

SICAK ACİLLERİ

Dr. Hüseyin Aygün
Dr. Mehtap Bulut

1 SICAK ÖDEMİ

Risk Grubu Tropikal bölgelerde iklim etkilerine maruz kalmış sıcağa uyum sağlayamamış yaşlı bireyler

Klinik Sıklıkla uzun süreli ayakta kalan veya oturan kişilerde ayak ve ayak bileklerinde hafif şişme görülür.

Tedavi Özel bir tedavisi yoktur. Bacakların yükseltilmesi, destekleyici çorap kullanımı yararlıdır. Diüretikler kullanılmamalıdır.

2 SICAK KRAMPLARI

Risk Grubu Sıcak ortamda çalışanlar ve atletler

Klinik İskelet kaslarının genellikle de baldır kasları, nadiren uyluk ve omuz kaslarında ağrılı, istemsiz ve spazmodik kasılmalar görülebilir.

Tedavi Serin ortamda istirahat ve sıvı-tuz replasmanıdır (ağızdan veya damar yolu ile).

3 SICAK TETANİSİ

Klinik Ekstremitelerde ve ağız çevresinde parestezi ve karpopedal spazm vardır.

Tedavi Hastanın sıcak ortamdan uzaklaştırılması ve solunum sayısının azaltılması şeklindedir. Hiperventilasyon, soğutma ve rehidrasyon ile tedavi edildiğinde tetani geriler.

4 SICAK SENKOBU

Risk Grubu Sıcak ortama maruz kalan özellikle yaşlı kişiler. Nedeni; periferik vazodilatasyon, göreceli volüm deplesyonu ve azalmış vazomotor tonusdur.

Tedavi Hastanın sıcak ortamdan uzaklaştırılması, istirahat, ağızdan veya damar yolu ile sıvı verilmesi şeklindedir.

5 SICAK BİTKİNLİĞİ

Önemli derecede sıvı kaybının eşlik ettiği sıcağa bağlı acil durumlardır. Tedavi edilmezse sıcak çarpmasına ilerleyebilir.

Klinik Halsizlik, yorgunluk, baş dönmesi, bulantı, kusma, frontal baş ağrısı ve kas ağrıları görülebilir. Klinik bulgu olarak dehidratasyon bulguları, taşikardi, taşipne ve senkop görülebilir. Vücut ısısı sıklıkla normal veya hafif yükselmiştir, aşırı terleme görülebilir. Sıcak yorgunluğunda bilinç durumu

normaldir. Ciddi olgularda tam kan sayımı, elektrolitler, transaminazlar, BUN, idrar dansitesi yardımcı olabilir.

Tedavi İstirahat, sıvı ve elektrolit tedavisidir. Hafif olgulara ağızdan elektrolit tedavisi uygulanabilir. Ciddi olgularda 1-2 L salin solüsyonunun hızlı infüzyonu gerekebilir. Yaşlı, kardiak veya ciddi hastalığı olan, daha dikkatli sıvı-elektrolit tedavisi gerektiren hastalar hastaneye yatırılır.

6 SICAK ÇARPMASI

SSS disfonksiyonunun eşlik ettiği vücut iç ısısının > 40^0C olması durumudur.

Risk Faktörleri Yaş (infant ve yaşlılarda risk artmıştır), meslek, sıcak- nemli çevre, alkol kullanımı, ilaç yan etkisi, obezite, psikolojik faktörler, sosyoekonomik faktörler.

Klinik Yüksek ateş dışında, taşikardi, taşipne, genişlemiş nabız basıncı ve hipotansiyon görülür. Periferik vazodilatasyon, kardiyak disfonksiyon ve hipovolemi nedeniyle hipotansiyon sık görülür. Fizik muayene bulguları; flushing, non-kardiyojenik akciğer ödemine bağlı raller, kanama ve nörolojik disfonksiyon (bilinçde bozulma, irritabilite, ajitasyon, ataksi, deliryum, nöbetler ve koma). Ataksi, erken bir nörolojik bulgu olabilir. Cilt nemli veya kuru olabilir. Kaslarda hassasiyet ve kramplar sıktır. Sıklıkla eşlik eden komplikasyonlar ise ARDS, DİK, ABY, karaciğer hasarı, hipoglisemi, rabdomiyoliz.

Tanı Rektal termometre ile ateş takipleri yapılmalıdır. Akciğer grafisi, EKG (sinüs taşikardisi, nonspesifik ve iskemik ST-T dalga anormallikleri), tam kan sayımı (BK 30.000-40.000/mm^3'e kadar yükselebilir, trombositopeni), glukoz, serum elektrolitleri, BUN, kreatinin, AST, ALT (genellikle yüksektir) elde edilmelidir. Arteriyel/venöz kan gazı incelemesinde metabolik asidoz ve solunumsal alkaloz en sıktır. Koagülasyon testlerinde DİK bulguları saptanabilir. Bilinç durumu değişmiş hastalarda santral sinir sistemi kaynaklı diğer nedenleri dışlamak için Beyin Tomografisi (BT) gerekebilir.

Tedavi **Hastane Öncesi Tedavi:** Hasta derhal sıcak ortamdan uzaklaştırılır ve mümkünse uygun olan yöntemlerle (soğuk suya daldırma, soğuk havlu uygulama, yüksek akımlı soğuk suya tutma) hasta soğutulur.

Acil Serviste Tedavi: Asıl tedavi vücut iç ısısının 40^0C'nin altına hızlı bir şekilde düşürülmesidir. Buharlaştırma yoluyla soğutma en sık kullanılan metod olup buz/soğuk su içine batırma, aksilla ve kasık bölgelerine buz paketleri yerleştirme denenebilir. Rektal yol ile ölçülen vücut ısısı 38.3-39 °C olduğunda hipotermi gelişmemesi için soğutma çalışmaları sonlandırılmalıdır. Antipiretik kullanımı sakıncalıdır. İlk değerlendirmede izotonik sıvı 250ml/saat hızında başlanır sonrasında hastanın yeterli idrar çıkışı sağlanacak hızda devam edilir. Ajitasyon, nöbet ve titremelerin kontrol altına alınmasında kısa etkili benzodiazepinler (midazolam 0.1-0.2 mg/kg IV) kullanılır. Nöbetlerin önlenmesinde en etkili yol hastanın hızlıca soğutulmasıdır. Tüm hastalar hastaneye yatırılarak en az 48 saat kadar olası komplikasyonlar açısından yakın takip edilir.

Kaynaklar

1. LoVecchio F. Heat emergencies. In: Tintinalli JE, ed. Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide. 8th edition. New York: McGraw Hill;2016:1365-1371
2. Platt M, Vicario S. Heat Illness. In: Marx JA, Hockberger RS, Walls RM, eds. Rosen's emergency medicine. Concepts and clinical practice. 7th ed. Mosby. 2010:1882-1892
3. O'Connor FG, Casa DJ. Exertional heat illness in adolescents and adults: Management and prevention. This topic last updated: Feb 06, 2019. www.uptodate.com