

Anestezi Nereden Nereye

TUR Sonrası Acil Operasyon

Malign Hipertermi

Ekstübasyon Süreci ve Sonrasında Gelişebilecek Komplikasyonlar

Anestezi Teknikerlerinin Görev Ve Yetkileri

Mesleki yazı

Pediyatrik vakalarda endotrakeal entübasyon....

Anne ile Çocuk

Konya Sempozyumu



Merhabalar

İkinci sayımız çıktı. Büyük bir başarı değil ama yol alıyoruz.

ATTD yavaş yavaş emeklemekten küçük adımlarla koltuklar arasında minik koşular yapmaya başladı. Bebeğimiz büyüyor, ama maalesef hala ellerinden tutmak, düşmemesi ve yürümekten vazgeçmemesi için hala destek olmak gerekiyor.

Birkaç yarışma duyurumuz oldu, henüz son gönderme tarihine zaman var (Yaratıcı fikirler- Haziran 15, 2012) fikirlerinizi projeleşmiş olarak bekliyoruz. Gerçekten ödüller çok iyi. ‘Benim fikrim beğenilmez’, ‘ Bu çok basit, kesin biri düşünmüştür’ demeyin, unutmayın ayakkabı bağını yapan adam ne kadar ufak birşey keşfetti ama kim bilir ne kadar kazanmıştır.

‘Emekçi anestezi teknisyeni’ konulu fotoğraf yarışması son katılım tarihini uzattık. Güzel fotoğraflarınızı Nisan 15, 2012’ye dek yollayabilirsiniz. Bu yarışmanın ödülleri de çok şaşırtıcı..

Ülke içinde üye sayımız artarken derneğimiz yavaş yavaş yurtdışına açılıyor, bakalım ülkemiz dışındaki anestezi teknisyen/tekniker/hemşireleri ne yapıyor, eğitim nasıl? Bu sene Mayıs ayındaki Dünya Anestezi Hemşireleri Kongresine 6 bildiri ile katılıyoruz. Bir sonraki sayımızda bu toplantı ile deneyimlerimize de yer vereceğiz.

Hala çok acemiyiz. Daha sık ve kaliteyi yükselterek toplanmaya çalışıyoruz, degimiz için yazım kurallarımızı oluşturduk, biraz daha bilimsel içeriğimiz oldu. Giderek arşivlemeye degecek bir yayın oluşturmaya çalışıyoruz sizlerin gayretleri ve yaratıcı çalışmalarıyla. Toplantılarımızda giderek sizlerin konuşmaları daha çok yer alacak.

Yazılarınızı, medikal veya medikal olmayan lütfen bizden esirgemeyin. Yazım kurallarımıza uygun makale, olgu sunumu ve diğer yazılarınızı değerlendirerek olabildiğince yayınlama gayreti içinde olacağız.

Eleştiri ve önerilerinizi bekliyoruz.

Saygı ve sevgilerimle yeni sayılarımızda görüşmek dileğiyle

Serpil Ustalar ÖZGEN

İÇİNDEKİLER

Sayfa 4	Makale, bildiri ve yayın yazma kuralları
Sayfa 8	Anestezi Nereden Nereye (Tek. Sema Erdoğan)
Sayfa 10	TUR Sonrası Acil Operasyon (Tek. Sinan çalışkan)
Sayfa 12	Malign Hipertermi (Tek. Ahmet Emre Azaklı)
Sayfa 14	Ekstübasyon Süreci ve Sonrasında Gelişebilecek Komplikasyonlar (Tek. Çağrı Perçem)
Sayfa 16	Anestezi Teknikerlerinin Görev Ve Yetkileri (Tek. M. Samet Ünal)
Sayfa 18	Mesleki yazı (Tek. Selda Ertaş)
Sayfa 19	Pediyatrik vakalarda endotrakeal entübasyon.... (Tek. Şükran Balkaner)
Sayfa 22	Anne ile Çocuk (Tek. Abdurrahman Çiçek)
Sayfa 23	Konya Sempozyumu
Sayfa 26	Birazda Gülelim

MAKALE,BİLDİRİ VE YAZIM KURALLARI

Genel

- Yazılar tercihen Microsoft Word programı kullanılarak yazılmalıdır. Makaleler 11 punto Arial veya Times New Roman karakterleri kullanılarak yazılmalıdır. Yazılar A4 (21x29.7 cm) beyaz dosya kağıdının bir yüzüne, tüm yazı boyunca (başlık, Türkçe ve İngilizce özetler, makale, kaynaklar, tablolar ve alt yazılar da dahil olmak üzere) çift satır aralıklı olarak ve sayfanın tüm kenarlarından üçer santimlik boşluk bırakılarak (Kelime işlemcinin sayfa düzeni ayarlarından) yazılmalıdır.
- Tüm yazılar (1) başlık sayfası, (2) Türkçe özet, (3) İngilizce özet, (4) makale, (5) teşekkür yazısı (varsa), (6) çalışmayı destekleyen fon ve kuruluşlar (ifşa gereği olan durumlarda), (7) kaynaklar, (8) tablolar ve (9) alt yazılar olarak dizilmelidir. Başlık sayfasına 1 numara verilerek, alt yazılar sayfası da dahil olmak üzere, tüm sayfalar sağ üst köşeden sırayla numaralandırılmalıdır.
- Araştırma ve inceleme yazıları çift satır aralıklı toplam 20 sayfayı geçmemeli, bir başlık sayfası, bir sayfa Türkçe özet, bir sayfa İngilizce özet, 10 sayfa makale (en çok 2250 kelime), en fazla üç sayfa kaynaklar ve varsa bir sayfa şekil alt yazıları olacak şekilde düzenlenmelidir. Tabloların her biri ayrı sayfalarda hazırlanarak gönderilmelidir.
- Olgu sunumları ve cerrahi teknik yazıları başlık sayfası, Türkçe ve İngilizce özetler ve kaynaklar hariç, toplam sekiz sayfayı (1000 kelime) geçmemelidir. Yazıda tablo veya şekil kullanılıyorsa her tablo veya şekil başına yazı 1/2 sayfa veya 125 kelime kısaltılmalıdır. Cerrahi teknik yazıları detaylı görsel açıklama içermelidir.
- Editöre mektuplar ve ilginç görüntü yazıları çift satır aralığı ile yazılmalı, toplam iki sayfayı (en çok 500 kelime) geçmemeli ve kaynak sayısı dört ile sınırlandırılmalıdır. Editöre mektup yazılarında tablo ve şekillerin basılmaları ancak istisnai durumlarda söz konusu olabilir. “İlginc görüntü” yazılarında, özgün ve mükemmel kalitede bir veya iki görüntü ile birlikte bu görüntülere konu olan olguya ve tedavisine ait kısa bilgiler özet kısmı olmadan editöre mektup formatında sunulmalıdır.
- Türkçe ve İngilizce metinlerde kullanılacak olan kaynaklar içerisinde yerli literatüre yer verilmesi tercih edilmelidir. Bu amaçla, derneğin ve derginin web sayfasında yer alan “Ulusal Atıf İndeksi” gibi arama motorları kullanılabilir.
- Derleme yazıları 4000 kelimeyle, editöryel yazılar 2500 kelimeyle sınırlı tutulmalıdır.

Başlık sayfası

- Mümkün olduğunca kısa bir başlık kullanılmalıdır. Yazının başlığı araştırma ve inceleme yazılarında 95 karakteri (her harf ve boşluk bir karakter sayılır), olgu sunumları, mektuplar ve cerrahi teknik yazılarında ise 80 karakteri geçmemelidir. Başlıkta kısaltma kullanılmamalıdır. Başlık Türkçe ve İngilizce olarak yazılmalıdır. Başlığın hemen altına 40 karakteri geçmeyecek bir kısa başlık eklenmelidir.
- Yazıda sadece çalışmaya doğrudan katkısı bulunan yazarların ad ve soyadları açık olarak yazılmalı ve yazar sayısı araştırma yazılarında sekizi, olgu sunumları ve cerrahi teknik yazılarında beşi ve editöre mektuplarda üçü geçmemelidir. Daha fazla sayıda yazar mevcutsa, editöre sebebi izah edilmelidir. Yazarların altına çalışmanın yapıldığı kurumun açık adı ve şehir yazılmalıdır. Eğer birden fazla kurum (en fazla iki) çalışmaya katılmışsa, her yazarın ait olduğu kurum belirtilmelidir (yazarlar başlık sayfası ve makale dahil olmak üzere yazının hiçbir yerinde unvan kullanmamalıdır).
- Çalışmayı destekleyen fon ve kuruluşlar burada belirtilmeli, çalışmanın herhangi bir kongrede sunulması planlanıyor ya da daha önce sunulmuş ise kongre adı, zaman (gün-ay-yıl) ve yer belirtilerek yazılmalıdır.

- Başlık sayfasının en altına iletişim kurulacak yazarın adı, soyadı, açık adresi, posta kodu, telefon numarası (verilmek isteniyorsa cep telefonu), faks numarası ve mutlaka e-posta adresi yazılmalıdır.

Özetler

- Özetler, araştırma yazılarında 250 kelimeyi geçmemelidir. Özetlerde başlık kullanılmamalıdır (başlığın İngilizcesi Başlık sayfasına yazılmalıdır). Türkçe (Amaç, Çalışma planı, Bulgular, Sonuç) ve İngilizce özetler (Background, Methods, Results, Conclusion) olmak üzere dört bölümden oluşmalıdır. Olgu sunumları, derlemeler ve cerrahi teknik yazılarında ise bu bölümlere gerek olmayıp özetler 100 kelimeyi geçmemelidir. Makale için verilecek Türkçe ve İngilizce anahtar sözcükler (3-5 adet), MeSH index'den alınmalı, özetlerden hemen sonra verilmelidir. Editöre mektuplar, yorumlar, “İlginç Görüntü” ve editöriyel yazılar için özet gerekmemektedir.
- Özetlerde kısaltma kullanılmasından mümkün olduğunca kaçınılmalıdır. Kısaltma kullanılması mutlaka gerektiğinde, ilk geçtiği yerde parantez içinde tanımlandıktan sonra kullanılmalıdır.

Metin

- Yazı; Giriş, Hastalar ve Yöntemler (Gereç ve Yöntem), Bulgular ve Tartışma bölümlerinden oluşmalıdır. Giriş bölümünde konuyu ve çalışmanın amacını açıklayacak bilgilere yer verilmelidir. Hastalar ve Yöntemler bölümünde çalışmanın gerçekleştirildiği yer, zaman ve çalışmanın planı açıklanmalıdır. Eğer bu bölüm altında yer verilecek alt başlıklar var ise, sırasıyla hasta özellikleri, cerrahi teknik veya deneysel çalışma yöntemi, verilerin derlenmesi (toplanması), takip yöntemi, kullanılan istatistiksel yöntem (ayrıntılı olmalı) şeklinde olmalıdır. Bulgular bölümünde elde edilen veriler, istatistiksel sonuçları ile beraber verilir. Tartışma bölümünde çalışma sonuçları, yerli literatür ön planda tutulmak üzere, literatür ile karşılaştırılarak değerlendirilir.
- Kaynaklar, şekil ve tablolar yazı içerisindeki geçiş sırasına göre numaralandırılmalıdır.
- Kısaltmalardan mümkün olduğunca kaçınılmalı, eğer kısaltma kullanılacaksa ifadenin ilk geçtiği yerde açıklanmalıdır. Türkçe makalelerde mümkün olduğunca Türkçe ifade ve kısaltma kullanılmalıdır.
- Metin içindeki tüm ölçüm birimleri uluslararası metrik standartlara uygun olarak verilmelidir.
- Yazının istatistiksel analizleri için Guidelines for Data Reporting and Nomenclature (Ann Thorac Surg 1988;46:260-1) adlı makaleden yararlanılabilir.
- Dipnotlar zikredildikleri sayfanın altında verilmelidir. İlaç, ekipman ve diğer firma isimli materyaller için, yazıda parantez içerisinde şirket ismi ve yeri belirtilmelidir.
- Teşekkür yazıları, ödenekler ve finansal destekler veya teknik yardımları da içerecek şekilde yazının sonunda, referanslardan önce konulmalıdır.

Kaynaklar

- Kaynakların kullanılmasında seçici davranılmalı ve çalışmayla doğrudan ilgili kaynaklara yer verilmelidir. Kolektif ve güncel derleme yazıları dışında referans listelerinin çok geniş tutulması yer israfına neden olmaktadır. Genel bir kural olarak araştırma makalelerinde referans sayısı en fazla 25, olgu bildiri ve cerrahi teknik yazılarında en fazla altı, derlemelerde en fazla 85 ve editöre mektuplarda en fazla dört olmalıdır.
- Kişisel temaslardaki bilgi-alışverişleri, hazırlık aşamasındaki makaleler ve diğer basılmamış veriler kaynak olarak gösterilmemelidir.
- Kaynaklar iki satır aralıklı olarak ayrı bir sayfaya yazılmalı ve yazı içinde geçiş sırasına göre numaralandırılmalıdır.

- Dergi kaynaklarında yıl, cilt, başlangıç ve bitiş sayfaları verilirken kitap kaynaklarında ise sadece yıl, başlangıç ve bitiş sayfaları belirtilmelidir.
- Kaynaklar metin içinde verilirken şu kurallara uyulmalıdır:
 - o Kaynak gösterilecek makalenin ilk yazarının soyadı verilecekse arkasına “ve ark.” eklenmeli ve hemen akabinde üst simge “[]” içerisinde referans numarası yazılmalı, daha sonra cümle tamamlanmalıdır.
 - o Cümle içerisinde isim verilmeyecek ise kaynak numarası cümle sonunda, nokta işaretinden sonra üst simge köşeli parantez “[]” içinde verilmelidir.
 - o Cümle içerisinde değişik ifadeler için değişik kaynaklar gösterilecekse, her kaynak ilgili olduğu ifadenin bitiminde, noktalama işaretinden sonra köşeli parantez “[]” içinde verilmelidir.
 - o İki den fazla peş peşe gelen kaynak var ise ilk ve son olanları, aralarına “-” işareti konarak verilmelidir: [1-3]; [14-18]; [8-14] gibi.
- Kaynaklarda yazarların tam soyadları ve adlarının ilk harfleri yazılmalıdır. Kaynaktaki yazar sayısı 6 veya daha az ise tüm yazarlar belirtilmeli, yazar sayısının daha fazla olduğu durumlarda ilk 6 yazarın sonuna “et al.” (uluslararası yayınlar için) veya “ve ark.” (ulusal yayınlar için) ibaresi konularak kaynak yazılmalıdır.
- Dergi isimleri Index Medicus’a göre kısaltılmalıdır. Yazarlar, kaynakların ve yazılışlarının doğruluğundan sorumludurlar.
- Kaynakların yazım şekli ve noktalama işaretleri aşağıda belirtildiği gibi olmalıdır:
 - o Dergiler için

Uluslararası yayınlanmış makaleler için:

Martin TD, Craver JM, Gott JP, Weintraub WS, Ramsay J, Mora CT, et al. Prospective, randomized trial of retrograde warm blood cardioplegia: myocardial benefit and neurologic threat. Ann Thorac Surg 1994;57:298-304.

Ulusal kaynaklar için:

Teskin Ö, Yapıcı F, Enç Y, Özay B, Ketenci B, Demirtaş M ve ark. Bentall prosedürü ve modifikasyonlarının erken ve geç dönem sonuçları. Turk Gogus Kalp Dama 2000;8:579-83.

Kongrede sunulmuş bir çalışma için:

Galloway AC, Ribakove GH, Miller JS, Anderson RV, Bittenheim PM, Baumann FG, et al. Minimally invasive port-access valvular surgery: Initial clinical experience. Presented at the 70th Scientific Session of the American Heart Association; 1997 Nov 10-13; Orlando, FL. Circulation 1997;96:2845.

Kitap için:

Beard JD, Gaines PA, editors. Vascular and endovascular surgery. London: W. B. Saunders; 1998.

Kitaptan bir bölüm için:

Vouhé PR. Transplantation of thoracic organs in children. In: Fallis JC, Filler RM, Lemoine G, editors. Pediatric thoracic surgery. New York: Elsevier; 1991. p. 319-29.

İnternet adresi:

1996 NRC Guide for the Care and Use of Laboratory Animals. Available at: <http://www.nap.edu/readingroom/books/labrats/contents.html>. Accessed October 20, 2003

Tablolar:

- Tablolar iki satır aralıklı olarak her biri ayrı bir word sayfasında hazırlanmalı ve her tablonun üstünde numarası ve başlığı olmalıdır. Tabloda kısaltmalara yer verilmişse bu kısaltmaların açılımı alt yazı şeklinde tablonun altında ve alfabetik sıraya göre yer almalıdır.
- Daha önce basılı veya elektronik olarak yayınlanmış tablolardan yararlanıldığında hem yazarı hem de basımevinden yazılı izin alınmalıdır ve bu, dergi editörlüğüne faks veya posta ile gönderilmelidir. Tablo içerisinde enlemesine ve boylamasına çizgiler kullanılmamalı, sadece üst ve altına düz çizgi çizilmelidir.
- Daha önce basılı veya elektronik olarak yayınlanmış tablolardan yararlanıldığında hem yazarı hem de basımevinden yazılı izin alınmalıdır ve bu, dergi editörlüğüne faks veya posta ile gönderilmelidir. Tablo içerisinde enlemesine ve boylamasına çizgiler kullanılmamalı, Tablolar yazı içerisindeki bilginin tekrarı olmamalıdır.

Şekil grafik resim ve alt yazıları

- Alt yazılar iki satır aralıklı olarak ayrı bir sayfaya yazılmalıdır. Metin içerisindeki sıralarına göre numaralandırılmalı ve şekil, grafik ve resimlerde kısaltmalara yer verilmişse, bu kısaltmaların açılımı alt yazının altında ve alfabetik sıraya göre yer almalıdır.
- Mikroskopik resimlerde büyütme oranı ve boyama tekniği açıklanmalıdır.
- Daha önce basılı veya elektronik olarak yayınlanmış şekil, grafik ve resimlerden yararlanıldığında hem yazarı hem de basımevinden yazılı izin alınmalıdır ve bu, dergi editörlüğüne faks veya posta ile gönderilmelidir.
- Yüzü saklanmamış ve tanınabilir şekilde görünen şahısların resimlerini kullanırken kendilerinden yazılı izin alınmalıdır.

Şekil ve resimler

- Resim ve şekiller on-line olarak internet aracılığıyla her biri bir ya da daha fazla resim içerebilen bir ya da daha fazla sayıda ayrı ayrı dijital görüntü dosyaları halinde sisteme yüklenir. Her bir resim dosyası için şekil numarası dosya ismi olarak kullanılır (örneğin, Figure 1A). Sistem TIFF ve JPEG formatındaki resim dosyalarını kabul etmektedir. Powerpoint (.ppt) dosyaları sadece çizili grafikler için kullanılabilir ve her Powerpoint şekli için ayrı bir Powerpoint dosyası hazırlanmalıdır. Dijital resim dosyaları ve formatları konularında tecrübe sahibi olmayanlar için, teknik yardım almaları önerilir.
- Basılı veya elektronik ortamda daha önce yayınlanmış her türlü, şekil ve fotoğraf için hem yazardan hem de yayıncıdan (yayın hakkı sahibi) yazılı izin alınması ve derginin yazı işlerine posta ya da faks yoluyla gönderilmesi gerekir.
- Fotoğraflarda yüzü gizlenmemiş hastalardan yazılı izin alınması ve derginin yazı işlerine posta ya da faks yoluyla gönderilmesi gerekir.

ANESTEZİDE NEREDEN NEREYE.....

Anestezi, kutsal kitaplara göre uygulamasının ilk kez Tanrı tarafından, kaburgasından kadını yaratırken, Adem'i uyutması ile gerçekleştirilen bir uygulama olarak tanımlanabilir. Anestezi kelimesi eski Yunan'dan gelmektedir. "Anesthesia" duyu, "An" ise olumsuzluk eki olan siz'dir. Bu şekilde "Anesthesia" duyusuzluk, başka bir yorumla; ağrı duyusunun kaldırılması olarak özelleştirilebilir. Modern anlamda ilk anestezi uygulamalarının başladığı 1840'lı yıllarda eteri başarı ile kullanan Morton'a; Harvard Üniversitesi Anatomi ve Fizyoloji hocası ünlü Amerikalı klinikçi Oliver Wendal Holmes'un 1846'da yazdığı mektupta; ağrısız operasyon olanağı sağlayan duyusuzluğun oluşturulmasına, " ANESTEZİ" tanımlamasının uygun olacağını önermesiyle modern tıptaki yerini almıştır.

Anestezinin uygulamaya başlamasıyla " Anestezi " kelimesi tıp camiasınca benimsenmiş olmasına rağmen benzer anlamlardaki;

1. Narkozis
2. Sersemlik
3. Duymamazlık
4. Stupor
5. Etherizasyon
6. Hebetation
7. Zihin körlüğü
8. Ağrı giderici yöntem
9. Duygusuzlaşma

gibi benzer anlamlarda kelimeler de kullanılmıştır .Bu kelimelerden biri var ki bizler bunu sevmek de günümüze kadar gelmiş olan NARKOZ kelimesidir.

20. yy başında Türkiye'de anestezi anlamında "MÜBTEL-İ HİSS" ve " BUTLAN-İ HİSS" tabirleri kullanılmıştır. Anestezi sınıflamalarında ise şu terimler kullanılmıştır:İbtal-i hissi mevzii (Lokal anestezi)

1. İbtal-i hissi dairevi ya da muhiti (Rejyonel- bölgesel anestezi)
2. İbtal-i hissi nahiyevi (Gangliyoner ya da kök anestezisi)
3. İbtal-i hissi muhai(Spinal anestezi)
4. Dimagi ya da umumi ibtal-i hissi (Genel anestezi)

Anestezi de ilkleri anlatırken öncelikle 19. yy başlarında bir hastanenin ameliyathanesine bir göz atalım.1846 yılında yapılan Boston Massachusetts General Hospital hastanesinin cerrahı olan Prof. John Collins Warren ameliyathanesini iki nedenden ötürü binanın en üst katına yerleştirmişti.

- Ameliyathanenin iyi aydınlanmasını sağlamak
- Operasyon sırasında hastaların canhıraş bağrıışlarının etraftan duyulmasını önlemek...

Modern anestezi 16 Ekim 1846 'da ilk kez William Green MORTON 'un Boston'da Massehusetts General Hospital ameliyathanesinde Gilbert Abbott adlı hastaya eter anestezisi uygulaması ile başlamıştır.

Bu uygulamayı başarıya kadar insanoğlu bir çok sıkıntı çekmiş, ağrısızlık için ilaçların yanında neler yapmış, eskilere gidelim ve bakalım ilginç neler çıkıyor karşımıza:

1. ASFİKSİ: Asur'lular sünnet olacak çocukların boyunlarını boğma derecesinde sıkıp ,

çocukta oluşan asfiksi nedeni ile meydana gelen bilinçsizlik ile ağrı algılanmasını engelliyorlardı ve sünneti rahatça uyguluyorlardı. 17. yy sonunda bu yöntem İtalya’da da kullanılmıştır.

2. SEREBRAL SARSINTI: Kafasına tas geçirilen hastanın bilinci kaybolana kadar kafasına vurma yöntemi.

3. DOKU ÜZERİNE BASI UYGULANMASI: Mısır’lılar ameliyat edecekleri bölgeye uzun süreli baskı uygulayarak uyuşmasını sağlamışlardır.

4. SİNİR ÜZERİNE SOĞUK UYGULAMASI: Asur ve Romalılar kullandığı yöntemdir. İtalya’da da Napolyon zamanında, soğuk nedeniyle donuklu hastalar ağrıyı çok az algıladıklarını görüp soğutma anestezisi fikri ortaya atılmıştır.

5. Hızlı kan kaybı oluşturarak bilinç kaybı sağlanması yöntemi hipoksik ve sorunlu denemelerin nedeni olmuştur.

6. Operasyondan önce sinirlerin üzerine bası yaparak bölgesel anestezi sağlama yöntemi ise Moore tarafından ortaya atılmıştır. Boyun damarlarına bası yaparak bilinçsizlik sağlama fikri ise birçok ölüme neden olduğu için bırakılmak zorunda kalındı.

7. HİPNOTİZM: Trans hali oluşturulan hastalar bu yöntemle ameliyat ediliyorlardı.

Bugünün gelişmiş cerrahisi, bu konumlarını hızla ilerleyen ANESTEZİYOLOJİ bilimine borçludurlar.

İlk anesteziistlerin kimler oldukları hakkında fikriniz var mı? KALBİ VE KOLLARI GÜÇLÜ İNSANLAR...Şu anda yaptığımız ,gördüğümüz ,göreceğimiz yöntemleri düşününce nereden nereye diyoruz.Bilime, Anesteziye,modernizme olan inancımızla daha neler yapılabilir yaşayıp görecez...Şimdiki anesteziistler ise her gün daha da ilerleyen sağlık ordusunun en güçlü komutanları konumundadırlar...

ARTIK İNSANLARIN KAFALARINA VURARAK BEYİN SARSINTISI GEÇİRTİP ANESTEZİ SAĞLAYAN İNSANLARIN YERİNE, MODERN BİR EKİP OLAN ANESTEZİ ORDUSU HIZLA İLERLEYİŞİNİ SÜRDÜRECEKTİR.

Sema ERDOĞAN

Anestezi Teknikeri

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi

TURP Sonrası Acil Operasyon

ÖZET

Benign prostat hipertrofisi (BPH) tedavisinde transüretral prostat rezeksiyonu (TURP) altın standart tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir. Ancak TURP sırasında ve sonrasında görülen kanama önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olabilmektedir(1). Olgumuzda BPH nedeniyle yapılan TUR-P operasyonu sonrasında hipovolemik şok ile operasyona aldığımız hastada anestezi yönetimini tartışmayı amaçladık.

GİRİŞ

BPH sıklıkla mesane çıkışının semptomatik obstruksiyonuna neden olmakta, uzun süreli obstruksiyon böbrek fonksiyonlarının bozulmasına yol açabilmektedir. BPH tedavisinde sıklıkla TURP uygulanmaktadır. Ancak TURP'na eşlik eden kanama, TURP sendromu, mesane delinmesi, hipotermi, sepsisemi, intravasküler koagülasyon gibi önemli komplikasyonlar bulunmaktadır.

OLGU

Olgumuz, BPH nedeniyle TUR-P operasyonu yapılan 61 yaşında 75 kg ağırlığında 175 boyunda erkek hasta idi. Anestezi öncesi muayenesinde solunum sesleri dinlemekle bilateral eşit, doğal idi. Diğer sistem muayenelerinde patoloji saptanmayan, ASA I olarak değerlendirilen hastanın, preoperatif yapılan tetkiklerinde Hb:11,7 Htc:34,6 olarak gözlemlendi. Spinal anestezi altında opere olan hasta 45 dakika süren operasyon sonrası bilinç açık oryante, koopere, vital bulguları stabil halde servise gönderildi.

Operasyondan yaklaşık 12 saat sonra ajitasyon gözlenen, ortalama arter basıncı (OAB) 57 mmHg, Nabız (Nb):142/dk, SO₂:98 % olan, postoperatif mesane irrigasyonu uygulanan hastanın idrar torbasında hemorajik mayi gözlemlendi. Irrigasyon sırasında ara ara renk açılmasına rağmen kanama riski düşünülerek 12 saat sonra tekrar operasyon planlandı.

Tok olan (üç saat önce katı gıda alımı mevcut) hastaya preoperatif sıvı resüsitasyonu uygulandı. Yaklaşık 700 ml %0.9 serum fizyolojik infüzyonu sonrasında OAB:83 mmHg, Nb:110/dk iken indüksiyona başlandı. Titre edilerek 100 mg propofol, 40 mg esmeron verildi. Solunumu giden hasta pozitif basınçlı ventilasyon yapılmadan, sellick manevrası uygulanarak entübe edildi ve üroloji tarafından acil operasyon başlatıldı. Bu sırada tansiyon arteriyel alınamayan hastaya, 18 gauge angioket ile dört adet intravenöz yol sağlandı. 500 ml HES 450/0,7 %6'lık, 4000 ml %0.9 serum fizyolojik verildi. Dopamin infüzyonu (20 microgr/kg/dk) başlandı. Yaklaşık 5 dakika tansiyon arteriyel alınamayan hastaya inhalasyon anesteziği başlanmadı. Hastanın takiplerinde OAB:46 mmHg, nabız 130/dk alındıktan sonra sevoflurane %1 uygulanmaya başlandı. Kanama odağı bulunarak koterize edilen hasta 45 dakika süren operasyon sonrasında OAB:87 mmHg, Nb:100/dk, bilinç açık, oryante, koopere, spontan solunum mevcut halde takip ve tedavi amacıyla yoğun bakım ünitesine alındı.

TUR-P sonrası ajitasyon gözlenen hastanın ayırıcı tanısında TUR-P sendromu, perforasyon, sepsis, hipovolemik şok düşünülmelidir. Alınan biyokimya da sodyum değeri normal olarak değerlendirilen hastada TUR-P sendromu düşünülmeli. OAB düşük, nabız yüksek ve ajitasyon bulguları olan hastada öncelikli olarak kanama sonrası gelişebilecek hipovolemi akla gelmeli, operasyon öncesi yeterli sıvı resüsitasyonu yapılmalıdır. Anestezi indüksiyonunda kullanılan ajanlar dikkatle seçilmeli ve titre edilerek uygulanmalıdır. Sempatik stimülasyon ile alınabilen kan

basıncının anestezi uygulaması ile sempatik stimülasyon da ortadan kalkacağından kan basıncı ve nabızda düşüş olabileceği hatta kardiyak arreste neden olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır.

Biz hastamız tok olmasına rağmen spinal anestezinin neden olacağı hipotansiyondan kaçınmak için genel anestezi uyguladık. Preoperatif sıvı reüssitasyonu uygulamamıza rağmen, indüksiyon sonrası 5 dakika kan basıncı ölçemedik. Propofol kullanılan hastalarda kusma riskinin daha az olmasından dolayı (2,3) propofol tercih ettiğimiz hastaya esmeron uyguladıktan sonra havalandırmadan endotrakeal entübasyon yaptık.

Postoperatif 2 ünite eritrosit süspansiyonu transfüzyonu uygulanan hastanın yapılan tahlillerinde Hb değeri: 9,4 Htc:27,4 olarak gözlemlendi ve postoperatif ikinci günde evine ek sorun olmaksızın taburcu edildi.

SONUÇ:

TURP operasyonu ile hastanın semptomları ve yaşam kalitesi önemli ölçüde gelişmektedir, ancak peroperatif ve postoperatif komplikasyonlara karşı dikkatli olmak gerekmektedir (4). Prostat ağırlığı, prostat büyüklüğü, operasyon süresi, idrar yolu enfeksiyonu bulunması gibi kanama miktarını etkileyen faktörler dikkate alınmalı (5), postoperatif takiplerde kanama mutlaka akılda bulunmalıdır. Kanamaya bağlı operasyon planlandığında anestezi uygulamadan sıvı reüssitasyonu mutlaka yapılmalı, anestezi indüksiyonunda düşük dozda ilaç gereksinimi olduğu hatırla tutulmalı ve titre edilerek uygulanmalıdır.

Sinan Çalışkan*, Döndü Genç Moralar*

* Tekirdağ Malkara Devlet Hastanesi, Anesteziyoloji Kliniği, Tekirdağ

KAYNAKLAR

- 1 Shrestha BM, Prasopshanti K, Matanhelia SS, Peeling WB. Blood loss during and after transurethral resection of prostate: a prospective study. Kathmandu Univ Med J (KUMJ).2008 Jul-Sep;6(23):329-34.
- 2 Lee DW, Lee HG, Jeong CY, Jeong SW, Lee SH. Postoperative nausea and vomiting after mastoidectomy with tympanoplasty: a comparison between TIVA with propofol-remifentanyl and balanced anesthesia with sevoflurane-remifentanyl. Korean J Anesthesiol. 2011 Nov;61(5):399-404.
- 3 Won YJ, Yoo JY, Chae YJ, Kim DH, Park SK, Cho HB, Kim JS, Lee JH, Lee SY. The Incidence of Postoperative Nausea and Vomiting after Thyroidectomy using Three Anaesthetic Techniques. J Int Med Res. 2011;39(5):1834-42.
- 4 Lertakyamanee J, Ruksamanee EO, Tantiwong A, Boonsuk K, Nilpradab I, Vorakijpokatorn P, Soontrapa S. The risk and effectiveness of transurethral resection of prostate. J Med Assoc Thai. 2002 Dec;85(12):1288-95.
- 5 ElMalik EM, Ibrahim AI, Gahli AM, Saad MS, Bahar YM. Risk factors in prostatectomy bleeding: preoperative urinary infection is the only reversible factor. Eur Urol. 2000 Feb;37(2):199-204

MALIGN HIPERTERMI

Malign hipertermi, klinik tablo açısından belki de başımıza gelebilecek en tehlikeli ve tedavisi güç bir komplikasyondur. Alınması gereken önlemler açısından ellerimizi bağlayan, ancak belli temel bilgileri edinmemiz gereken bu durumu; yoğun tıbbi terim karmaşasıyla değişik kaynaklardan taramamız mümkündür. Ancak temel noktaları baz alan bir metin derlemenin tüm anestezi teknisyen ve teknikerlerine yararı olacağına inancım sonsuzdur.

Malign hipertermi, kullandığımız volatil anestezi ilaçlara ya da depolarizan kas gevşeticilere maruz kalan hastalarımızda karşımıza çıkabilecek bir tablodur. Geniş yayınlar bu tabloyu ‘hipermetabolik kriz’ olarak nitelerler. Gerçekten de sistemleri ciddi anlamda etkileyen, hızla kontrol altına alınması gereken bir klinik tablodur.

Esasında MH mücadelesinde en büyük silah ERKEN TANI’dır. MH tablosunda sorunların hepsi bir anda ortaya çıkmayabilir! Günler sonra laboratuvar bulgularındaki değişikliklerle bile ortaya çıkabilmektedir.

Klinik belirtiler sayılırsa ;

- Taşikardi
- Takipne
- Yüksek ateş!
- Siyanoz
- Cerrahi sahada renkli venöz kan
- İskelet kaslarında jeneralize rijidite (%75 oranında MH semptomları içinde ilk sırayı alır)
- Aritmiler (İzlem süresince EKG’de sivri T dalgaları dikkat çekecektir.)

Özetle klinik belirtileri incelenirse, izlemin MH tablosunda önemli yere sahip olduğunu görülecektir.

Laboratuvar bulguları : Hipoksi, hiperkapni, hiperkalemi, respiratuvar ve metabolik asidoz, hipokalsemi, hipomagnezemi, hiperfosfatemi, diffüz intravasküler koagülasyon, serumda CPK-LDH-SGOT-SGPT enzim seviyelerinin yükselmesi.

MH Görülme Olasılığı Yüksek Hastalıklar :

- Osteogenesis imperfecta
- Konjenital pitozis
- Şaşılık
- Doğmalık herniler
- Kifoskolyoz
- Damak yarığı

Buraya kadar komplikasyonun karakterini, risk faktörlerini, belirtilerini tanımış olduk. Tedavi yaklaşımları ise soğukkanlılıkla uygulanacak şekilde mutlaka her anestezi teknikerince akılda tutulmalıdır :

- Öncelikle hastaya verilen her türlü anestezi madde kesilmelidir.
- MH' de en önemli yapmamız gereken, durumu fark eder etmez %100 oksijen hiperventilasyonuna başlamak olmalıdır. Kullandığımız anestezi aygıtının sıfır olması ise mutlak bir gerekliliktir.
- Diğer önemli hedef, vücut ısısını seri şekilde düşürmeye çalışmak olacaktır ! Bunun için buz, ıslak çarşaf lar kullanmak bir çözüm yoludur. Aynı zamanda geniş kaynaklarda belirtilen diğer mutlak gereklilik ise mide, mesane ve peritona soğuk su ile lavaj uygulaması yapmaktır.
- Başlangıçta metabolik asidozu düzeltmek için 2-4 mEq/kg Sodyum Bikarbonat verilmelidir. Sonraki aşamayı ise kan gazı sonuçları tayin edecektir !
- Hastanın idrar çıkışını sağlamak mutlaklıdır. İdrar outputunu 2 ml/kg/st olacak şekilde tutmak lazımdır. Bunun için kullanılacak farmakolojik destekler mannitol, furosemid gibi diüretiklerdir.
- Dantrolen Sodyum 1-2 mg/kg başlangıçta uygulanır. 5-10 dakikalık periyotlarla 10 mg/kg doza kadar yinelenir.
- Hipertansiyon tedavisi, 1 litre %50 glukoz içine 100 ünite insülin eklenerek infüzyonla gerçekleştirilir.
- Steroidler mutlaka kullanılmalıdır!
- Şayet hastada aritmi mevcudiyeti varsa, prokainamid 1-2 mg/kg dozda uygulanmalıdır.

Müdahalede en önemli bilinmesi gereken nokta erken dönem ölüm sebebidir. Erken dönem ölüm sebebi en başta ventriküler fibrilasyon olarak belirtilir. Aynı zamanda akciğer ödemi tabloyu ağırlaştırır.

Geç dönem ise hemoliz ve ağır renal yetmezlik klinik tabloyu fatal sonuca götürmektedir.

Derleyen:

Ahmet Emre AZAKLI
Anestezi Teknikeri
<http://anesteziteorik.tr.gg/>

EKSTÜBASYON SÜRECİ VE SONRASINDA OLUŞABİLCEK KOPMLİKASYONLAR

Ekstübasyon genel anestezi ile cerrahi işlem gören ve ya solunumsal sıkıntısı olan hastanın solunumu kontrol etmek ve solunumunun idamesini sağlamak amaçlı yapılan endo trakeal entübasyon işleminin işlevi bittikten (ameliyatın bitimi , solunumsal sorunu olan hastanın tedavisini yapıp solunumunsal değerlerini normal hale getirdikten sonra) endo trakeal tüpün hasta trekeasından çekilmesi işlemdir .

Derin anestezi altında olan hastayı ekstübe etmek :

Aşağıda ki durumlarda hasta derinken ekstübe edilmesi endikedir :

Hastada rezidüel blok yoksa
Kolay maske ventilasyonu varsa
Artmış aspirasyon riski yoksa
Normotermik

Aşağıda ki durumlarda hasta derinken ekstübe edilmesi kontredikedir :

Hipoksik
Aşırı hiperkarbik ($\text{PaCO}_2 > 50 \text{ mmHg}$)
Hipotermik (< 34 derece)
Aspriasyon riski var
Aşırı uzun cerrahi
Zor entübasyon
Hava yolunda : Yetersiz güç
Vokal kord paralizi
Havayolunda ödem

Trakeal ekstübasyon uyanık mı yoksa anestezi altında mı olmalı?

Ekstübasyon zamanına karar verilirken göz önüne alınması gereken 2 nokta bulunmaktadır.⁽¹⁾

- **Hastanın daha öncesinde havayolu kontrolünde bir güçlük yaşandı mı?**
- **Pulmoner aspirasyon riski nedir?**

Genel bir teori olarak bütün hastalar uyanık ekstübe edilmelidir. Çok az sayıda pediatrik hasta üzerinde yapılan çalışmada uyanık ekstübasyonun artmış havayolu reaktivitesine bağlı üst havayolu komplikasyonu insidansını arttırdığı gösterilmiştir. Ancak bu az ve kısıtlı çalışmalarda uyanıklık göstergesi olarak yutkunma kabul edilmiş olup ,oysa ki ekstübasyon gözler açık, spontan soluyan hastalarda gerçekleştirildiğinde havayolu komplikasyonları çok ciddi şekilde azalmaktadır. Derin anestezi altında ekstübasyon kardiyovasküler uyarılmayı ve öksürme ya da tüpe reaksiyon gösterme insidansını belirgin şekilde azaltmaktadır. Ancak bu şekilde yapılan bir ekstübasyon, operasyondan bağımsız olarak, solunumsal komplikasyonlarla beraberdir.

Ekstübasyon için hasta pozisyonu ne olmalı?

Anestezideki gelişmelere rağmen perioperatif pulmoner aspirasyon riski ciddi şekilde azalmamıştır. Aspirasyon yaşananlarda ise değişmektedir. Geleneksel olarak kullanılan sol lateral baş aşağı pozisyonunda ekstübasyonun temel amacı da hem havayolunu aspirasyondan korumak, hem de dili posterior faringeal duvardan uzaklaştırarak havayolu açıklığını ve güvenilirliğini korumaktır. Deneyimli anesteziistler için bu pozisyonunda gerekirse laringoskopi ve yeniden entübasyon yapılabilir.

Genellikle kullanılan bir diğer yöntem supin, oturur / yarı-oturur pozisyonunda ekstübasyondur. Özellikle zor entübasyonu gerçekleştirilen, obez veya kronik akciğer hastalığı olan hastalar için tekrar entübasyon düşünüldüğünde kolaylık sağlaması bu pozisyonu avantajlı kılar. Bu hastalarda ve yine havayolu cerrahisi geçirmiş olanlarda, supin, yarı-oturur pozisyon spontan solunumu, diyafram ekspansiyonunu artırır; etkili bir öksürük refleksini tetikler, fonksiyonel rezidüel kapasiteyi artırır ve havayolu ödemi azaltacak şekilde lenfatik drenajı kolaylaştırır. Obstrüktif uyku apne sendromu olan hastalarda supin pozisyon hariç diğer pozisyonlar önerilmektedir.

Çocuk hastalar da ise anestezi altında recovery pozisyonunda ekstübasyon diğer pozisyonlara nazaran daha sık kullanılmaktadır.

Ekstübasyon sırasında sık karşılaşılan komplikasyonlar :

Ekstübasyon güçlüğü: Kafın indirilmemiş olması, tüpün trakeaya yapışması veya cerrahi sırasında tüpün dikiş içinde kalması cerrahi sonrası hasta trekeasında oluşan ödem gibi nedenler, ekstübasyon güçlüğüne yol açabilir.

Laringospazm : Laringospazm, refleks olarak larinks kaslarının kasılması sonucu glottik açıklığın kapanmasıdır. Bu durumda ne akciğere ne de akciğerden dışarıya gaz girişi ve çıkışı olmaz. Entübasyon ve ekstübasyon uygulamaları sırasında laringospazm gelişebilir. Ekstübasyon esnasında laringospazm oluşumu iki ana nedene bağlıdır:

Ekstübasyon sırasında anestezi düzeyinin uygun olmamasından kaynaklanır. Laringospazm tamamen bilinçli hastada veya cerrahi anestezi altındaki hastada nadiren oluşur.

Larinksin sekresyon veya kışmuk ile iritasyonu söz konusudur. Ancak antikolinergik ajanlarla gastrik sekresyonlar azaltılarak¹ larinksin sekresyonlarla irrite edilmesi önlenebilir ve trakeanın ekstübasyondan önce yeterli aspirasyonun yapılması çok önemlidir.

Trakea kollapsı: Ekstübasyondan sonra obstrüksiyona neden olur. Ekstübasyon yavaş ve dikkatle yapılmalıdır. Neden ortadan kaldırılıncaya kadar tüp yerinde bırakılmalıdır.

Havayolu obstrüksiyonu: Ekstübasyon sırasında havayolu obstrüksiyonu genellikle larenks spazmına bağlı gelişir. Spazm, ekstübasyon sırasında anestezinin yüzeysel olması ya da larenksin sekresyon veya kışmukla iritasyonuna bağlıdır. Bu nedenle ekstübasyondan önce aspirasyon yapılması çok önemlidir. Spazmı gidermek için maske ile pozitif basınçlı ventilasyon yapılabilir. Mandibulanın öne ve yukarı doğru kaldırılması dili farenksten uzaklaştırarak havayolunun açılmasını sağlar. Havayolu açıklığı yeterince sağlanamadığı durumlarda düşük dozda nöromusküler blokör ajan verilir. Buna rağmen düzelme sağlanamadığı durumlarda tam doz kas gevşetici verilerek hasta tekrar entübe edilir. Bu aşamalarda aspirasyon yönünden dikkatli olunmalıdır.

Kusma ve pulmoner aspirasyon: Kusma tehlikesi olan bir hastada koruyucu laringeal refleksler geri dönmüceye kadar tüp yerinde bırakılmalıdır. Tüpe karşı reaksiyonun ortaya çıkması, öksürük refleksinin geri döndüğünün işareti olarak kabul edilmeli ve tolere edildiği sürece tüp muhafaza edilmelidir. Ekstübasyondan 2 dakika önce intravenöz olarak verilen 1 - 2 mg/kg lidokain trakeadaki tüpün hareketi ile oluşan öksürük, hipertansiyonu ve taşikardiyi önler. Ancak reaktif havayolu olan bazı hastalarda aerosol olarak uygulanan lidokain bronkospazma neden olabilir. Kusma ve aspirasyon riski yüksek hastalarda uygun baş pozisyonu verilmelidir. Ağız içi, farenks, mümkünse trakea aspire edilmelidir. Ekspirasyon sonu pozitif basınç (PEEP) ve sürekli pozitif hava yolu basıncı (CPAP) uygulamaları gerekli olabilmektedir. (3)

Çağrı PERÇEM

Anestezi Teknikeri

1-Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain /Karmakar ve Varshney

2-G. Edward Morgan, Magend S. Mikhail ,Michael J. Murray. Klinik Anesteziyoloji/ Lange ,238

3-Warnar MA ,Werner ME ,Weber JG :Clinical significance of pulmonary aspiration period Anesthesiology

SAĞLIK BAKANLIĞI YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETMEYÖNETMELİĞİ UYARINCA;

A - ANESTEZİ TEKNİSYENLERİNİN GÖREV VE YETKİLERİ

Madde 137 - Anestezi teknisyeni;anestezi uzmanı veya bunun bulunmadığı hallerde ameliyathane sorumlu uzmanının sorumluluğu altında, bunların ve ameliyatı yapan uzmanın direktiflerine göre ameliyatın ve narkozun salimen ve rahat bir şekilde sonuçlanması için gerekenleri yapar.

a) Anestezi cihazının bakımından, temizlenmesinden, sterilizasyonundan ve daima kullanılabilir halde bulundurulmasından sorumludur.Anestezi cihazını ve ameliyat masasını her ameliyattan önce kontrol eder. Ameliyata hazır duruma getirir.Oksijen, azot protoksit bombalarının dolu olup olmadığına bakar.Anestezi cihazındaki arızaları, anestezi maddelerle, anestezi kullanan bütün yardımcı ilaç anestezi uzmanına vaktinde haber verir.

b) Anestezi uzmanı bulunmayan yerlerde anestezi teknisyeni, ameliyat olacak hastaları en az bir gün önce görür. Dosyaları inceler. Anestezi ve ameliyat yönünden noksan olan tetkikleri tamamlattırır. Herhangi bir zorlukla karşılaşırsa operatör’e haber verir.Görüldüğü üzere, anestezi uygulamasında hastaya verilecek tedavi hizmetinin sorumluluğu anestezi uzmanına yüklenmiştir. Anestezi teknikeri ise,bu uygulamada anestezi uzmanına yardım etmekle yükümlü yardımcı sağlık personelidir.Yine bu mevzuata göre,anestezi uzmanının bulunmadığı yerlerde,bütün sorumluluk cerrahi işlemi gerçekleştirecek uzman hekime (cerraha) ait olmak kaydı ile,anestezi teknikerleri hastalara anestezi uygulayabilmektedir.Ülke gerçekleri göz önüne alındığında masum gibi görünen bu uygulama,ameliyat kararı verilirken cerrahi objektif olmaya zorlayan,kendi içerisinde bir kontrol mekanizmasını da barındırmaktadır.Şöyle ki;yasalarımız,anestezi teknikeri ile girilen ameliyatlarda doğabilecek her tür olumsuzluğun mesleki ve hukuki sorumluluğunu cerrahi uzman hekime yüklemektedir. Ancak, TCK’nın ceza sorumluluğunun şahsiliğini tanımlayan“MADDE 20.- Ceza sorumluluğu şahsidir. Kimse başkasının fiilinden dolayı sorumlu tutulamaz. (2) Tüzel kişiler hakkında ceza yaptırımı uygulanamaz. Ancak, suç dolayısıyla kanunda öngörülen güvenlik tedbiri niteliğindeki yaptırımlar saklıdır.”Taksir ile ilgili,“MADDE 22.-iki fıkrası (4) Taksirle işlenen suçtan dolayı verilecek olan ceza failin kusuruna göre belirlenir. (5) Birden fazla kişinin taksirle işlediği suçlarda, herkes kendi kusurundan dolayı sorumlu olur. Her failin cezası kusuruna göre ayrı ayrı belirlenir.” ve Anayasa’nın suç ve cezalara ilişkin esasları tanımlayan, “MADDE 38. - Kimse, işlendiği zaman yürürlükte bulunan kanunun suç saymadığı bir fiilden dolayı cezalandırılmaz; kimseye suçu işlediği zaman kanunda o suç için konulmuş olan cezadan daha ağır bir ceza verilemez.” şeklindeki tanımlamalar dikkate alındığında, yönetmelikler her ne kadar mesleki ve hukuki sorumluluğu uzman hekime yüklenmiş olsa da, kusurdan doğan sorumluluk doğrudan kusuru işleyen kişiye ait olmaktadır.Günümüzde anestezi uzmanlarının sayılarının artmasıyla anestezi teknikerlerinin anestezi uygulamaları giderek azalmaktadır.Anestezi uzmanının bulunmadığı bir merkezde cerrahlar ameliyat kararını verirken,daha temkinli davranmakta ve çok gerek duymadıkça riskli,ağır ameliyatları yapmamaktadır.Anestezi uzmanının bulunmadığı yerlerde yapılan ameliyatlarda,hasta açısından hayati önem arz eden anestezi ile ilişkili ortaya

çıkacak bir sorunun,anestezi ile ilgili bilgi ve deneyimi kısıtlı bir cerrah tarafından çözümlenmesi oldukça zordur.Özel Hastaneler Yönetmeliği'nde, özel hastanelerin ruhsatlandırılmasında,tüm gün görevli bir anestezi uzmanı olması şartı bulunmaktadır.

Özel hastanelerde uzman bir hekim tarafından yapılması zorunlu olan anestezi uygulamasının,kamu hastanelerinde anestezi teknikerleri tarafından uygulanması ve bu duruma izin verilmesi ciddi bir çelişkidir..

Hukuki süreci iyi takip etmeli görev,yetki ve sorumluluklarımız dışına çıkmamalı ve görev tanımımıza uymayan iş ve işlemleri yapmamalıyız aksi takdirde yasalar karşısında zor durumda kalacağımızı unutmamalıyız..

Sorunsuz vakalar hepimizin olsun..

Esen kalın..

M.Samet ÜNAL

Anestezi Teknikeri

MESLEKTAŞIMIZDAN DERLEME

Merhabalar,

Uzun yıllardır yaptığım mesleğim benim için çok değerli; ne mesleğimin küçümsenmesi, ne akademik kariyer yapamamak, ne de az para kazanmak beni yıllardır bu görevden alıkoyamadı. Başka bir meslekte olsaydım bu kadar manevi bir tatmin yaşayabilir miydim bilemiyorum ama bir insanın hayatına dokunmanın ne kadar önemli ve anlamlı olduğu hissini hiçbir şekilde tarif etmem mümkün değil. Uykusuz geçen her nöbetten sonra evime yorgun dönerken dahi birilerine yardımcı olmanın hazzını hiçbir şeyle değişemem. Yeni doğan bir bebeğin ilk kalp atışlarına ve yaşamını yitiren bir hastanın son kalp atışlarına şahit olmak, doğum ile ölüm arasındaki o ince çizginin etrafında olmak benim bir tarafımı duygusal, bir tarafımı bir o kadar güçlü yaparken daima hayatımın ve mesleğimin çok değerli olduğunu hatırlattı.

Bu meslekte uzun yıllardır emek veriyorum ve daima mesleğimde kendimi yetersiz hissediyorum, sürekli kendimi yetiştirmem ve geliştirmem gerektiğini düşündüm. Bu amaçla çalışırken kimi zaman desteklendim, kimi zaman da engellendim ama bir gün bu mesleğin daha saygın ve onurlu bir meslek grubu olacağı umudunu hiç kaybetmedim.

Mesleğimin statü sorunları oldukça fazla; yıllardır işin mutfağında çalışıp vitrinde yer almamak, meslekte kariyer yapamamak manevi olarak yıldırıcı bir psikoloji yaratmakta, çoğu meslektaşımda olduğu gibi kendini yenileme isteğini ortadan kaldırmaktadır. Kendini mesleki olarak geliştiren, eğitim ya da yöneticilik alanlarında çalışmak isteyen meslektaşlarımın da önüne lisans engeli çıkmaktadır. Çoğu meslektaşım yüksek lisans yapabilmek için kendi meslekleriyle alakası olmayan bölümleri okuyarak lisans tamamlamak zorunda kalmışlardır; bu nedenle bölümün lisans seviyesine yükseltilmesi çok önemlidir.

Lisans mezunu olmak bu meslek grubuna çok şey katacaktır. Kişiler mesleğe başlarken daha bilgili ve donanımlı başlayacak, mesleğini icra ederken daha yaratıcı düşünecek ve vizyonu olan bir meslek grubu olma yolunda bir ilerleme kaydedilecektir.

Beni yetiştiren, benim ben olmam da ciddi emekleri olan değerli hocalarıma minnettarım. Onlar bana bu mesleği sevdirdi, bu işin detaylarını, risklerini, etik kurallarını, disiplinli bir ekip işi olduğunu öğretti. Eminim onlar da daha donanımlı ve bilgili, kendini sürekli yenileyen bir meslek grubu ile çalışmaktan güven ve mutluluk duyacaklardır.

Tüm meslektaşlarımın mesleği vizyon sahibi yapma yolundaki emekleri ve çabalarının karşılık bulması dileğiyle başarılar dilerim.

Selda ERTAŞ

Anestezi Teknikeri

PEDİATRİK VAKALARDA ENDOTRAKEAL ENTÜBASYON

Endotrakeal entübasyon, oral veya nazal olarak trakea içine yerleştirilen bir tüp yoluyla havayolu açıklığının sağlanması yöntemidir. Erişkinlerde olduğu gibi çocuklarda da hava yolunun en güvenilir kontrol yöntemidir. Anestezi sırasında entübasyon ilk kez 1920 yılında Rowbotham ve Magill tarafından uygulanmıştır. Başarılı entübasyon uygun büyüklükte seçilen endotrakeal tüpün trakea içinde uygun seviyede yerleşiminin sağlanması olarak tanımlanabilir. Doğru, güvenilir ve hızlı olmalıdır. Tekrarlanan ve uzamış entübasyon girişimleri morbiditeyi ve mortaliteyi artırabilir.

Pediyatrik ve yetişkin hastalar anatomik açıdan farklılıklar gösterir.

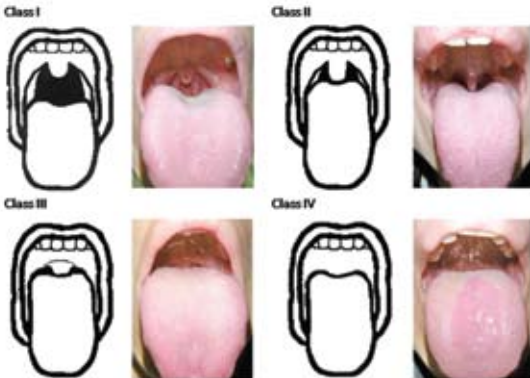
Bu farklılıklar ;

- Pediyatrik hastalarda kafa ve dil büyük, boyun ve trakea kısadır. Trakeanın boyu kısa olduğundan endobronşial entübasyonu engellemek için tüpün ucu vokal kordları 1 cm'den fazla geçmemelidir.
- Epiglot sert, kısa ve U şeklindedir. Bu nedenlerle düz laringoskop ucunun daha iyi görüş sağlayacağı düşünülür.
- Adenoid ve tonsiller belirgindir.
- Boyun ekstansiyonu larenks ve trakea arasında açılmaya yol açar.
- Larenks daha önde ve yukarıda, C3-C4 hizasındadır. (erişkinlerde C5-C6 hizasında) Aşağı doğru huni biçiminde daralır.
- Havayolunun en dar kısmı glottis değil krikoid kıkırdak ve subglottik bölge olup genişleme yeteneği yoktur.
- Kaf basıncına bağlı olarak mukozada kolaylıkla iskemik ödem gelişebilir ve lümeneye doğru ilerleyerek ciddi obstrüksiyona yol açabilir.
- Vokal kordlar trakeaya doğru eğimli uzanırlar, körlemesine itilen tüp trakea içine girmek yerine kolaylıkla ön komissürlere yerleşebilir.
- Erişkinde sağ ana bronş orta hatla daha dar bir açı yaparken, çocuklarda her iki bronş eşit açılarla ayrılır.
- İnterkostal ve diyafragmatik kaslar zayıftır.

Havayolunun değerlendirilmesi havayolu yönetiminin esas parçasıdır. Yüz anomalisi olup olmadığına bakılmalıdır. Daha önce entübasyon güçlüğü hikayesi de değerlendirilmelidir. Konjenital sendromlar (Treacher-Collins, Pierre Robin, Down gibi), enfeksiyöz, travmatik, neoplastik veya inflamatuvar hastalıklar havayolu yönetimini güçleştirebilir.

Havayollarının değerlendirilmesinde ;

1. Orofaringeal klasifikasyon (Mallampati sınıflaması)
2. Mandibuler açıklık, mandibula boyutu
3. Büyük çocuklarda boynun fleksiyon-ekstansiyon ve rotasyon durumu, baş ve boyun hareketlerinin derecesi
4. Boyun bölgesinin kas yapısı ile uzunluk ve kalınlığı
5. Damak şekli
6. Maksiler dişlerin mandibuler dişler üzerine oturma derecesi (oklüzyon), diş durumu



7. Toraks büyüklüğü ve patolojik durumlar
8. Dil ve tonsiller → kontrol edilmelidir.

Mallampati Sınıflaması:

- Sınıf I : Yumuşak damak, uvula ve velar dokular görülebilir.
- Sınıf II : Yumuşak damak ve uvula görülebilir.
- Sınıf III : Yumuşak damak ve uvulanın tabanı görülebilir.
- Sınıf IV : Yumuşak damak görülemez.

Entübasyon işlemi öncesi kullanacağımız malzemeleri hazırlamalı ve çalışır durumda olmalarına dikkat etmeliyiz.

İşlem öncesi gerekli malzemeler ;

1. Farklı büyüklükte yüz maskeleri
2. Farklı büyüklükte airwayler
3. Laringoskop ve bledler
4. Aspiratör
5. Aspirasyon sondası
6. Ventilasyon için ambu, anestezi makinası
7. Oksijen
8. Anestezik ve acil ilaçlar
9. Pulse oksimetre, kapnograf
10. Stile
11. Kaf için enjektör
12. Endotrakeal tüp
13. Monitörizasyon için elektrokardiyogram, tansiyon aleti, ısı probu

Entübasyon sırasında uygun endotrakeal tüp kullanımı önemlidir. Kafli endotrakeal tüp kullanıldığında genellikle tüp çapında yarım numara daha küçük tüp seçilmelidir. Aspirasyon riski olan çocuklarda kafli tüp kullanımı gereklidir.

Uygun endotrakeal tüpü belirlemek için kullanılan formüller(1 yaş üzeri çocuklar için):

Tüpün iç çapı(mm)= 4+yaş(yıl)/4

Oral tüp uzunluğu(cm)= yaş(yıl) / 2 + 12

Nazal tüp uzunluğu(cm)=yaş(yıl) / 2 + 14

Endotrakeal tüpün derinliği = endotrakeal tüpün iç çapı x 3

Tablo 1: Hasta yaşına göre tüpün çapı ve uzunluğu

YAŞ	TÜPÜN İÇ ÇAPI(mm)	DUDAK -TRAKEA UZUNLUĞU(cm)
Prematüre	2,5	10
1-6 ay	3,5	11
6-12 ay	4,0	12
2 yaş	4,5	13-14
4 yaş	5,0	14-15
6 yaş	5,5	15-16
8 yaş	6,0	16-17

Çocuklar hipoksiye çok duyarlı oldukları için entübasyon öncesi % 100 oksijen ile preoksijenizasyon yapılmalıdır. İnfanlarda başarılı entübasyon için baş ve boyun nötral pozisyona getirilir, laringoskop ağzın sağ tarafından dili sola itecek şekilde ağız içine sokulur ve vallekülaya kadar itildikten sonra yukarı

ve öne doğru kaldırılır.Çocuklarda entübasyon sırasında baş altına destek konulmamalı, neonatal ve infantların kafaları büyük olduğu için sırt ve omuzlarının altı rulo ile desteklenmelidir.Bu şekilde vokal kordların görülmesi kolaylaşır.Epiglot görüldükten sonra bleyd epiglotuda altına alacak şekilde ilerletilir ve vokal kordlar görülerek hasta uygun endotrakeal tüp ile entübe edilir.

Endotrakeal tüpün yerinin doğrulanması çok önemlidir ;

- Tüpün trakeaya girip ilerlediğinin gözle görülmesi
- Ekspirasyon sırasında tüpün nemlendiğinin görülmesi
- Her iki akciğerin eşit havalandığının gözlenmesi, epigastriumun ve her iki akciğerin dinlenmesi,
- Kapnografla end tidal CO2 miktarının izlenmesi

Zor entübasyon nedenleri genellikle etiyojisine göre (kalıtsal, enflamatuvar, travmatik, metabolik) veya anatomik yerleşimine göre sınıflandırılabilir.

Entübasyon güçlüğüne neden olabilecek bazı durumlar şunlardır ;

1. Konjenital anomaliler (koanal atrezi, ansefolasel, makroglossi, Treacher – Collins, Klippel – Feil ve Pierre Robin, Goldenhar, Down ve Turner sendromları, akondroplazi)
2. Küçük ve geride mandibula, fırlak üst dişler, yüksek damak ve küçük ağız, hareketi kısıtlı mandibula ve atlantoaksipital eklem

3. Büyük dil
4. Aşırı şişmanlık
5. Ağız içinde apse, krup, tümörler, travmatik yabancı cisimler, epiglottit
6. Endokrin hastalıklar (akromegali, hipotiroidizm)

Havayolu güçlüğü ile karşılaşıldığında yeterli oksijenasyonun sağlanması ve mide içeriği aspirasyonunun önlenmesi, üzerinde durulması gereken konulardır. Acil restüstasyon için gerekli koşullar sağlanmalı ve yardımcı olabilecek kişilerden yardım istenmelidir. Entübasyon güçlüğünde, baş ve boyun pozisyonu ayarlanması, krikoid bası uygulanması, Magill kullanılması, stile yerleştirilmesi, değişik laringoskop ve bleyd denenmesi baş vurulacak yöntemlerden bazılarıdır. Fiberoptik bronkoskop veya larengal maske (LMA) zor havayolu yönetiminde hava açıklığını sağlamak için bulundurulmalıdır.

Entübasyon işleminde nabız ve tansiyonda artış olur. Hipoksi , regürjitasyon, aspirasyon, kardiyak arrest gibi komplikasyonlar görülebilir.Diğer komplikasyonlar arasında dil ve yanakta erozyonlar, diş kırılması, vokal kordlarda hasar, nazofarengal mukozanın yırtılması, pnömotoraks ve pnömomediastinum sayılabilir.Entübasyonun hızlı olması hipoksi açısından önemlidir.Bunun için her bir deneme 15 – 20 saniyeden uzun sürmemelidir.Tüpün yanlış yerleştirilmesi de önemli bir komplikasyondur.Tüpün fazla ilerletilmesi sağ ana bronşa girmesine neden olur.Tüpün özefagusa yerleştirilmesi de yanlış entübasyon örneğidir.Entübasyon sırasında vagal sinirin larengal dallarının uyarılması ile bradiaritmilerle karşılaşabiliriz.

Çocuklarda doğru ve başarılı havayolu kontrolü sağlayabilmek için ;

1. Çocuklarda havayolunun erişkinlerden farklı olduğu bilinmeli, doğru ve tam bir anatomi ve fizyoloji bilgisine sahip olunmalıdır.
2. Araç-gerecin seçimi doğru yapılmalı ve bu araç-gerec eksik olmamalıdır.
3. Hizmet içi eğitim ve uygulamalar sürekli yapılmalı, klinik deneyim kazanılmalıdır.
4. Bu prensiplere uyulduğunda pediatrik hastalarda havayolu idaresi kolaylıkla sağlanabilir.

Şükran BALKANER

Anestezi Teknikeri

Kaynaklar ;

1. S.Taner Balcıoğlu (Havayolu Açma Teknikleri ve Ekipmanları)
2. S.Taner Balcıoğlu (Endotrakeal İntübasyon Gereçleri) 1999
3. Uzm.Dr.Senem Tüfekçioglu; Havsak Tıp Merkezi, Ankara (Pediatrik Hastalarda Entübasyon) Klinik Pediatri, 2003;2(2):78-80
4. Aysun Çatlık, Tanıl Kendirli, Erdal İnce; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara (Çocuk Yoğun Bakım Hastalarında Endotrakeal Entübasyon Deneyimleri)Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası; 2006; 59;93-97
5. Robert K. Stoelting, Ronald D. Miller; Temel Anestezi, Beşinci Baskı, 33; 506-507
6. G. Edward Morgan, Magged S. Mikhail, Michael J. Murray; Klinik Anesteziyoloji,Lange, Dördüncü Baskı; 44; 924-935-936
7. M. Reinhard, R. Schafer; Klinik Klavuzu Anesteziyoloji; Haziran 1995

ANNE VE ÇOCUK

Sabaha doğru gün ışımaya başlamıştı. Perdeleri olmayan hastane odasının penceresinden giren aydınlık, içeriyi gecenin karanlığından ayırıp loş bir hale sokmuştu. Önceki gün ikindi ile başlayan kar yağışı durmuş, her tarafı beyaz bir örtü kaplamıştı. Karın ağırlığını yüklenmiş zayıf, çıplak ağaç dalları yere doğru eğilmişti.

Gece boyunca uyuyamayan genç kadın, o yorgun bedenini oturduğu iskemleden sürükleyerek pencereye yaklaştırdı. Hastaneye geldiği saatten bu yana ağlayan genç kadının gözyaşları adeta kurumuş, gözkapakları hareketini kaybetmişti. Dışarının aydınlığıyla kamaşıp yanan gözlerini, dünden beri hasta yatağında öyle hareketsizce yatmakta olan çocuğuna çevirdi. Rengi iyice solmuş, dudakları kuruyarak kabuk bağlamıştı. Çocuğun arada bir kısa ve kesik inlemeleri olmasa, yaşadığına ikna olmaya imkân yoktu.

Genç kadın, daha iki gün önce koşup oynayan, kahkahalar atan, yaşama sevinci ile dolu, kıpır kıpır bu sevimli, masum yavrucağına uzun uzun baktı; yutkunmaya çalıştı ama yine de boğazındaki düğümü çözemedi. Çocuğunun o masum tebessüm ve bakışlarından birine, bir daha şahitlik etmek için neler vermezdi ki şimdi. Gözlerinin önünden buğular yükseliyor zannına kapıldı. Yüreği daraldıkça daralıyordu. Garı ihtiyari elini göğsüne doğru götürdü; zira yumru gibi bir ağrı oturmuştu oraya ve bir türlü geçmek bilmiyordu. Çocuğu bu halde yattıkça da -Allah(c.c) korusun, daha kötü de olabilir- derin ve acısız nefes almasına imkân yoktu. Çöktüğü iskemlede sırtını kalorifer peteğine dayayarak, bakmaya kıyamadığı minik yavrusu için dualar ediyor, sürekli kımıldayan dudakları arasından arada bir, belli belirsiz derin ahlar işitiliyordu. Bir ara tekrar dışarı baktı; kar tekrar yağmaya başlamıştı ve ağaçların boyu iyice kısalmıştı.

Bir hemşire içeri giriyor, genç kadına bir şeyler söylüyor; kadın işitiyor ama boşalan ya da duran zihni hiçbir şeyi algılayamıyordu. Bir iki kelime hariç; “annesı”, “çocuk” Evet, evet... O bir anne idi ve bu kimsesizler mahpushanesi gibi hastane odasında, öylece cansız bir şekilde yatan çocuk ta onun çocuğuydu. Anne ve çocuk... Hangi tablo, bunun kadar anlamlı ve hangi ilişki bu kadar güçlü olabilirdi ki. Çocuğu için güçlü olması gerektiğini biliyordu. O anne idi ve eğer çocuğuna bir şey olursa en zayıf insan o olacaktı.

Çocuk öylece, hareketsizce yatıyordu. Acaba o da kendi halinden haberdar mıydı? Acı çekiyor mudur ki acep. Anne, elinde temiz, ıslak bir bez ile çocuğunun kabuklanıp kurumuş dudaklarını ıslatıyor, üzerindeki örtüyü düzeltiyor, saçlarını okşuyor; ona bakıp bakıp, artık dışarıya akmayan gözyaşlarını içine akıtıyordu.

Hastane koridorundan çığlıklar, bağırsıklar, feryadı fğanlar yükselmeye başladı. Genç kadın, dizlerinden tutunarak ayağa kalktı; kapıdan dışarı baktı. En çok ağlayan kadını tanımıştı. O da kendi gibi hasta çocuğunun başında bekleyen bir anne idi. Daha dün konuşmuşlardı; birbirlerinin hal ve hatırını sormuşlardı. “Durumu biraz daha iyi şimdi. Toparlanacak inşallah” demişti o kadın; o anne. Şimdi ise bütün acılar onundu.

Tekrar içeri girdi. Çocuğuna bir daha metanetle bakmaya çalıştı. Gözlerinin önünde yavrucak öylece yatıyordu. “Ya...” dedi, “ya benim çocuğum da...” dedi bir daha. Gerisini düşünmek bile istemiyordu, için için, hıçkırık hıçkırık, bir gözyaşı sağanağı içinde...

Abdurrahman ÇİÇEK

Anestezi Teknikeri

KONYA SEMPOZYUMU

Anestezi Teknisyenleri ve Teknikerleri Derneğinin III.Semineri Konya’da Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesinde 26-27 Kasım 2011’de düzenlenmiştir. Seminere, yaklaşık 300 kadar Anestezi teknisyen ve teknikerinin yanı sıra Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı öğretim görevlileri, Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı öğretim görevlileri ile Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı’ndan öğretim görevlileri katılmıştır. İki gün süren seminerde, açılış konuşması Dr Ruhiye Reisli (Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı) ve ATTD yönetim kurulu başkanı Dr Serpil Ustalar Özgen tarafından yapılmıştır.

Seminerin ilk konusu olan Yanlış ilaç uygulamaları sayın Anes. Tek.Sema Erdoğan (Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı) tarafından anlatılmış, seminere; Hemodinami parametrelerinde doğru bildiğimiz yanlışlar Anes.Tek. Esin Erkek (Acıbadem Kadıköy Hastanesi), Postoperatif bulantı kusma (Anes.Tek.Ahmet Emre Azaklı), İntraoperatif desaturasyon (Dr Z. Serpil Ustalar Özgen, Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı) konuşmaları ile devam edilmiştir. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Dekanlık binasında yenilen nefis öğle yemeğinden sonra seminere; Anestezi’de ‘mobbing’ (Prof Dr Ülkü Aypar, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı), Laparoskopik cerrahilerde anestezi komplikasyonları (Dr Ahmet Topal, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı), Kan transfüzyonları ve komplikasyonları (Dr Rukiye Reisli, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı), Pozisyon komplikasyonları (Anes. Tek.Şükran Balkaner, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı) konuşmaları ile devam edilmiştir. Dr Serpil Ustalar Özgen’in Özbekistan-seyahat anı ve fotoğrafları ile farklı bir perspektiften Orta Asya hakkında bazı bilgiler edindikten sonra Sayın Anes. Tek Hacı Çıkrıkçı’nın Özbekistan’da Yarı damak dudak deneyimlerimiz konulu oldukça öğretici, heveslendirici konuşması ile ilk günün oturumları son bulmuştur.

Konya mutfağının özel ve çok lezzetli yemeklerinden oluşan akşam yemeğinin ardından katılımcılar için unutulmaz olan Sema törenine eşlik edilmiştir. 27 Kasım günü ise daha önceki seminerlerde çok ilgi gören ve tekrarı istenen CPR Çalıştayı Dr Fevzi Toraman-Dr Meltem Açıl (Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı) tarafından bir kez daha katılımcıların yoğun ilgisi ile gerçekleştirilmiştir. Kocaeli-Kartepe’ye planlanan gezinin tanıtımı ve kapanış konuşmasının ardından Konya ekibimizin düzenlediği Mevlana müzesi gezisi ile Konya seminerimiz son bulmuştur.

Yerel basının yakından takip ettiği seminerde emeği geçen tüm arkadaşlarımıza, tüm öğretim görevlileri ve hocalarımıza, özellikle çok fedakarca bizleri Konya’da mükemmel şekilde ağırlayan Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı öğretim görevlileri ve emeği geçen tüm Anestezi Teknisyeni/Teknikeri arkadaşlarımıza Sayın Mustafa Kibar ve Sayın Hasan Uygur Koç adında çok teşekkür ederiz.

KONYA SEMPOZYUMUNDAN GÖRÜNTÜLER





BİRAZDA GÜLELİM

AĞRI POLİKLİNİĞİ:

Mecburi hizmetini yapmak üzere Ağrı'ya giden Anestezi Uzmanı Dr. Arkadaşımız görevine başladıktan birkaç ay sonra Ağrı polikliniğini hizmete sokmuştur. Bir kaç gün sonra da şikayetler başlamıştır. Kars'lılar isyan etmiştir. Neden Ağrı'nın polikliniği var da bizim yok diye!!!!(Kısa bir süre önce yaşanmış gerçek bir olaydır)

ACİL GÖZLEM:

Rahatsızlanarak acile getirilen hastayı doktor görür ve hemşire hanıma -hastayı acil gözleme alın der. Bir anda hasta yakınları odayı boşaltır. Ekip hastayla ilgilenmeye başlar. Bir süre sonra kapı çalınır hasta yakını içeri girer, hemşire hanımın kulağına eğilerek - Dr. Bey hastaya acil gözleme alın demişti ya gözlemeyi getirdik. Acaba siz mi yedirirsiniz yoksa anası mı gelsin yedirsin?

BETEROL: Terliyen soğuk su içip ya da cereyanda durup hasta olursanız ben demiştim diyen anneniz size bu ilaçtan verir:)



***** 2001 yılında acil stajındayız. Trafik kazası olmuş hastalar geldi. Ben ve Beyin Cerrahi Asistanı hastaları dolaşıyoruz, ben notlar yazıyorum. Bu hastaya hemogram, biyokimya vs... Şu hastaya IP yapalım, seti hazırlayın gibi... Derken bir hastanın önünde durduk, yanımdaki asistan muayenesini yaptı ve “Bu hastaya CT çekin” dedi. Yarı baygın hasta yerinden öfke ile doğrulmaya çalışarak “kimse bana si...ir çekemez lan” dedi ve sedyeye yığıldı...

**** 2004 yılı, 4. sınıf dahiliye stajındayız hoca tüm civcivlerini (yeni stajerlere civciv denirdi) topladı ve birlikte vizite çıktık. Vizitin ortalarına doğru girilen bir odada hastalardan birine yazılan bir antihipertansif beğenmeyen hocamız hepimize alternatif bir antihipertansif

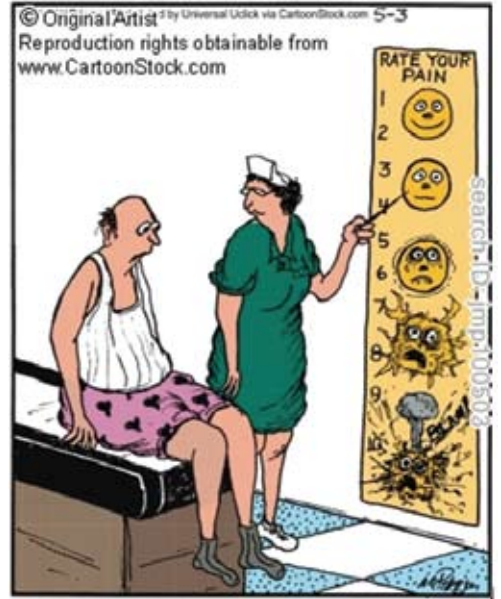
önermemizi söyledi. Biz daha servislere yeni ayak basmış civcivler olarak tavandaki ve yerdeki çatlaklara bakıyor, hocanın gözleri ile aynı koordinatta buluşmamaya dikkat ediyorduk. En sonunda sinirlenen hoca stajer arkadaşlardan birine “getir Vademecum’u dedi.” Heyecanla yerinden fırlayan ve gözlerinden korku okunan stajer arkadaş koridora çıkıp

‘Fadime Kum, Fadime Kuuummm” diyerek hepimizi kahkahadan kırdı.

**** Üroloji servisinde hastalar arasında sohbet. Ameliyatını bekleyen ve korktuğu her halinden belli olan hastayı daha önce ameliyat olmuş hasta cesaretlendirmeye ve ona moral vermeye çalışmaktadır. Ameliyat olmuş hasta der ki: Hiç korkacak bir şey yok. Hepimizin başına geldi. Endişelenme. Ben sana neler olacağını anlatayım. Belinden küçük bir iğne yapacaklar. Hemen uyuyuyacaksınız. Uyandığında her şey bitmiş ve yatağına getirilmiş olacaksınız.



www.penguen.com



Hazırlayan: Sema Erdoğan

SOLUNUM SİSTEMLERİ



altech®

SOLUNUM DEVRELERİ | FİLTRELER | KATETER MOUNT



ALTERA®

Alterra Tıbbi Malzeme Sanayi ve Ticaret A.Ş.

Fabrika | Turan Mahallesi, Tire Organize Sanayi Bölgesi Tire 35900 İZMİR

Tel: (232) 513 51 10 (Pbx) | Fax: (232) 513 51 14

Merkez | 5758 Sokak No: 4/C Kat: 2/3 Karabağlar - İZMİR

Tel: (232) 237 59 49 (Pbx) | Fax: (232) 253 94 04

bir mediteragroup şirkettir.

CE 0197


TÜVRheinland®
EN ISO13485
EN ISO 9001:2000

www.altech.com.tr

www.altera.com.tr