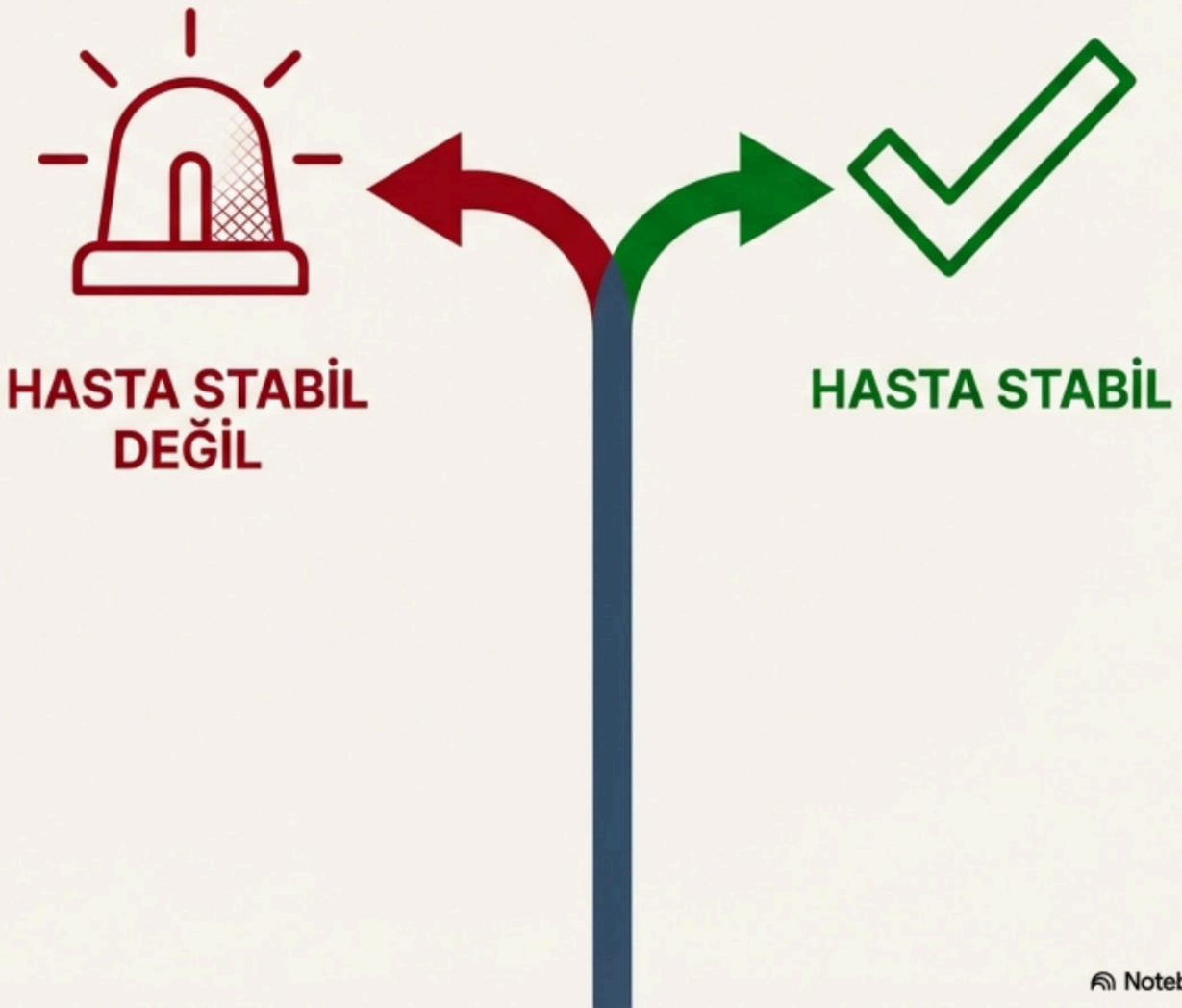
Başlık*: Göğüs Ağrısına Kardiyolog Gözüyle Yaklaşım

Alt Başlık*: Perspektif ve Önceliklendirme: Acil Serviste "Öldürücü Altılı" Avı

NotebookLM

Başlık: Temel Görev: Tanı Koymak Değil, Triaj Yapmak

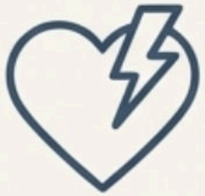
- Acil servis başvurularının %5-10'u göğüs ağrısıdır, ancak hayatı tehdit eden durumlar bu oranın küçük bir kısmını oluşturur.
- İlk hedefiniz spesifik bir tanı koymak değil, tek bir kritik soruyu yanıtlamaktır:
  - **HASTA STABİL Mİ, DEĞİL Mİ? ("Sick or Not Sick?")**
- Kardiyolog yaklaşımı, "MI var mı?" sorusundan çok daha geniştir. Asıl amaç, en ölümcül olasılıkları sistematik olarak dışlamaktır.



NotebookLM

Başlık: Av Başlıyor: "Öldürücü Altılı" (The Deadly Six)

Metin: Önceliğimiz bu altı tanıyı ekarte etmektir. Her göğüs ağrısı, aksi ispat edilene kadar bu olasılıklardan birini barındırabilir.



1. Akut Koroner Sendrom (AKS)
Inter Regular



2. Aort Diseksiyonu
Inter Regular



3. Pulmoner Emboli (PE)
Inter Regular



4. Tansiyon Pnömotoraks
Inter Regular



5. Kardiyak Tamponad
Inter Regular



6. Özofagus Rüptürü (Boerhaave)

NotebookLM

Başlık: İlk 10 Dakika: Hayat Kurtaran Hamleler (ESC 2023 &AHA 2021)



A. 12 Derivasyonlu EKG (Pivot Noktası)

- **Kural**: Kapıdan girişi takiben ilk 10 dakika içinde çekilmeli ve deneyimli bir hekim tarafından yorumlanmalıdır.
- 💡 **İnci**: EKG sadece STEMİ için değildir; diğer "Öldürücü Altılı" üyelerinin de ipuçlarını barındırır.

B. Odaklanmış Anamnez (PQRST Yaklaşımı)

- **P**osition/Provocation: Nerede? Eforla artıyor mu? (Plöritik ağrı PE/perikardit)
- **Q**uality: Baskı, yanma, yırtılma?
- **R**adiation: Sırta yayılım? (Diseksiyon için kırmızı bayrak!)
- **S**everity: 1-10?
- **T**iming: Ani başlangıç mı? (Thunderclap)

NotebookLM

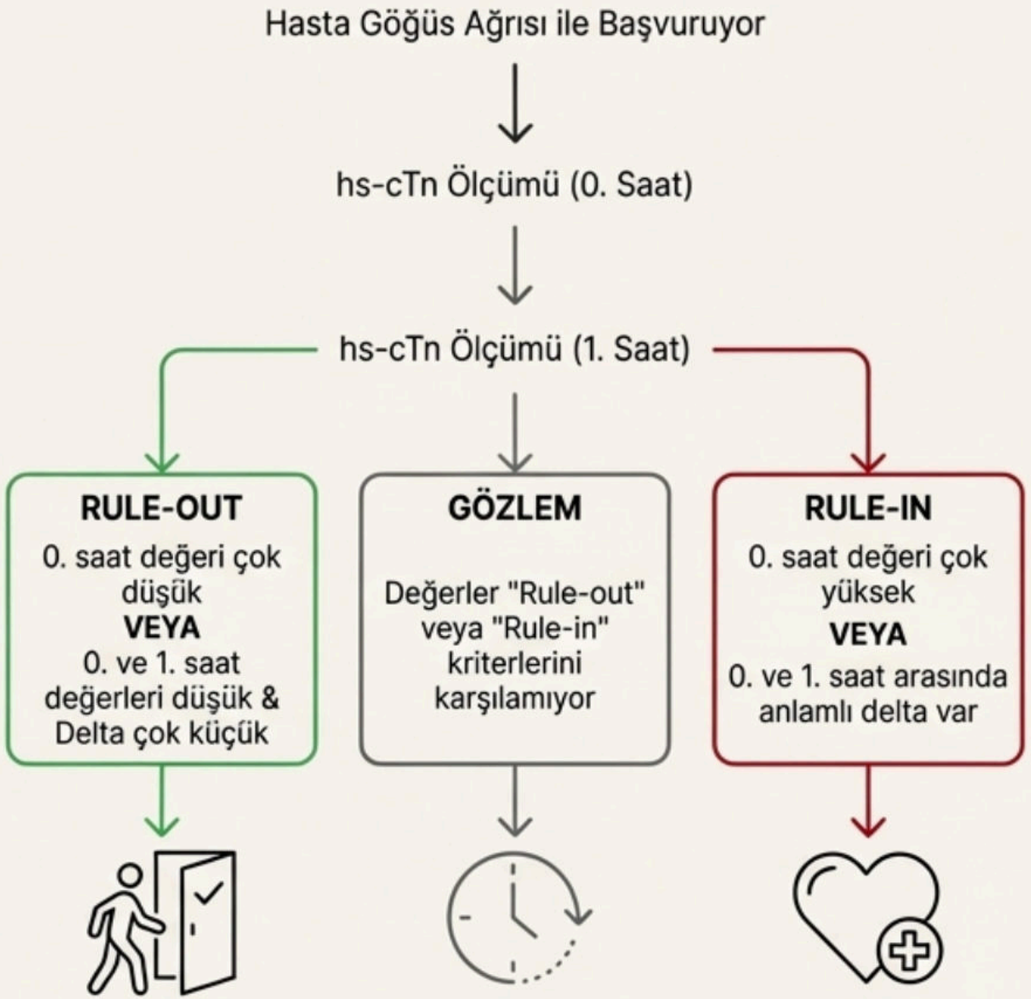
Başlık: AKS: 2023 ESC Kılavuzu ile Değişen Ne?

- Eski ayrım (STEMI / NSTEMI / UA) artık tek bir çatı altında birleşti: Akut Koroner Sendrom.
- Tanısal süreç, Yüksek Duyarlılıklı Troponin (hs-cTn) ve EKG bulgularına dayanır.
- Anahtar strateji: **Hızlı "Rule-in"** (tanı koyma) ve "Rule-out" (dışlama).

Yüksek Duyarlılıklı Troponin Algoritması (ESC 0/1-saat veya 0/2-saat):

💡 **Altın Kural:** Tek bir değerden ziyade, değerdeki değişim (delta) önemlidir.

⚠️ **Tuzak (Kronik Miyokard Hasarı):** Stabil yüksek troponin değerleri (delta yok) akut MI değildir. Genellikle KBY, yapısal kalp hastalığı veya yaşlılığa işaret eder ama yüksek mortalite riskini gösterir.

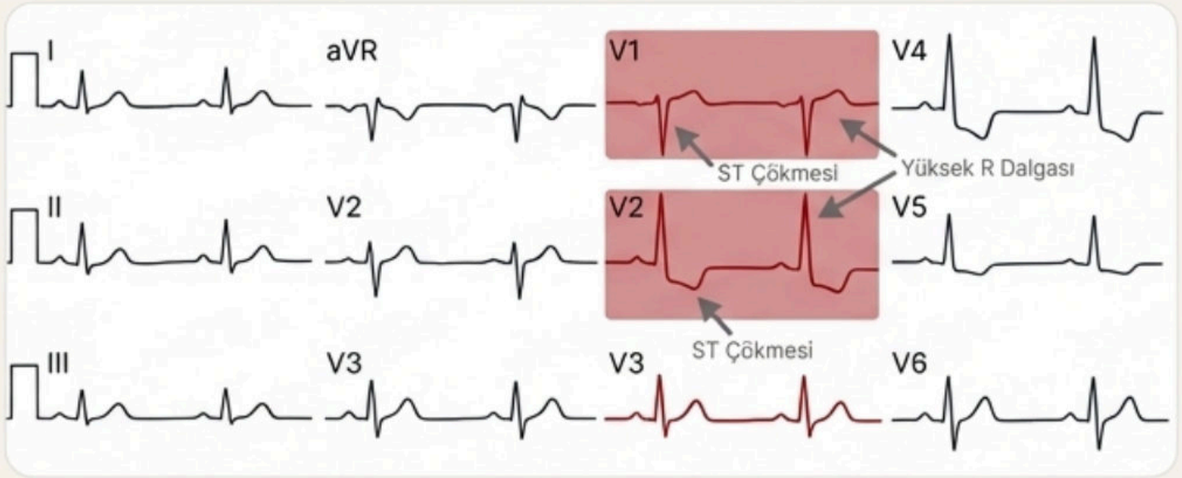


NotebookLM

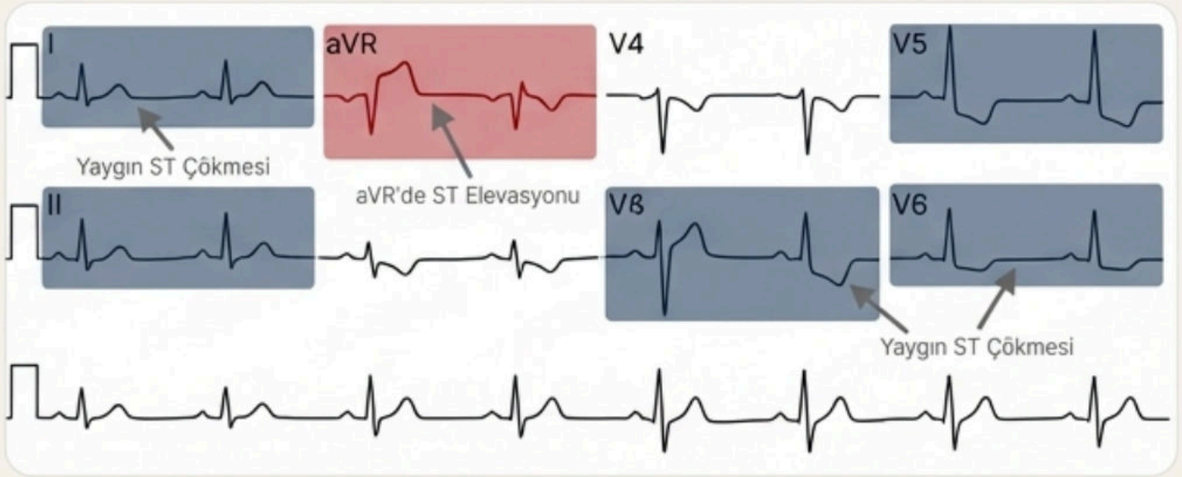
Başlık: EKG’de Saklanan Katiller: Gizli STEMI’ler

Standart ST elevasyonunu herkes tanır. Gerçek ustalık, bu eşdeğerleri fark etmekte yatar:

1. **Posterior MI:** V1-V3'te ST çökmesi + yüksek R dalgası.
    - Müdahale: Hemen arka derivasyonları (V7-V9) çek. (0.5 mm elevasyon yeterli!)



2. **Sol Ana Koroner (LMCA) / Çoklu Damar Hastalığı:** aVR'de ST elevasyonu + yaygın (6+ derivasyon) ST çökmesi.
⚠️ **Tuzak:** "Non-spesifik iskemi" olarak etiketlemeyin. Bu hasta şok riski altındadır.



NotebookLM

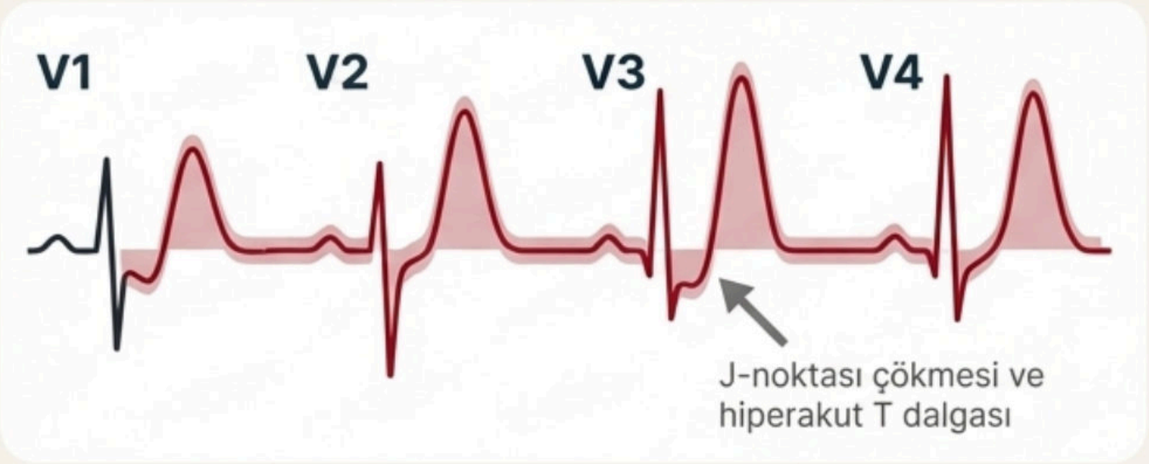
Başlık: Gizli STEMI'ler (Devam): De Winter ve Wellens

Metin: Bu iki patern, anjiyo ekibini hemen aramanız gerektiğini söyler:

3. De Winter T Dalgaları

V1-V4'te J noktasında çökme ve hemen ardından gelen hiperakut, simetrik T dalgaları.

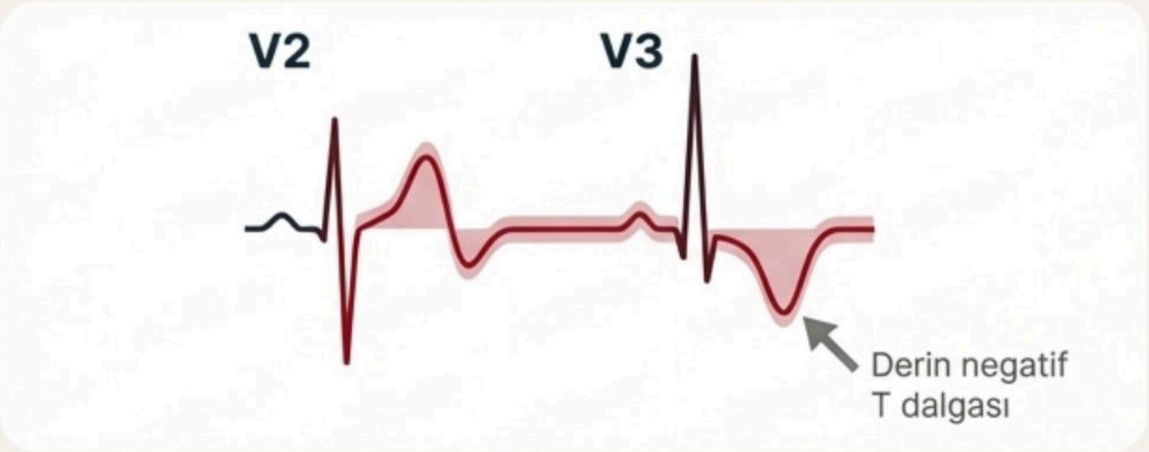
→ **Anlamı:** LAD proksimal tıkanıklığı eşdeğeridir.



4. Wellens Sendromu

Ağrısız dönemde V2-V3'te bifazik veya derin negatif T dalgaları.

→ **Anlamı:** Kritik LAD darlığı işaretidir.
Bu hasta efor testine GİREMEZ!



NotebookLM

Başlık: Öldürücü #2: Aort Diseksiyonu – "Büyük Bukalemun"



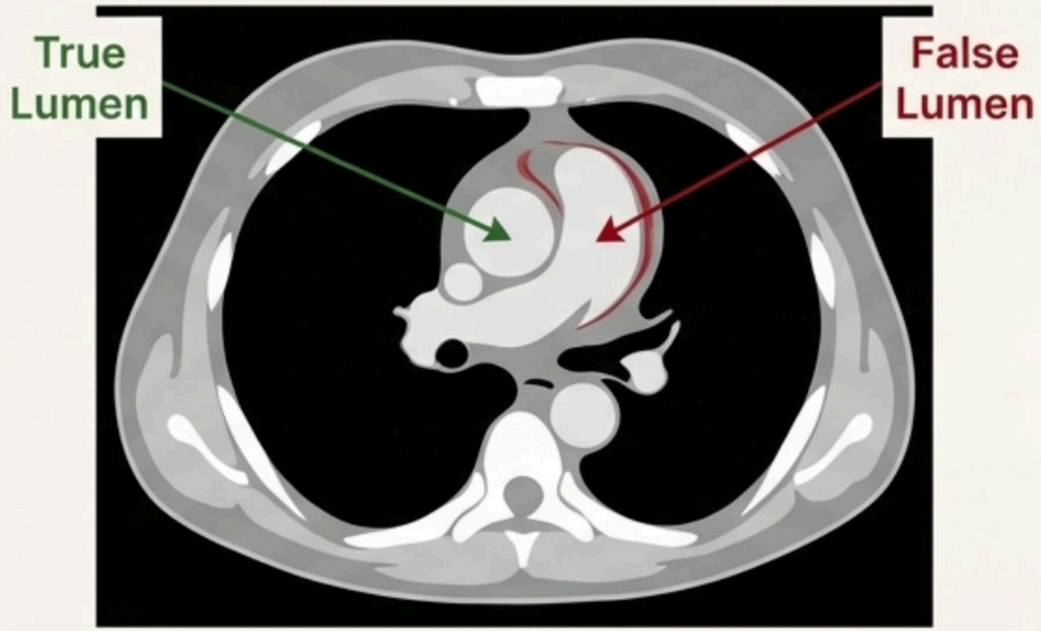
Metin: Atlanma oranı en yüksek acillerden biridir (%30-40). MI'dan ayıran ipuçları anamnezde gizlidir:

- **Ağrı Karakteri:** "Yırtılır tarzda" (Tearing/Ripping) ve aniden *maksimum şiddetle* başlar. (MI ağrısı genellikle kreşendo yapar).
- **Gezici Ağrı:** Göğüsten sırta, sonra karına doğru "yürümesi" tipiktir.
- **Fizik Muayene İncisi:** İki kol arasında >20 mmHg **sistolik kan basıncı farkı**. (Her göğüs ağrısı hastasında bakılmalı!)

NotebookLM

Başlık: Aort Diseksiyonu: Hayati Tuzaklar ve İpuçları

Trombolitik VERME!



⚠️ **En Ölümcül Tuzak: Göğüs Ağrısı + Nörolojik Defisit (İnme)**

- Aksi ispat edilene kadar Aort Diseksiyonudur (karotis arter tutulumu).
- Bu hastaya yanlışlıkla **trombolitik verirseniz öldürücü olur!**

💡 **D-Dimer'in Rolü:** Negatif D-Dimer diseksiyonu dışlamada çok güçlüdür (Sensitivite ~%98). Ancak pozitifliği non-spesifiktir.

⚠️ **Akciğer Grafisine Güvenmeyin:** Geniş mediastinum klasiktir, ancak hastaların %15-20'sinde grafi tamamen normal olabilir. Yüksek şüphe varsa, tanısal test **Kontrastlı Toraks BT (Aort Protokolü)**'dir.

NotebookLM

Başlık: Öldürücü #3: Pulmoner Emboli – "Büyük Taklitçi"

Metin: Genellikle nefes darlığı ile gelse de, izole göğüs ağrısı da sık bir prezantasyondur. Tanısal süreçte sezgi değil, skorlama kullanılmalıdır.



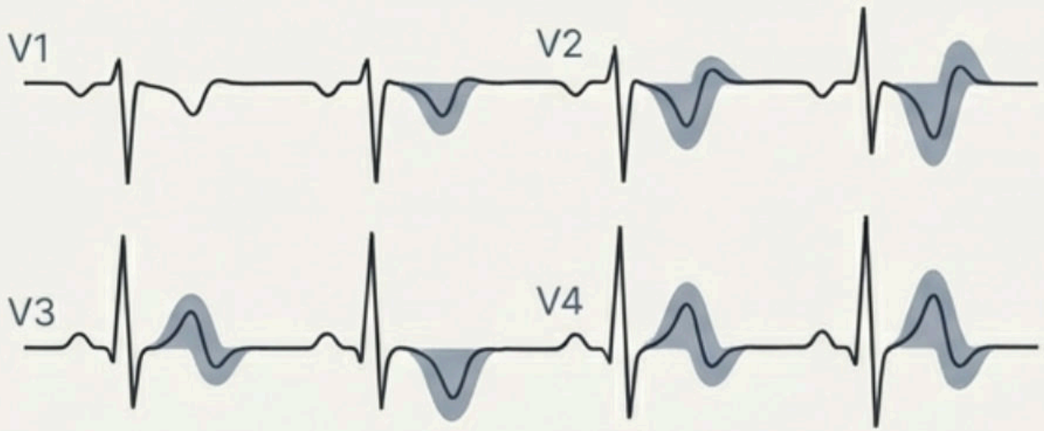
NotebookLM

Başlık: Pulmoner Emboli: EKG ve EKO İncileri

EKG Bulguları

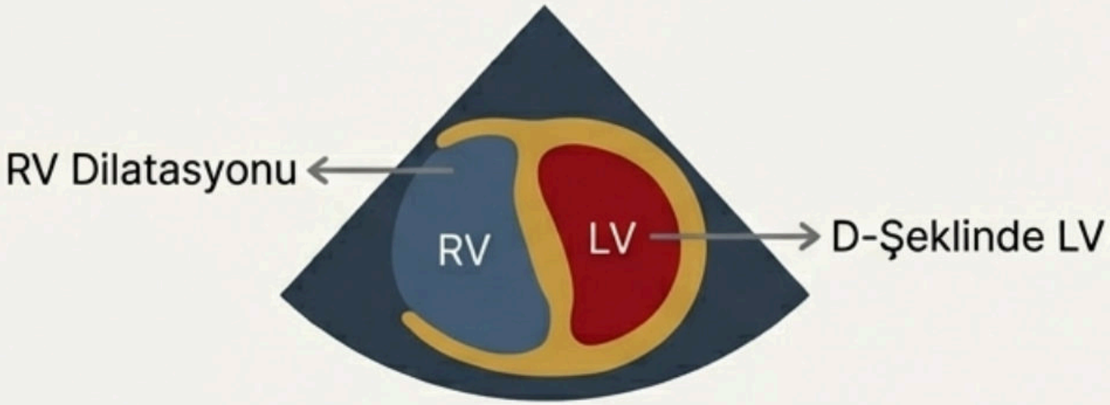
⚠️ **Tuzak:** Klasik S1Q3T3 bulgusu hastaların sadece %20'sinde görülür.

💡 **Daha Sık Görülenler: Sinüs Taşikardisi** (en sık) veya V1-V4 arası T negatifliği (Sağ ventrikül yüklenme bulgusu).



Yatak Başı EKO (POCUS) Gücü

- **Senaryo:** Hipotansif, anstabil PE şüpheli hasta BT'ye gidemiyor.
- **Hayat Kurtaran Bulgular:**
  - Sağ ventrikülün sol ventrikülden büyük olması (RV/LV oranı > 1)
  - Septumun sola deviasyonu (D-şeklinde sol ventrikül)



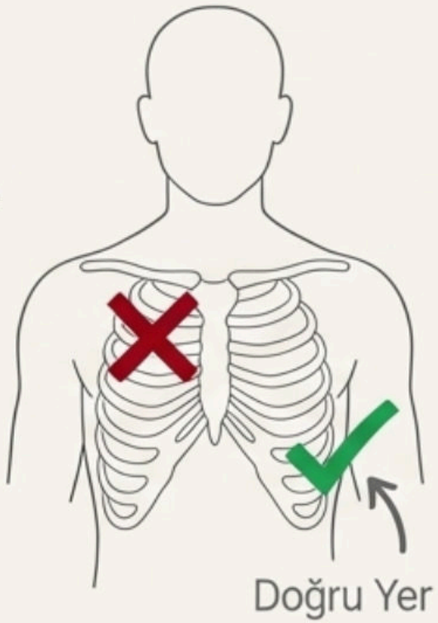
NotebookLM

Başlık: Hızlı Av: Pnömotoraks, Tamponad, Özofagus Rüptürü

1. Tansiyon Pnömotoraks

- **Bulgular:** Tek taraflı solunum sesi yokluğu + Trakeal deviasyon + Hipotansiyon.

Kılavuz Güncellemesi (ATLS 10. Baskı): İğne dekompresyonu için yeni önerilen yer 2. interkostal aralık değil, **4. veya 5. interkostal aralık, ön aksiller hattır.**



2. Kardiyak Tamponad

- **Klasik Bulgular:** Beck Triadı (Hipotansiyon, JVD, Kalp seslerinin derinden gelmesi).

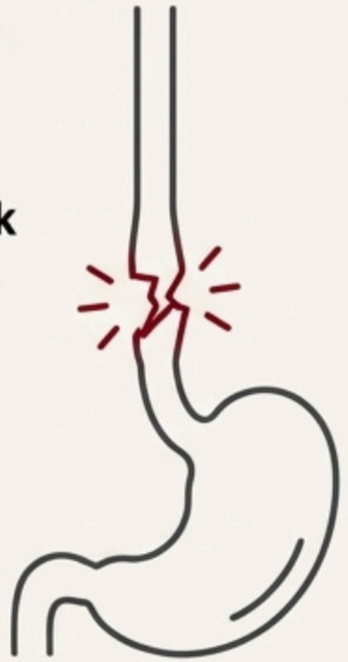
Patognomonik EKG Bulgusu: Elektriksel Alternans (QRS amplitüdünün bir büyük bir küçük olması).



3. Özofagus Rüptürü (Boerhaave)

- **Hikaye:** Şiddetli kusma sonrası başlayan "yırtıcı" retrosternal ağrı.

Nadir Ama Klasik Bulgu: Hamman Bulgusu (Kalp atımlarıyla senkronize çıtırtı sesi - krepitasyon).



NotebookLM

Başlık: Av Bitti: Düşük Riskli Hastayı Güvenle Taburcu Etmek

- "Öldürücü Altılı" dışlandıktan sonra, majör kardiyak olay (MACE) riski düşük olan hastayı nasıl belirleriz?
- **HEART Skoru:** Acil servisler için en iyi valide edilmiş skorlama sistemidir.

	Criteria	Puan 0	Puan 1	Puan 2
H	**History**	Hafif şüpheli	Orta derecede şüpheli	Yüksek derecede şüpheli
E	**ECG**	Normal	Non-spesifik repolarizasyon bozukluğu	Anlamlı ST çökmesi
A	**Age**	<45	45-64	≥65
R	**Risk Factors**	Risk faktörü yok	1-2 risk faktörü	≥3 risk faktörü veya ateroskleroz
T	**Troponin**	Normal	Normalin 1-3 katı	> Normalin 3 katı

Skor 0-3: MACE riski <%2. Poliklinik kontrolü önerisiyle güvenle taburcu edilebilir.

NotebookLM

Başlık: **Dili Doğru Kullanmak: "Atipik Ağrı" Terimini Neden Terk Etmeliyiz?**

* AHA 2021 Kılavuz Vurgusu: "Atipik Göğüs Ağrısı" terimi artık **önerilmemektedir**.
* Neden?: "Atipik" kelimesi, "kardiyak değil" şeklinde yanlış bir algı yaratarak güvenliği azaltabilir.

~~Atipik Ağrı~~ →

Yeni Sınıflandırma

- ✓ * Kardiyak Ağrı
- ✓ * Olası Kardiyak Ağrı
- ✓ * Kardiyak Dışı Ağrı

NotebookLM

Başlık: Kardiyoloğun Çantasındaki Notlar: Unutulmaması Gerekenler

💡 **Mide Ağrısına Güvenmeyin**: İnferior MI, epigastrik ağrıyı birebir taklit eder. Her zaman EKG çekin.

💡 **Kadınlar & Yaşlılar**: Göğüs ağrısı olmayabilir. Halsizlik, nefes darlığı, senkop "Anjinal Eşdeğerler"dir.

⚠️ **İlaç Yanıtı Tanı Koydurmaz**: Dilaltı ile geçen ağrı özofagus spazmı da olabilir. Antiasitle geçen ağrı MI'ı ekarte ettirmez.

💡 **EKO'nun Gücü**: Şoktaki hastada tanı yoksa, probu göğsüne koyun. Saniyeler içinde PE, Tamponad veya MI hakkında hayat kurtaran bilgiler edinebilirsiniz.

⚠️ **Troponini Beklemeyin**: EKG'de bariz STEMİ varsa, zaman kas demektir. Hasta doğrudan kateter laboratuvarına gitmelidir.

NotebookLM