acil afetlerin ilk saat ve günlerinde ana rol oynayan branştır

Aynı zamanda çalışanlarda afete maruz kalabilirler.

PROFİLAKSİ

Yara bakımında profilaksi

Kuduz

Rutin antibiyotik profilaksisi uygulaması yok.

Tetanus

Memeli ısırığı, kirli yara, yc

Debritman ve irrigasyon

Adli bir sıkıntı hissettiğimizde

profilaksi başlıyoruz..

Tetanus konusunda IG+AŞI yapılması
gereken vakaların tamamında sadece aşı
yapılmakta

TABLE 156-3 Summary Guide to Tetanus Prophylaxis in Wound Management				
	Clean, Minor Wounds		All Other Wounds*	
History of Adsorbed Tetanus Toxoid (doses)	Tdap or Td [†] IM	TIG, 250 units IM	Tdap or Td [†]	TIG, 250 units IM
Unknown or less than three	Yes [‡]	No	Yes	Yes
Three or more [‡]	No [†]	No	Yes ^{**}	No

>6 saatlik yara, toprak, salya,feces, kir ile bulaş, puncture veya crash yaralanma, avulsiyon, Kurşun yarası, yanık ve soğuk ısırığı

Tdap: tetanus toxoid, düşük doz difteri ve asellüler pertussis içerir

Td: tetanus-difteri

TIG: tetanus IG

Yurt dışında

HIV

Malarya

Global travelers

Two, three, and four-drug regimens for HIV post-exposure prophylaxis in a North American sexual assault victim population



Thara Kumar, MD *, Kari Sampsel, MD, MSc, Ian G. Stiell, MD, MSc

Sexual Assault and Partner Abuse Care Program, The Ottawa Hospital, University of Ottawa, Ottawa, Ontario, Canada
Department of Emergency Medicine, University of Ottawa, Canada
Ottawa Hospital Research Institute, Canada

ARTICLE INFO

Article history:
Received 15 March 2017
Received in revised form 26 May 2017
Accepted 28 May 2017

ABSTRACT

Background/objectives: Due to perceived increased tolerability and compliance, and decreased cost, recent trends in practice are moving towards using fewer drugs for HIV post-exposure prophylaxis. However, there is limited literature to assess this in the North American sexual assault victim population.

Methods: This retrospective before-and-after cohort study compared patients seen at a sexual assault care facility before and after the introduction of two and three-drug post-exposure prophylaxis regimens. Our primary outcome was completion of the 28-day regimen. Secondary objectives included HIV seroconversion rates and patient reported side effects.

Results: Six-hundred-thirty charts from a 2-year period were reviewed, and 429 met inclusion criteria. There was no difference in completion rates of post-exposure prophylaxis between the two cohorts (50.5% vs. 51.6%). However, there were fewer reported side effects (72.2% vs. 17.6%) in the later cohort. We subsequently compared all patients in either cohort who received four-drug therapy ($N = 128$) versus those who received two or three-drug regimens ($N = 47$). The two or three-drug regimen group had a higher completion rate (66.0% vs. 42.2%; $p = 0.03$), and a lower rate of reported side effects (19.1% vs. 53.9%), specifically for nausea (12.8% vs. 36.7%), constipation (0% vs. 7.9%), diarrhea (2.1% vs. 21.1%), mood changes (0% vs. 10.9%), headache (2.1% vs. 16.4%), and fatigue (6.4% vs. 26.6%). There were no HIV seroconversions in either group.

Conclusion: Two and three-drug HIV post-exposure prophylaxis regimens are better tolerated by patients and associated with greater compliance than four-drug therapy, and could be considered in the sexual assault victim population.

© 2017 Elsevier Inc. All rights reserved.

«Seksüel saldırı kuzey amerikadaki en önemli halk sağlığı problemlerinden biridir»

Post exposure profilaksi HIV in önlenmesinde en önemli araçlardan biridir

Antiretroviral tedavilerin kombinasyonunun daha etkin olduğu fakat yan etkilerin arttırığı biliniyor

Ottawa hastanesinde «the sexual assault and partner abuse care program» (SABACP) adında bir program var ve tüm doğu ontario bölgesi buna bağlı

Acil uzmanı ve hemşirelerden oluşuyor

2015 yılında dörtlü protokol yerine üçlü ve ikili (tenofovir/Emtricitabine protokol uygulamaya başlamışlar-28 gün protokolü
Before and after kohort çalışması
400 vaka alınmış
Kontrolde hiçbir hasta HIV seropozitif gelmemiş
Yan etkiler belirgin farklı (%72,2 vs %17,6 $p < 0.0001$)

Çalışan güvenliği açısından ..

Acil çalışanları enfeksiyöz tehditler açısından yüksek risk altındadırlar

Acilin kaotik ortamı dikkatsizlik ve önlemlere üşenmeyi getirmektedir

Bazen, korunmanın imkansız olduğu durumlar olur

KKK korkumuz!!!

Sağlık görevlisi KKKA'dan öldü!

20.08.2014 - 13:14 | Son Güncelleme: 20.08.2014 - 21:48

Erzurum'da KKKA hastalığı nedeniyle son iki haftada iki kişi hayatını kaybetti



19. ACIL TIP KIŞ SEMPOZYUMU

ACIL SERVİSTE ENFEKSİYON RİSKİ VE KORUNMA YOLLARI

Doç. Dr. Neslihan Yücel
İÜ Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı



Enfeksiyondan korunma yöntemleri

- Aşılanma
- Proflaksi
- Standart enfeksiyondan korunma önlemleri
- İzolasyon

Kesin önerilen aşılama

Hepatit B

İnfluenza A

Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak

Suçiçeği

Boğmaca

Difteri

Tetanoz



KIRIM KONGO KANAMALI A TEŞİ

- Perkütan ya da vücut salgılarının mukozal membran temasıyla bulaşmaktadır
- Temel enfeksiyon kontrol önlemlerinin yanında
- hasta temas ve damlacık izolasyonuna
- Sağlık personeli eldiven, önlük, cerrahi maske ve gerektiğinde gözlük kullanmalıdır
- 10 gün Ribavarin proflaksisi önerilmektedir

Menenjit

Menenjit damlacık enfeksiyonu ile bulaşır ve maruziyet riski 500-800 kat artırır

Kemoproflaksi uygulanması N.meningitisin transmisyonunu %89 oranında azalttığı görülmüştür

N.meningitis ve H.influenza tanılı hastalar ile temas sonrası önerilmektedir

Pnomokokal menenjitte önerilmemektedir

Yakın temas: ev arkadaşlığı , vucut sıvılarına maruz kalma(öpme,mutfak eşyalarını kullanma vs)
ağızdan ağıza solunum yada yüz maskesi olmadan hastayı entübe etmek

Kontaktan sonraki 24 saat içinde başlanmalıdır

Olaydan iki hafta geçtikten sonra hastalanma riski düşüktür

Rifampin 10 mg/kg 2x1 dört gün, ciproflaxasin 500 mg tek doz, seftriakson 250 mg IM tek doz

HBV TEMASI

Herhangi bir kişinin kan veya vücut salgılarıyla perkütan, mukozal veya bütünlüğü bozulmuş deri teması olan kişiler

Daha önceden aşılanmamış, HBV enfeksiyonu yönünden negatif kişilere, HBsAg pozitif temas

Hepatit B immünglobülin (0.06 ml/kg) verilir ve hepatit B aşısı yapılır, daha sonra üç doza tamamlanır

Daha önce bir ya da iki doz aşılanmış ve anti-HBs <10 IU/L ise,

Kaynak bilinmiyorsa 1 doz HBIG ve yeniden aşı yapılır ve bir ay sonra titre bakılır

Kaynak HBsAg pozitifse, 1 doz HBİG yapılır ve aşı üçe tamamlanır

Daha önce aşılanmış ve anti-HBs antikoru 10 IU/ml üstünde ise proflaksiye gerek yoktur

İkinci basamak acil servislerin antibiyotik problemleri

Antibiyotik reçeteleri:

“doktor bi antibiyotik yazsak”

Eliniz reçete yazmaktan yorulur

Üç adet antibiyotik içip ilacı bırakanlar

Sevdiğimiz mümessil için piyasanın en pahalı antibiyotiğini yazmalar..

Antibiotics-First Versus Surgery for Appendicitis: A US Pilot Randomized Controlled Trial Allowing Outpatient Antibiotic Management



David A. Talan, MD¹; Darin J. Saltzman, MD, PhD; William R. Mower, MD, PhD; Anusha Krishnasadasan, PhD;
Cecilia M. Jude, MD; Ricky Amil, MD; Daniel A. DeUgarte, MD, MS; James X. Wu, MD; Kavitha Pathmarajah, MPH;
Ashkan Morim, MPH; Gregory J. Moran, MD; for the Olive View-UCLA Appendicitis Study Group

*Corresponding Author. E-mail: dtalan@ucla.edu.

Study objective: Randomized trials suggest that nonoperative treatment of uncomplicated appendicitis with antibiotics-first is safe. No trial has evaluated outpatient treatment and no US randomized trial has been conducted, to our knowledge. This pilot study assessed feasibility of a multicenter US study comparing antibiotics-first, including outpatient management, with appendectomy.

Methods: Patients aged 5 years or older with uncomplicated appendicitis at 1 US hospital were randomized to appendectomy or intravenous ceftriaxone greater than or equal to 48 hours and oral cefdinir and metronidazole. Stable antibiotics-first-treated participants older than 13 years could be discharged after greater than or equal to 6-hour emergency department (ED) observation with next-day follow-up. Outcomes included 1-month major complication rate (primary) and hospital duration, pain, disability, quality of life, and hospital charges, and antibiotics-first appendectomy rate.

Results: Of 48 eligible patients, 30 (62.5%) consented, of whom 16 (53.3%) were randomized to antibiotics-first and 14 (46.7%) to appendectomy. Median age was 33 years (range 9 to 73 years), median WBC count was 15,000/ μ L (range 6,200 to 23,100/ μ L), and median computed tomography appendiceal diameter was 10 mm (range 7 to 18 mm). Of 15 antibiotic-treated adults, 14 (93.3%) were discharged from the ED and all had symptom resolution. At 1 month, major complications occurred in 2 appendectomy participants (14.3%; 95% confidence interval [CI] 1.8% to 42.8%) and 1 antibiotics-first participant (6.3%; 95% CI 0.2% to 30.2%). Antibiotics-first participants had less total hospital time than appendectomy participants, 16.2 versus 42.1 hours, respectively. Antibiotics-first-treated participants had less pain and disability. During median 12-month follow-up, 2 of 15 antibiotics-first-treated participants (13.3%; 95% CI 3.7% to 37.9%) developed appendicitis and 1 was treated successfully with antibiotics; 1 had appendectomy. No more major complications occurred in either group.

Conclusion: A multicenter US trial comparing antibiotics-first to appendectomy, including outpatient management, is feasible to evaluate efficacy and safety. [Ann Emerg Med. 2017;70:1-11.]

Please see page 2 for the Editor's Capsule Summary of this article.

Readers: click on the link to go directly to a survey in which you can provide [feedback](#) to Annals on this particular article.

Çalışmaya 30 hasta alınmış

14 kişi apendektomi, 16 kişi antibiyotik -first

2,3,5, gün, 2 .hafta , 1.ay takip

- Diffuz abd.hassasiyet
- Ciddi sepsis
- Ağrısı geçmeyenler
- Ateş >38.5
- Wbc<4000 yada >15000
- olanlar cerrahiye verilmiş

Table 1. Baseline characteristics of 30 participants with the diagnosis of acute uncomplicated appendicitis by treatment group.

Characteristic	Appendectomy, n = 14	Antibiotics-First, n = 16
Age, median (IQR; range), y	36 (33–46; 24–65)	31 (25–40; 9–73)
Male sex, No. (%)	9 (64.3)	9 (56.3)
Race, No. (%)		
White	12 (85.7)	13 (81.3)
Other	2 (14.3)	3 (18.8)
Hispanic ethnicity, No. (%)	12 (85.7)	14 (87.5)
Diabetes, No. (%)	0	1 (6.3)
Body mass index, median (IQR; range), kg/m ²	28.0 (24.6–29.8; 21.0–31.8)	27.3 (25.1–33.0; 22.3–43.3)
Previous abdominal/pelvic surgery, No. (%)	3 (21.4)	3 (18.8)
Symptoms		
Subjective fever, No. (%)	4 (28.6)	2 (12.5)
Nausea, No. (%)	13 (92.9)	12 (75.0)
Right lower quadrant pain, No. (%)	13 (92.9)	14 (87.5)
Duration of pain, median (IQR; range), days	1.0 (0.5–3.0; 0.5–5.0)	1.0 (1.0–2.5; 0.5–5.0)
Maximal pain before 24 h, median (IQR; range)*	10 (8–10; 5–10)	8 (8–10; 4–10)
Signs		
Localized rebound tenderness, No. (%)	10 (71.4)	8 (50.0)
Localized guarding, No. (%)	6 (42.9)	6 (37.5)
Triage temperature, median (IQR; range), °C	36.9 (36.6–36.7; 36.5–38.1)	36.8 (36.7–37.2; 36.4–37.3)
CT findings[†]		
Appendicolith, No. (%) [‡]	3 (21.4)	2 (13.3)
Appendiceal diameter, median (IQR; range), mm	9 (9–12; 7–8)	10 (9–12; 7–14)
Periappendiceal stranding, No. (%)	14 (100.0)	13 (86.7)
Periappendiceal fluid, No. (%)	3 (21.4)	2 (13.3)
Laboratory results		
WBC count, median (IQR; range), ×10 ³ /μL	15.3 (11.0–18.4; 8.1–23.1)	14.2 (11.3–17.0; 6.2–19.2)
Lactate, median (IQR; range), mmol/L [§]	1.0 (0.9–1.4; 0.6–1.6)	1.1 (0.9–1.5; 0.7–2.3)
CRP, median (IQR; range), mg/L [§]	64.8 (42.6–101.6; 8.2–256.4)	25.9 (10.8–64.8; 3.8–202.6)
Alvarado score, median (IQR; range)	8 (7–9; 4–10)	8 (7–9; 4–10)
Appendix pathology findings, No. (%)		
Normal	1 (7.1)	
Acute uncomplicated	9 (64.3)	NA
Suppurative or gangrenous	4 (28.6)	
Quality-of-life measures		
SF-12v2 Physical Component Score, median (IQR; range) [¶]	52.0 (47.4–57.0; 25.4–61.4)	55.9 (54.4–57.1; 41.7–64.1)
SF-12v2 Mental Component Score, median (IQR; range) [¶]	57.0 (41.9–61.2; 31.6–68.4)	49.4 (38.8–61.1; 35.5–62.1)

Table 3. Pain, analgesic use, activity, and quality-of-life outcomes of 30 participants with the diagnosis of acute uncomplicated appendicitis by treatment group.

Characteristic	Appendectomy, n = 14	Antibiotics-First, n = 16
Number of participants pain free, No. (%)		
At day 2*	0	5 (31.3)
Days 3-5	1 (7.1)	10 (62.5)
2 wk	2 (14.3)	12 (75.0)
1 mo	9 (64.3)	14 (87.5)
Total days receiving analgesics, median (IQR; range)		
Through day 2	1.0 (0.0-1.0; 0.0-1.0)	0.5 (0.0-1.0; 0.0-1.0)
Days 3-5	2.0 (1.0-2.0; 0.0-3.0)	1.0 (0.0-1.0; 0.0-3.0)
2 wk	4.0 (2.0-6.0; 1.0-10.0)	1.0 (0.0-1.0; 0.0-12)
1 mo	4.5 (3.0-8.0; 1.0-24.0)	1.0 (0.0-1.5; 0.0-12)
Unable to perform normal activities, No. (%)		
At day 2	14/14 (100.0)	10/16 (62.5)
Day 2 to 3-5	12/14 (85.7)	7/16 (43.8)
Days 3-5 to 2 wk	6/14 (42.9)	1/15 (6.7)
2 wk-1 mo	2/13 (15.4)	0/15
Quality-of-life measures		
SF-12v2 Physical Component score, median (IQR; range) [†]		
2 wk	44 (36-51; 31-56)	54 (52-58; 38-63)
1 mo	47 (40-53; 32-55)	56 (47-57; 33-62)
SF-12v2 Mental Component score, median (IQR; range) [†]		
2 wk	58 (48-61; 17-68)	55 (53-59; 38-61)
1 mo	56 (43-58; 37-68)	55 (49-57; 36-63)

*Follow-up visits occurred at day 2, days 3 to 5, 2 weeks (days 10 to 18), and 1 month (days 25 to 35) after enrollment (day 1).

[†]SF-12v2 Health Survey Acute version²⁴ (1-week recall) was used for adult (14 appendectomy and 15 antibiotic-first) participants at 2 weeks and the 4-week recall version at 1 month.

Bunları kaçırma!!!

Septik artrit

Spontan bakteriyel peritonit

Kırım Kongo kanamalı ateşi

Sss enfeksiyonu

Tbc

Brusella