

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Gastroenteroloji ve Hepatoloji Bilim Dalı

GASTRİONTESTİNAL VE HEPATOLOJİK ACİLLER

Servis Asistanları İçin Pratik Kılavuz

Şubat 2026

İÇİNDEKİLER

- BÖLÜM 1:** Üst Gastrointestinal Sistem Kanamaları
- BÖLÜM 2:** Alt Gastrointestinal Sistem Kanamaları
- BÖLÜM 3:** Akut Pankreatit
- BÖLÜM 4:** Akut Karaciğer Yetmezliği (AKY)
- BÖLÜM 5:** Spontan Bakteriyel Peritonit (SBP)
- BÖLÜM 6:** Hepatik Ensefalopati
- BÖLÜM 7:** Akut Varis Kanaması
- BÖLÜM 8:** Akut Biliyer Aciller (Akut Kolanjit & Akut Kolesistit)
- BÖLÜM 9:** Toksik Megakolon
- BÖLÜM 10:** İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında Akut Alevlenme
- BÖLÜM 11:** Akut Mezenterik İskemi
- BÖLÜM 12:** Kaustik Madde İngestion
- EKLER:** Hızlı Referans Tabloları ve Algoritmalar

BÖLÜM 1: Üst Gastrointestinal Sistem Kanamaları

1.1. Tanım ve Epidemiyoloji

Üst GIS kanaması, Treitz ligamanının proksimalinden kaynaklanan kanamadır. Yıllık insidans 50–150/100.000 olup mortalite %2–10 arasındadır. En sık nedenler peptik ülser (%35–50), eroziv gastrit/özofajit (%20–30), varis kanamaları (%10–20) ve Mallory-Weiss yırtıklarıdır (%5–10).

1.2. Klinik Değerlendirme ve Triyaj

Başvuru semptomları hematemez (taze kan veya kahve telvesi görünümlü kusma), melena (siyah, katranlı dışkı) veya masif kanamada hematokezya şeklinde olabilir. İlk değerlendirmede hemodinamik stabilite belirlenmelidir.

⚠️ KRİTİK: Hemodinamik İstabilite Kriterleri

Sistolik KB <90 mmHg, KAH >120/dk, ortostatik hipotansiyon (yatar pozisyondan kalkmada sistolik düşüş >20 mmHg), idrar çıkışı <0.5 mL/kg/saat, laktat >4 mmol/L. Bu hastalarda HEMEN resusitasyon başlatın!

1.3. İlk Yönetim Algoritması

- **ABC Değerlendirmesi:** Hava yolu güvenliği (masif hematemezte entübasyon düşün), iki geniş damar yolu (16–18G), monitörizasyon.
- **Sıvı Resüsitasyonu:** Kristaloid (izotonik NaCl veya Ringer laktat) 500 mL bolus, hedefe göre tekrar.
- **Kan Ürünleri:** Hb <7 g/dL hedefinde tranfüzyon (kardiyovasküler hastalıkta <8 g/dL). Masif kanamada 1:1:1 protokolü (ES:TDP:TS).
- **PPI Tedavisi:** IV esomeprazol/pantoprazol 80 mg bolus, ardından 8 mg/saat infüzyon (ön-endoskopik).
- **Eritromisin:** Ön-endoskopik 250 mg IV (endoskopiden 30–90 dk önce) – mide boşaltımını hızlandırır, görüntü kalitesini artırır.
- **Antikoagülan Yönetimi:** Warfarin kullanımında INR >2.5 ise K vitamini IV 10 mg + TDP veya PCC. DOAK kullanımında son 24 saat içinde idarüsumab (dabigatran) veya andexanet alfa (Xa inhibitörleri) değerlendir.

1.4. Risk Skorlamaları

Glasgow-Blatchford Skoru (GBS): Endoskopi öncesi risk değerlendirmesi için kullanılır. GBS = 0 olan hastalar ayaktan takip edilebilir.

Parametre	Değer	Skor
BUN (mg/dL)	18.2–22.3	2
	22.4–27.9	3
	28.0–69.9	4
	≥70.0	6
Hemoglobin (g/dL) – Erkek	12.0–12.9	1

Parametre	Değer	Skor
	10.0–11.9	3
	<10.0	6
Sistolik KB (mmHg)	100–109	1
	90–99	2
	<90	3
Kalp hızı ≥ 100 /dk	Evet	1
Melena	Evet	1
Senkop	Evet	2
Karaciğer hastalığı	Evet	2
Kalp yetmezliği	Evet	2

Endoskopi Zamanlaması

Yüksek riskli hastalar (GBS ≥ 7 , hemodinamik instabilite): 12 saat içinde acil endoskopi. Stabil hastalar: 24 saat içinde endoskopi. GBS = 0: Ayaktan takip düşünülebilir.

1.5. Endoskopi Sonrası Yönetim

Forrest sınıflamasına göre tekrar kanama riski ve PPI tedavi süresi belirlenir:

Forrest Sınıfı	Bulgular	Tekrar Kanama %	Tedavi
Ia	Aktif fışkıran kanama	%55	Endoskopik + IV PPI 72s
Ib	Aktif sızma	%55	Endoskopik + IV PPI 72s
IIa	Görünür damar	%43	Endoskopik + IV PPI 72s
IIb	Yapışık pıhtı	%22	IV PPI
IIc	Düz leke	%10	Oral PPI
III	Temiz taban	%5	Oral PPI

BÖLÜM 2: Alt Gastrointestinal Sistem Kanamaları

2.1. Tanım ve Etiyoloji

Alt GIS kanaması, Treitz ligamanının distalinden kaynaklanan kanamadır. Hematokezya (kırmızı veya koyu renkli rektal kanama) ile prezente olur. Başlıca nedenler divertiküler kanama (%30–40), anjiyodisplazi (%5–10), kolorektal neoplazmlar, iskemik kolit, inflamatuvar barsak hastalıkları ve hemoroidlerdir.

2.2. İlk Değerlendirme

- **Öncelikle üst GIS kaynaklı kanama ekarte edin:** Masif üst GIS kanamaları hematokezya ile prezente olabilir. Nazogastrik lavaj veya erken ösofagogastroduodenoskopi (EGD) düşünün.
- **Hemodinamik stabiliteyi değerlendirin:** Aynı resüsitasyon prensipleri geçerlidir.
- **Rektal tuşe:** Her hastada yapılmalıdır. Kanamanın rengi ve miktarı değerlendirilir.

2.3. Tanısal Yaklaşım

- **Kolonoskopi:** Hemodinamik stabil hastalarda barsak hazırlığı sonrası 24 saat içinde yapılmalıdır. Alt GIS kanamalarında birincil tanısal ve tedavi edici yöntemdir.
- **BT Anjiyografi:** Aktif kanama hızı $>0.3\text{--}0.5\text{ mL/dk}$ olduğunda kaynağı lokalize edebilir. Kolonoskopi öncesi yapılabilir.
- **Konvansiyonel Anjiyografi:** BT'de pozitif bulguda veya masif devam eden kanamada embolizasyon amaçlı uygulanır.
- **Sintigrafi (Tc-99m işaretli eritrosit):** Düşük hızlı kanama ($\geq 0.1\text{ mL/dk}$) tespitinde kullanılır.

⚠ DİKKAT: Masif Alt GİS Kanaması

24 saatte >4 ünite ES tranfüzyonu, hemodinamik instabilite veya devam eden aktif kanama durumunda multidisipliner yaklaşım (Gastroenteroloji + Girişimsel Radyoloji + Cerrahi) koordine edilmelidir.

BÖLÜM 3: Akut Pankreatit

3.1. Tanı Kriterleri

Aşağıdaki 3 kriterden en az 2 tanesi varlığında tanı konur (Revize Atlanta Sınıflaması, 2012):

- **Tipik karın ağrısı:** Epigastrik bölgede ani başlayan, sırta vuran, şiddetli ağrı.
- **Serum amilaz veya lipaz:** Normalin üst sınırının ≥ 3 katı (lipaz daha spesifik).
- **Görüntüleme:** BT, MRG veya US'de akut pankreatitle uyumlu bulgular.

3.2. Etiyoloji

Safra taşları (%40) ve alkol (%30) en sık iki nedendir. Diğer nedenler: hipertrigliseridemi (TG >1000 mg/dL), hiperkalsemi, ilaçlar (azatioprin, valproik asit, mesalamin), ERCP sonrası, otoimmün pankreatit, anatomik varyasyonlar (pankreas divisum) ve idiyopatik (%15–25).

3.3. Şiddet Değerlendirmesi

Şiddet	Tanım	Mortalite
Hafif	Organ yetmezliği yok, lokal/sistemik komplikasyon yok	<%1
Orta-şiddetli	Geçici organ yetmezliği (<48 saat) veya lokal komplikasyon	%5–10
Şiddetli	Kalıcı organ yetmezliği (>48 saat)	%30–50

3.4. Yönetim

- **Agresif sıvı tedavisi:** Ringer laktat 1.5 mL/kg/saat, ilk 24 saatte hedef sıvı 250–500 mL/saat. BUN, hematokrit ve idrar çıkışı ile monitörize et. Kalp yetmezliği veya böbrek yetmezliğinde dikkatli ol.
- **Ağrı yönetimi:** Multimodal analjezi (parasetamol + NSAID + opioid basamaklı yaklaşım). Morfin pankreatitte kontrendike DEĞİLDİR – güvenle kullanılabilir.
- **Beslenme:** Hafif pankreatitte ağrı azaldığında erken oral beslenme (düşük yağlı katı gıda). Şiddetli pankreatitte 72 saat içinde nazojejunal veya oral enteral beslenme başlat. TPN ancak enteral beslenme tolere edilemezse!
- **Antibiyotik:** Profilaktik antibiyotik ÖNERİLMEZ. Sadece enfekte nekroz (FNA ile kanıtlanmış), kolanjit veya diğer enfeksiyon durumlarında.
- **ERCP endikasyonları:** Biliyer pankreatit + kolanjit veya persistan koledok taşında acil ERCP (<24 saat). Sadece biliyer pankreatitte rutin ERCP endike değildir.

BISAP Skoru (Basit Yatakbaşı Skoru)

BUN >25 mg/dL (1 puan), Impaired mental status (1), SIRS (1), Age >60 (1), Pleural effusion (1).
Toplam ≥ 3 : şiddetli pankreatit riski yüksek, yoğun bakım değerlendirme yap.

BÖLÜM 4: Akut Karaciğer Yetmezliği (AKY)

4.1. Tanım

Daha önce bilinen karaciğer hastalığı olmayan kişide koagülopati (INR ≥ 1.5) ve herhangi bir derecede hepatik ensefalopati gelişmesidir. Semptomların başlangıcından itibaren 26 hafta içinde ortaya çıkmalıdır.

4.2. Sınıflandırma

Tip	Süre (Sarılık–Ensefalopati)	Prognoz
Hiperakut	<7 gün	En iyi spontan sağkalım
Akut	7–28 gün	Orta
Subakut	28 gün–6 ay	En kötü prognoz

4.3. Etiyoloji

Türkiye’de en sık nedenler: Viral hepatitler (HBV akut/reaktivasyon, HAV), ilaçlara bağlı (parasetamol toksisitesi, anti-tüberküloz ilaçlar, bitkisel preparatlar), Wilson hastalığı, otoimmün hepatit, Budd-Chiari sendromu, gebelik yağlı karaciğeri/HELLP ve seronegatif/indetermine vakalardır.

4.4. Acil Yönetim

- **İlk tetkikler:** KC fonksiyon testleri, INR/PT, tam kan sayımı, BUN/kreatinin, elektrolitler, glukoz, laktat, arter kan gazı, amonyak, serolojiler (HAV IgM, HBsAg, Anti-HBc IgM, HCV RNA, HEV IgM), parasetamol düzeyi, toksikoloji tarama, seruloplazmin, otoimmün belirteçler (ANA, ASMA, IgG).
- **Parasetamol toksisitesi:** N-asetilsistein (NAC) protokolü derhal başlat. IV: 150 mg/kg 1 saatte, 50 mg/kg 4 saatte, 100 mg/kg 16 saatte. Non-parasetamol AKY’de de NAC faydalı olabilir (ensefalopati evre I–II).
- **Serebral ödem yönetimi:** Yaşamı tehdit eden en önemli komplikasyondur. Baş 30° elevasyonu, hipertonic salin (%3 NaCl, hedef Na 145–155 mEq/L), mannitol (0.5–1 g/kg IV), gerektiğinde ICP monitörizasyonu.
- **Koagülopati:** Sadece aktif kanama veya invaziv işlem öncesinde düzeltin! INR prognoz takibinde önemlidir, gereksiz TDP vermekten kaçın.
- **Hipoglisemi:** Sık kan şekeri takibi (her 1–2 saat). %10 dekstroz infüzyonu, hedef >70 mg/dL.

⚠ TRANSPLANTASYON DEĞERLENDİRMESİ

King’s College Kriterleri: Parasetamol – pH <7.3 VEYA (INR >6.5 + Kreatinin >3.4 + Ensefalopati evre III–IV). Non-parasetamol – INR >6.5 VEYA (herhangi 3ü: Yaş <10 veya >40, etiyoloji indetermine/ilac, sarılık-ensefalopati süresi >7 gün, INR >3.5, bilirubin >17.4 mg/dL). Kriterleri karşılayan hasta DERHAL transplant merkezine bildirilmelidir!

BÖLÜM 5: Spontan Bakteriyel Peritonit (SBP)

5.1. Tanım ve Risk Faktörleri

SBP, sirotik asitli hastalarda belirgin bir intraabdominal enfeksiyon kaynağı olmaksızın periton sıvısının enfeksiyonudur. Asitli sirotik hastaların %10–30'unda gelişir. Risk faktörleri: Düşük asit protein düzeyi (<1.5 g/dL), önceki SBP öyküsü, GIS kanaması, ileri hepatik yetmezlik (Child-Pugh C).

5.2. Tanı

Parasentez her ateşli sirotik hastada, karın ağrısında, hepatik ensefalopati geliştiğinde, böbrek fonksiyon bozulmasında veya açıklanamayan klinik kötüleşmede derhal yapılmalıdır.

- **Tanı kriteri:** Asit PMNL (nötrofil) sayısı $\geq 250/\text{mm}^3$.
- **Kültür:** Parasentez sırasında kan kültürü şişesine yatak başında inokulasyon (≥ 10 artış sağlar).
- **Sekonder peritoniti dışı:** Birden fazla organizma, glukoz <50 mg/dL, protein >1 g/dL, LDH yüksekliği → BT çek.

5.3. Tedavi

- **Ampirik antibiyotik:** Sefotaksim 2g IV/8 saat (veya seftriakson 1–2g IV/24 saat) x 5 gün. Nozokomiyal SBP'de piperasilin-tazobaktam veya karbapenem düşün.
- **Albümin:** 1. gün 1.5 g/kg, 3. gün 1 g/kg IV albümin. Hepatorenal sendrom riskini %30'dan %10'a düşürür.
- **Tedavi yanıtı:** 48 saatte kontrol parasentez, PMNL'de %25 azalma beklenir.
- **Sekonder profilaksi:** Norfloksasin 400 mg/gün veya TMP-SMX (800/160 mg/gün) hayat boyu.

BÖLÜM 6: Hepatik Ensefalopati

6.1. Sınıflandırma (West Haven Kriterleri)

Evre	Klinik Bulgular
Minimal	Normal muayene, psikometrik testlerde bozukluk
Evre I	Dikkatsizlik, öfori veya anksiyete, kısa dikkat süresi
Evre II	Letarji, dezoryantasyon, asteriksis belirgin
Evre III	Somnolans, konfuzyon, belirgin dezoryantasyon, asteriksis
Evre IV	Koma, ağırlı uyarıya yanıt yok veya minimal

6.2. Tetikleyici Faktörler

Her hepatik ensefalopati episodunda sistematik olarak tetikleyici faktör aranmalıdır: Enfeksiyon (SBP, üriner, pnömoni), GIS kanaması, konstipasyon, elektrolit bozuklukları (hiponatremi, hipokalemi), böbrek yetmezliği, aşırı diüretik kullanımı, sedatif/opiat kullanımı, diyetle protein aşırı yüklemesi, TIPS, portal ven trombozu.

6.3. Tedavi

- **Laktüloz:** 30–45 mL oral her 1–2 saatte, günde 2–3 yumuşak dışkılama sağlanana kadar titre et. Oral alamayan hastalarda 300 mL laktüloz + 700 mL SF ile retansiyon lavmanı.
- **Rifaksimın:** 550 mg 2x1 oral. Laktüloza ek olarak verilir, nüksü önlemede altın standart kombinasyon tedavisidir.
- **Protein kısıtlaması ÖNERİLMEZ:** Normal protein alımı (1.2–1.5 g/kg/gün) devam etmelidir. Bitkisel ve süt proteinleri tercih edilebilir.
- **Tetikleyiciyi tedavi et:** Enfeksiyon, kanama, elektrolit bozuklukları gibi altta yatan nedeni düzelt.
- **Yoğun bakım:** Evre III–IV'te hava yolu koruması için YBÜ değerlendirmesi.

BÖLÜM 7: Akut Varis Kanaması

7.1. İlk Yaklaşım

Varis kanaması sirozun en ölümcül komplikasyonlarından biridir (6 haftalık mortalite %15–20). Masif kanama ile prezente olabilir ve hızlı resusitasyon esastır.

- **Resüsitasyon:** Kısıtlı tranfüzyon stratejisi (hedef Hb 7–8 g/dL). Aşırı tranfüzyon portal basıncı artırarak kanamayı kötüleştirebilir.
- **Vazoaktif ilaçlar:** Terlipressin 2 mg IV bolus, sonra 1 mg/4–6 saat (veya oktreotid 50 µg bolus + 50 µg/saat infüzyon) x 3–5 gün. Endoskopiden ÖNCE başlat!
- **Antibiyotik profilaksisi:** Seftriakson 1 g IV/24 saat x 7 gün (önceden kinolon profilaksisi almayan hastalarda) veya norfloksasin 400 mg 2x1 oral.
- **Endoskopi:** 12 saat içinde acil endoskopi. Özofagus varisleri için bant ligasyon, gastrik varisler için siyanöakrilat injeksiyonu.

⚠ **KRİTİK: Kontrol Altına Alınamayan Kanama**

Endoskopik tedaviye rağmen kanama devam ediyorsa: Blakemore/Minnesota tüpü (köprü tedavisi, max 24 saat) ve acil TIPS (Transjuguler İntrahepatik Portosistemik Şant) değerlendirmesi. Yüksek riskli hastalarda (Child-Pugh C 10–13 veya B + aktif kanama) preemtif TIPS (72 saat içinde) düşün.

BÖLÜM 8: Akut Biliyer Aciller

8.1. Akut Kolanjit

Safra yollarının bakteriyel enfeksiyonudur ve genellikle safra yolu obstrüksiyonuna (koledokolitiazis, stent tıkanıklığı, malign obstrüksiyon) bağlı gelişir.

Tanı (Tokyo 2018 Kılavuzu)

- **Charcot triadı:** Ateş + sarılık + sağ üst kadranda ağrı.
- **Reynolds pentadı:** Charcot triadı + hipotansiyon + konfüzyon (yüksek mortalite!).

Şiddet Sınıflaması ve Tedavi

Grade	Tanım	Tedavi
Grade I (Hafif)	Antibiyotik yanıtı var	IV antibiyotik, elektif drenaj
Grade II (Orta)	2 organ disfonksiyonu kriteri	IV antibiyotik + erken drenaj (24–48s)
Grade III (Şiddetli)	Organ yetmezliği	Acil drenaj (<24s) + YBÜ + antibiyotik

- **Antibiyotik:** Piperasilin-tazobaktam 4.5g IV/6–8 saat veya seftriakson + metronidazol. Şiddetli vakalarda karbapenem (meropenem 1g IV/8 saat).
- **Biliyer drenaj:** ERCP birincil tercih. ERCP başarısız ise perkütan transhepatik biliyer drenaj (PTBD) veya EUS-eşliğinde drenaj.

8.2. Akut Kolesistit

- **Tanı:** Murphy belirtisi, sağ üst kadranda hassasiyeti, ateş, lökositoz, US'de safra kesesi duvarı >4 mm, perikolesistik sıvı, şişkin safra kesesi.
- **Tedavi:** IV sıvı + analjezi + antibiyotik (ampirik: amoksisilin-klavulanat veya sefazolin + metronidazol).
- **Cerrahi:** Laparoskopik kolesistektomi 72 saat içinde (erken cerrahi). Cerrahi için uygun olmayan hastalarda perkütan kolesistostomi.

BÖLÜM 9: Toksik Megakolon

9.1. Tanım ve Nedenler

Toksik megakolon, non-obstrüktif kolon dilatasyonu (transvers kolon çapı >6 cm veya çekum >9 cm) + sistemik toksisite bulgularıdır. En sık nedenler ülseratif kolit, Crohn hastalığı ve Clostridioides difficile enfeksiyonudur.

9.2. Tanı Kriterleri (Jalan Kriterleri)

Radyolojik kolon dilatasyonu + aşağıdakilerden en az 3ü: Ateş >38.6°C, taşikardi >120/dk, lökositoz >10.500/mm³, anemi. Artı en az 1 ek kriter: dehidratasyon, bilinç değişikliği, elektrolit bozukluğu, hipotansiyon.

9.3. Yönetim

- **Genel önlemler:** NPO, nazogastrik dek, IV sıvı, elektrolit düzeltme, antikolinergik/opioid/antidiyareik ilaçları KES, DVT profilaksisi, seri batin grafileri (her 12 saatte).
- **Ülseratif kolit:** IV metilprednizolon 60 mg/gün. 48–72 saatte yanıt yoksa kurtarma tedavisi (infliksimab veya siklosporin) veya kolektomi.
- **C. difficile:** Oral vankomisin 500 mg 4x1 + IV metronidazol 500 mg 3x1. Rektal vankomisin retansiyon lavmanı eklenebilir.
- **Cerrahi endikasyonlar:** Perforasyon, kontrolsüz kanama, 48–72 saatte medikal tedaviye yanıtızsızlık, progresif dilatasyon.

⚠ **PERFORASYON RİSKİ**

Toksik megakolonda mortalite perforasyon olmadan %1–4, perforasyon geliştiğinde %40'a yükselir. Cerrahi konsültasyon BAŞTAN istenmelidir!

BÖLÜM 10: İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında Akut Alevlenme

10.1. Şiddet Değerlendirmesi (Ülseratif Kolit – Truelove-Witts)

Parametre	Hafif	Orta	Şiddetli
Kanlı dışkı sayısı/gün	<4	4–6	>6
Nabız	<90	90–100	>100
Sıcaklık	Normal	37.1–37.8	>37.8°C
Hemoglobin	>11	10.5–11	<10.5 g/dL
ESH	<20	20–30	>30 mm/saat
CRP	Normal	Yüksek	>30 mg/L

10.2. Ağır Akut Ülseratif Kolit Yönetimi

- **IV steroid:** Metilprednizolon 60 mg/gün veya hidrokortizon 100 mg IV 3x1.
- **Günlük takip:** Dışkı sayısı, vital bulgular, CRP, tam kan sayımı, elektrolitler, batın grafisi.
- **C. difficile testi:** Mutlaka istenmeli! CMV koliti de dışlanmalıdır.
- **Tromboprofilaksi:** Düşük molekül ağırlıklı heparin – aktif GIS kanaması olmadıkça mutlaka uygulayın (VTE riski 3 kat artmıştır).
- **3. gün değerlendirmesi:** Oxford/Travis skorlaması: Günde >8 kanlı dışkı VEYA 3–8 dışkı + CRP >45 mg/L → %85 kolektomi olasılığı.
- **Kurtarma tedavisi:** IV steroide yanıtızlıkta infliksimab (5–10 mg/kg) veya siklosporin (2 mg/kg/gün IV). Yanıtızlıkta kolektomi.

BÖLÜM 11: Akut Mezenterik İskemi

11.1. Tanım ve Sınıflandırma

Akut mezenterik iskemi, barsak kan akımının ani azalması sonucu intestinal nekroz gelişmesidir. Mortalite %60–80'dir ve erken tanı hayat kurtarıcıdır.

- **Arteriyel embolizm (%50):** En sık AF kaynaklı. SMA embolisi. Ani başlayan şiddetli karın ağrısı.
- **Arteriyel tromboz (%25):** Kronik mezenterik iskemi zemininde akut alevlenme. Postprandial ağrı öyküsü olabilir.
- **Venöz tromboz (%10):** Daha sinsi başlangıç. Hiperkoagülabilité, portal hipertansiyon, malignite.
- **Non-oklüzif mezenterik iskemi (%15):** Düşük kardiyak output, vazopresör kullanımı, hemodiyaliz.

11.2. Klinik İpuçları

KLASİK TRIAD

1) Fizik muayene bulguları ile orantısız şiddetli karın ağrısı (pain out of proportion), 2) Barsak boşaltma urgencisi, 3) Kardiyak veya vasküler hastalık öyküsü. Laktat yüksekliği, lökositoz, metabolik asidoz destekleyici bulgulardır.

11.3. Tanı ve Tedavi

- **BT Anjiyografi:** Altın standart tanı yöntemidir. D-dimer yüksekliği sensitif fakat non-spesifiktir.
- **Tedavi:** IV sıvı, geniş spektrumlu antibiyotik (piperasilin-tazobaktam + metronidazol), antikoagülasyon (heparin), acil cerrahi veya endovasküler girişim.

BÖLÜM 12: Kaustik Madde İngestion

12.1. Değerlendirme

Alkali maddeler (deterjan, çamaşır suyu, lavabo açıcı) derin penetran hasar (likefaksiyon nekrozu) yaparken, asitler ko-agülasyon nekrozu oluşturur. Ağrız/farenks bulguları her zaman özofagus hasarını yansıtmaz.

12.2. Yapılmaması Gerekenler

- **Kusturma:** ASLA kusturmayın – ikinci kez hasar oluşturur.
- **Nötralizasyon:** Asit-baz nötralizasyonu denemeyin – ekzotermik reaksiyon hasarlanmayı artırır.
- **Aktif kömür:** Etkisizdir ve endoskopiye engeller.
- **NG tüp:** Kör olarak takmayın – perforasyon riski.

12.3. Yönetim

- **Endoskopi:** Bilerek yutma veya semptomatik hastalarda 12–24 saat içinde üst GIS endoskopi (grade değerlendirmesi için).
- **BT:** Grade IIIb veya perforasyon şüphesinde kontrastlı toraks/batın BT.
- **PPI:** Yüksek doz PPI başlat.
- **Steroid:** Steroid tedavisinin yararlılığı KANITLANMAMIŞTIR – rutin önerilmez.
- **Cerrahi:** Perforasyon veya transmural nekrozda acil cerrahi.

EKLER: Hızlı Referans Tabloları

A. Acilde İlk 30 Dakika Checklist

Durum	İlk 30 Dakikada Yapılacaklar
Üst GIS Kanaması	2 geniş yol, CBC/Biyolojik/koag, GKS, Cross, PPI 80mg IV, Eritromisin, GI konsültasyon
Varis Kanaması	Yukarıdakiler + terlipressin/oktreotid + seftriakson 1g IV + acil endoskopi planı
Akut Pankreatit	IV sıvı (RL 1.5 mL/kg/s), analjezi, lipaz/amilaz, BT (endikasyonda), BISAP
AKY	INR, amonyak, glukoz, NAC başlat, transplant merkezi bildir, YBÜ
SBP	Parasentez (PMNL), sefotaksim 2g IV, albümin 1.5g/kg
Akut Kolanjit	Kan kültürü, pip-tazo IV, acil ERCP planı (şiddetli <24s)
Mezenterik İskemi	BT anjiyo, geniş spektrum AB, antikoagülasyon, cerrahi konsült

B. İlaç Dozları Hızlı Referansı

İlaç	Doz	Not
Esomeprazol/Pantoprazol	80 mg IV bolus → 8 mg/saat inf.	Ön-endoskopik, 72 saat
Terlipressin	2 mg IV bolus → 1 mg/4–6 saat	Varis kanamasında 3–5 gün
Oktreotid	50 µg IV bolus → 50 µg/saat	Varis kanamasında alternatif
Sefotaksim	2 g IV/8 saat	SBP tedavisi 5 gün
Seftriakson	1–2 g IV/24 saat	Kolanjit / profilaksi
Pip-Tazo	4.5 g IV/6–8 saat	Biliyer enfeksiyon
NAC (Parasetamol)	150+50+100 mg/kg IV	21 saat protokolü
Laktüloz	30–45 mL/1–2 saat PO	2–3 yumuşak/gün hedefle
Rifaksimin	550 mg 2x1 PO	HE profilaksisi + tedavi
Albümin (SBP)	1. gün 1.5 g/kg, 3. gün 1 g/kg IV	HRS önlemi
Metilprednizolon	60 mg/gün IV	Ağır UK / Otoimmün

C. Önemli Uyarılar

⚠ Asistan Notu

Bu kılavuz hızlı referans amacıyla hazırlanmıştır. Her hasta bireysel olarak değerlendirilmelidir. Kritik kararlar mutlaka kıdemli asistan veya uzman ile paylaşılmalıdır. Güncel kılavuzlar (AASLD, ACG, ESGE, EASL, ECCO) düzenli olarak kontrol ediniz.

Şubat 2026