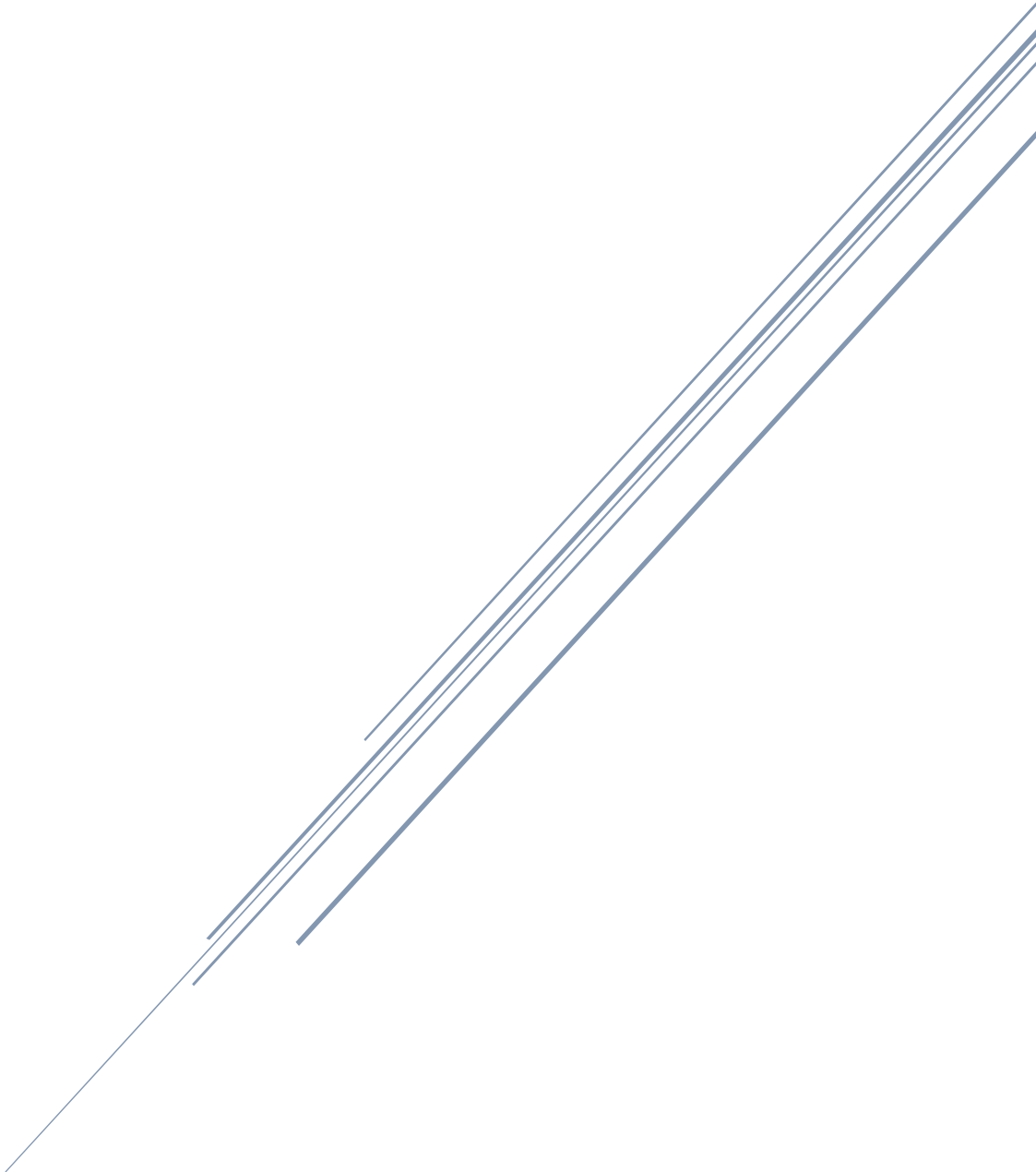


ORYANTASYON EL KİTABI

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi,
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Ana Bilim Dalı



2024
Bolu

İÇİNDEKİLER

GENEL BİLGİLER	4
Fakülte Tarihçesi.....	4
Ana Bilim Dalımız	4
Ana Bilim Dalı Çalışma Düzeni	6
Servis Sorumlusu Görev Tanımı.....	9
Operasyon Öncesi Su, Sıvı ve Gıdaların Son Alınma Süreleri	11
Taburculuk Kriterleri	11
SİSTEMİK HASTALIKLARDA ÖNERİLEN YAKLAŞIMLAR	12
Enfektif Endokardit Açısından Riskli Hastalar	12
Enfektif Endokardit Riski Yüksek Hastalar	12
Enfektif Endokardit İçin Orta Riskli Hastalar	12
Riskli Diş Hekimliği İşlemleri	12
Antibiyotik profilaksisi gerektirmeyen işlemler	12
Diş hekimliği Pratiğinde Antitrombotik ve Antikoagülan İlaç Kullanan Hastalara Yaklaşım	13
K-Vitami Antagonisti Kullanan Hastalara Yaklaşım	13
Antitrombotik İlaç Kullanan Hastalara Yaklaşım	14
Yeni nesil oral antikoagülan (Dabigartan, apiksaban ve rivaroksiban) kullanan hastada dikkat edilmesi gerekenler	15
Parenteral Antikoagülan Kullanan Hastalara Yaklaşım	15
Dental Girişimler ve Kanama Riskleri	16
Yüksek kanama riski olan girişimler	16
Diyabette Diş Hekimi Yaklaşımı.....	18
Tip 1 Diyabetlide Lokal Anestezi Altında Minör ve Major Cerrahi İşlemler....	19

Tip 2 Diyabetlide Lokal Anestezi Altında Minör ve Major Cerrahi İşlemler	19
Komplikasyonlu Diyabetlide Diş Hekimi Yaklaşımı	19
İskemik Kalp Hastalığı Olan Diyabetik Hastaya Yaklaşım	20
Kalp Yetmezliği Olan Diyabetik Hastaya Yaklaşım	21
Serebral Arter Hastalığı Olan Diyabetik Hastaya Yaklaşım.....	22
Nefropatili Diyabetik Hastaya Yaklaşım	23
Hipoglisemi	23
Hipoglisemide İlk Yardım Nasıl Olmalıdır?	24
Hastaneye Transfer Edilmesi Gereken Hastalar Hangileridir?.....	25
Kan Şekeri Ölçüm Adımları	26
Hipertansiyon ve Kan Basıncı Yüksekliğine Yaklaşım	27
Kan Basıncı Ölçümü.....	28
Senkop.....	29
Epilepsi Nöbeti Geçiren Hastaya Yaklaşım.....	30
Nöbeti Tetikleyen Eden Faktörler.....	31
İNME	32
Astım Atağı Geçiren Hastada Müdahale.....	33
Göğüs Ağrısına Yaklaşım	34
Erişkin Bradikardi Algoritması	37
Trigeminal Nevralji Algoritması.....	38
KLİNİK UYGULAMALAR	44
Parestezide İntramüsküler Elektriksel Stimülasyon Yönteminin Uygulanması	44
Yöntemin Uygulanması	44
Bruksizmde İntramusküler Elektriksel Stimülasyon Yönteminin Uygulanması	45
PRF Uygulama Çeşitleri	46

EKLER	47
SCL-90-R.....	47
Ağız Alışkanlıkları Kontrol Listesi	49

	BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı Bölüm Uyum Rehberi			
DOKUMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA NO
KEY.RH.02	26.02.2025	-	-	4/49

GENEL BİLGİLER

Fakülte Tarihçesi

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi (BAİBÜ) Diş Hekimliği Fakültesi, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi bünyesinde 26/02/2010 tarih ve 27505 sayılı Resmî Gazetede yayınlanan 01/02/2010 tarih ve 2010/103 sayılı kararname ile kurulmuştur. 2011 yılından itibaren hasta tedavilerine başlanmış olup, ilk lisans öğrencilerimiz 2011-2012 eğitim öğretim yılında eğitimlerine başlamıştır. İlk mezunlar 2016 yılında verilmiştir. Dekanlık görevi Ocak 2022 tarihinden itibaren Prof. Dr. Ali KELEŞ tarafından yürütülmektedir.

Ana Bilim Dalımız

Ana Bilim Dalı Başkanlarımız

- Prof. Dr. Serkan POLAT (2022 - halen)
- Dr. Öğr. Üyesi Ömer Faruk BOYLU (2022-2022)

Öğretim Üyelerimiz

- Prof. Dr. Serkan POLAT (2022 - halen)
- Dr. Öğr. Üyesi Ömer Faruk BOYLU (2022 - halen)
- Dr. Öğr. Üyesi Eren YILMAZ (2024 - halen)
- Dr. Öğr. Üyesi Merve ARICI (2023-2024)

Uzmanlık Öğrencilerimiz (2024 Bahar Dönemi İtibariyle Alfabetik Sıraya Göre)

- Arş. Gör. Açelya YEŞİL
- Arş. Gör. Ayşe Zişan TUNÇAY
- Arş. Gör. Ayşenur SEZEN
- Arş. Gör. Batuhan AYDIN
- Arş. Gör. Berke Emir ZORŞAHİN
- Arş. Gör. Cansu DURDU
- Arş. Gör. Ceren ATALAY
- Arş. Gör. Dilara BOYLU
- Arş. Gör. Efe Berent AFACAN
- Arş. Gör. Emre MOLO
- Arş. Gör. Eren MENTEŞE
- Arş. Gör. İlkey Bedia KARADAVUT
- Arş. Gör. Meryem SEFERTAŞ
- Arş. Gör. Muhammed Atıf KESKİN
- Arş. Gör. Murat HAZIROĞLU
- Arş. Gör. Nazlı Sıla ARSLAN

- Arş. Gör. Nur Muhammed DEMİR
- Arş. Gör. Nurullah Yakub SOYAK
- Arş. Gör. Sertan VURGUN
- Arş. Gör. Şule YILMAZ
- Arş. Gör. Tural NIFTALIYEV
- Arş. Gör. Ülkühan BULUT
- Arş. Gör. Yusuf POLAT
- Arş. Gör. Zehra Gülerol AYDIN

Mezun Uzmanlarımız (Başlangıç tarihlerine göre)

- Şeyda Kurt AKGÜL (2020-2024)
- Okan DURAN (2020-2024)
- Merve YAR (2020 - 2024)
- Zeynep TÜRKMEN (2020-2024)
- Batuhan KAPAKLI (2020 – 2024)
- Şeyma Güçlü ÜNLÜ (2020-2024)
- Güzide Büşra ŞENEL (2020 - 2024)
- Merve ARICI (2020-2023)
- Büşra Meşeci (2019 – 2023)

Ana bilim Dalımızda 17 ünitte oluşan iki klinik, 6 ünitte oluşan bir lokal ameliyathane ve 8 yataktan oluşan bir yataklı servis mevcuttur.

Ana bilim dalımızda lokal ve genel anestezi altında yapılan tüm ameliyatlara için gerekli malzeme ve cihazlar mevcuttur. Ayrıca lazer, lazer Doppler flowmetre, diod lazer, piezo cerrahi cihazları da bulunmaktadır.

Ana Bilim Dalı Çalışma Düzeni

1. Mesai saatleri 8.00-12.00 ve 13.00-17.00 şeklindedir. Klinik çalışma saatleri 8.30-12.00 ve 13.30-17.00 şeklindedir.
2. En alt kıdem araştırma görevlileri 8.30 'da stajyer hekimlerin yoklama listesini tamamlamış, hasta çağırma sistemlerini aktif hale getirmiş ve hasta çağırmaya başlamış olmalıdır.
3. Nöbetçi öğretim üyesi, uzmanlar ve uzmanlık öğrencileri en geç 8.30'da poliklinikte hazır olmalıdır.
4. Araştırma görevlileri klinikte medikal forma, bone, yeşil önlük ve yaka kartı asılı önlükleriyle, lokal ameliyathanede steril cerrahi önlük, bone, maske ve gözlük ile hasta bakmalıdır.
5. Hastalara uygulanacak olan her tedavi öncesi hekim tarafından sözlü olarak bilgilendirme yapılmalı, aydınlatılmış onam yazılı olarak alınmalı ve belirlenmiş alana bırakılmalıdır.
6. Kadın araştırma görevlilerinin saçları toplu olmalı, ojeli ve uzun tırnaklı olmamalıdır.
7. Erkek araştırma görevlileri sakal tıraşı olmalıdır.
8. Araştırma görevlileri klinikteki en son hasta koltuktan kalkmadan ve en kıdemli asistana danışmadan klinikten çıkmamalıdır.
9. Alt kıdem araştırma görevlileri gün sonunda hasta listesinde uygulanan ve girilmeyen işlemlerin takibini yapmakla görevlidir.
10. Lokal ameliyathanede nöbetçi araştırma görevlisi, konsültan öğretim üyesi ile birlikte mesai bitiminde klinik ve lokal ameliyathanenin son kontrolünü yapmakla görevlidir.
11. Belirtilen mesai sürelerini aşan klinik ve lokal ameliyathane işlemlerinde ilk iki yılındaki araştırma görevlileri kendi arasında sırayla görevli olacaklardır.
12. Göreve yeni başlayan araştırma görevlileri ilk ay boyunca sorumlu kıdemli araştırma görevlisinden (en az 2 yıl kıdemli asistan) endikasyon alarak işleme başlayacaktır.
13. Göreve yeni başlayan araştırma görevlileri 6. ay sonunda ana bilim dalı başkanı başkanlığında en az 3 öğretim üyesi kararı ile stajyer öğrenciye endikasyon vermeye başlayabilir ve lokal ameliyathaneye girebilirler.
14. Klinik ve lokal ameliyathanede görevli araştırma görevlilerinin kendi görev alanı dışında herhangi bir yere gitmesi gerekirse, konsültan öğretim üyesinden izin alması gerekmektedir.
15. Eğitim toplantıları olan günlerde öğlenden önce bakılamayacak hastaların kayıtları alınacak ve saat 13.30 da kliniğe gelmeleri istenerek gönderileceklerdir.
16. Saat 11.30 ve 16.30'dan sonra acil hastalar dışında uzun sürebilecek işlemlere başlanmamalıdır.
17. Mahkûm hastalara en az orta kıdem asistanlar aralarında sırayı gözetecek şekilde bakacaklardır.

18. Kliniğe gelen kontrol hastaları için sekreter giriş yapacak, ilgili hekimlere yazılı ve sözlü haber verilecek, bekleme süresinde yapılabilecek işlem varsa klinikte görevli araştırma görevlileri tarafından yapılacaktır.
19. TME rahatsızlığı olan hastalar 'SCL-90R' ve 'Ağız Alışkanlıkları' formları tekniğine uygun şekilde doldurtulup değerlendirildikten sonra hastaya geri bildirim sağlanmalıdır.
20. Hastalarda kullanılan tüm biyomalzemelerin (implant, greft, membran, botoks gibi) barkodları ve sterilizasyon indikatörlerinin onam formlarına yapıştırılmalıdır.
21. Suture alımında işlemi yapan hekimin görmesi gerektiği işlemler:
 - Hekim tarafından hastaya belirtilmiş olan gömülü diş çekimleri,
 - Vestibüloplasti operasyonları,
 - İmplant ve augmentasyon cerrahileri,
 - Oroantral ilişki ve fistülü cerrahileri,
 - MRONJ hastaları,
 - Hekim tarafından uygun görülen diğer vakalar.
22. Kliniğe gelen vaka kıdemli araştırma görevlisine gösterilmeden/bilgisi olmadan konsültana yönlendirilmeyecektir.
23. İmplant planlaması implant yapmaya uygun kıdemdeki klinik sorumlusu araştırma görevlisine gösterilmeden protetik planlamaya yönlendirilmeyecektir.
24. Klinikte endikasyon verilen stajyer diş hekimleri sorumlu asistan tarafından sürekli kontrol edilecek uygun şekilde geri bildirim verilecektir.
25. Uygun görülen vakaların dikişlerini stajyer diş hekimleri alabilir (gömülü diş çekimi, komplikasyonlu diş çekimi vb.), bu durumda sorumlu asistan hastayı görüp onaylamadan hasta kliniği terk edemez.
26. Personel mesai saatlerinde telefonla gereksiz vakit geçirmeyecek, maske ile çalışacaklardır. İşleri tamamladıkları durumlarda uygun şekilde oturarak bekleyebilirler.
27. İş yerindeki bilgisayarlar amacı dışında kullanılmayacak (video izlemek vs.).
28. Ünitelerin, kliniğin temizlik ve düzeninden ilgili personel sorumludur.
29. Personelin çalışma saatleri 08.00-12.00, 13.00-17.00 şeklindedir. Temizlik personelinin çalışma saati 08.00-12.30, 13.30-18.00 şeklindedir.
30. Klinikteki araştırma görevlisi lokal ameliyathaneye yönlendireceği hastayı lokal ameliyathanedeki sorumlu araştırma görevlisini bilgilendirmeden yönlendiremez.
31. Lokal ameliyathanede görevli akademik personel tüm ameliyatlar bittikten sonra çıkabilir.
32. Genel anesteziye hasta yatışından ve servisteki idamesinden sorumlu "servişçi" araştırma görevlisi hastayı 16.00'da nöbetçi araştırma görevlisine devreder.
33. Genel anestezi altında opere edilen hastanın taburculuğu 16.00'dan sonra yapılması planlanıyor ise hastanın taburculuğunu nöbetçi araştırma görevlisi yapar.
34. Araştırma görevlilerinin tez konusu 2.yıl sonunda belirlenmiş olmalıdır.

35. Araştırma görevlilerinin herhangi bir cerrahi işlemde temel yetkinlik kazanılana kadar konsültan veya kıdemli asistan ile hastanın opere edilmesi uygundur.
36. Genel anestezi planlanan hastalar BAİBÜ Tıp Fakültesi ile imzalanmış protokol kapsamında Tıp Fakültesi'nde genel anestezi altında tedavileri yapılabilmektedir.
37. Genel anestezi altında tedavi olacak hastalar pre-operatif değerlendirme için Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı'na yönlendirilmelidir. Hastanın operasyona uygun olduğu görüldükten sonra pre-operatif, intra-operatif, post-operatif ilaçları başasistan tarafından yazılacaktır.
38. Genel anestezi operasyonları protokol kapsamında "Cuma" günleri yapılmaktadır.
39. Genel anestezi günü servis sorumlusu araştırma görevlisi BAİBÜ Tıp Fakültesi'nde hasta yatışları ve gerekli pre-operatif hazırlıkları tamamlar. Ameliyat saatinde hastayı dosya ve ilaçlarla beraber ameliyathaneye indirmekle görevlidir.
40. Genel ameliyathane odasının hazırlanmasında, ameliyat masasındaki malzemelerin tamamlanmasında, malzemelerin eksiksiz toplanmasında ameliyat hemşiresi sorumludur. Hasta uyutulduğunda ve uyandırıldığında başasistan tarafından ana bilim dalı öğretim üyelerine haber verilir. Hasta ameliyathane personeli tarafından ameliyathaneden çıkarılır, post-operatif bakım odasında derlenmesi sağlanır, servise çıkarılır. 16.00 'dan sonra hasta sorumluluğu önceden belirlenen nöbetçi araştırma görevlisindedir. Nöbetçi, hasta takibini yapmalı ve sorumlu öğretim üyesini haberdar etmelidir.
41. Nöbet düzeni
- a. Servis sorumlusu olacak kişi cuma günü normal hasta işleyişini devam ettirip saat 16.00 da hastayı cuma günkü nöbetçiye devredecek. Cuma günkü nöbetçi en üst kidedmden birisi olacak. Cumartesi günü nöbetçisi servis sorumlusu olacak. Pazar günü de daha alt kidedmler vakaya bağlı olarak nöbetçi olabilir.
 - b. Cuma günü 1 kişi 16 saat, 1 kişi cumartesi günü 24 saat, 1 kişi pazar günü 24 saat nöbet tutacak.
 - c. Nöbet ücretleri ise
 - i. Cuma günü nöbet tutan 16 saatlik nöbet ücreti alacak.
 - ii. Cumartesi günü nöbet tutan 24 saatlik nöbet ücreti alacak.
 - iii. Pazar günü nöbet tutan 16 saatlik nöbet ücreti alacak ve pazartesi günü izinli olacak.
 - d. Rotasyonda olan kişiler, nöbet ve servis görevinde yer almayacaklar.
 - e. İlk gün nöbet tutacak asistan ameliyata girmiş kıdemli bir asistan olacak.
42. Ana bilim dalında çarşamba günleri 8.30-10.30 arası yapılan toplantılardaki sunum düzenine uyulmalı. Başasistanın bilgisi dışında eğitim sunumlarında değişiklik ya da iptal yapılamaz. Sunumların sırasını ve içeriğini başasistan organize eder.

Servis Sorumlusu Görev Tanımı

1. Ameliyattan önceki gün bölüm sekreteri hasta yatış kaydını KARMED üzerinden yapacak. Ameliyat günü METASOFT üzerinden yapacak.
2. Ameliyatın en az bir gün öncesinde hasta dosyası ve ilgili öğretim üyesi kaşesi başasistandan teslim alınacak, vakaya göre radyografi kayıtları alınacak. Hasta dosyasında olması gerekenler;
 - Anestezi Konsültasyon Formu (INR, RH tayini de istenecek.)
 - Anestezi Preop Değerlendirme Formu (EKG vs.)
 - Ameliyat öncesinde yazılmış Reçete (2 adet, operasyon esnasında kullanılacak ilaçlar dahil)
 - Ameliyata özel hasta ve doktor imzalı Onam Formu (3 adet)
 - Postop bakım için yazılmış Order Formu (Order'ı servis sorumlusu yazacak)
 - Sistemik rahatsızlığı bulunan hastalarda ilgili bölümlere yazılmış Konsültasyon Formları
3. Ameliyat günü sabah 7:30'da temiz alt üst üniforma ve hastane terliği giyilmiş şekilde Acil Serviste hazır bulunulacak.
4. Acil servis sekreterliğinden hasta girişi ve yatışı yapılacak. İlgili öğretim üyesi kullanıcı adı ve şifresiyle KARMED sistemi üzerinden yapılacak işlemler;
 - 1 adet Ameliyat Planlaması (Çıktısı alınıp ameliyat kısmı işaretlenerek Ameliyathane sekreterine verilecek)
 - 3 adet Eritrosit Süspansiyonu, 3 adet Taze Donmuş Plazma isteği yapılacak. Kan istem formunun 2 adet çıktısı alınacak, ameliyattan önce Servis Hemşiresine verilecek,
 - 10 adet hasta yatış barkodu çıkartılacak, ameliyattan önce Servis Hemşiresine verilecek,
 - Cross match ve Hemogram isteği yapılarak 3'er adet barkod yazdırılacak, sisteme okutulacak ve ameliyattan önce Servis Hemşiresine verilecek,
 - 1 adet hastaya ait ameliyat bilekliği yazdırılarak, servis sorumlu hemşiresine teslim edilecek.
5. Hasta için Acil Servisten Yatan Hasta Cerrahi Dosyası alınacak;
 - Dosya üzerine Yatış barkodu yapıştırılacak,
 - Dosya içeriğindeki hasta bilgilerini içeren kısım Servis Sorumlu Hemşiresi tarafından doldurulacak,
 - Dosya içindeki Güvenli Cerrahi formunun ilk kısmı doldurulacak (Servis sorumlusu asistan tarafından),
 - Dosya içindeki Ameliyathane Sarf Malzeme Kullanım Formuna kullanılan malzemeler işaretlenip barkod yapıştırıldıktan sonra ameliyathane Sarf Depo birimine teslim edilecek
 - Dosya ameliyattan sonra servis hemşiresine teslim edilecek.
6. Hastanın servise çıkarılacak.
7. Hastanın ameliyat öncesi sıvı ya da katı gıda tüketmediği, sigara içmediği teyit edilecek.

8. Servis hemşiresi tarafından damar yolu açılıp kan alınacak, hastaya kıyafetlerini çıkarması, ameliyat önlüğü ve galoş giymesi söylenecek, ameliyat bilekliği takılacak.
9. Ameliyathanenin hazırlığı başasistandan teyit edildikten sonra servis telefonundan Hasta Taşıma Personeli aranacak, hasta dosyaları ve ilaçları ile birlikte ameliyathaneye indirilecek.
10. Ameliyat esnasında kullanılacak ilaçlar başasistana teslim edilecek.
11. Ameliyat bittikten sonra hastanın uyanması ve postopta derlenmesi aşamasında refakat edilecek. Hastaya ait dosyalar ve hasta, tekrar personel ile servise çıkarılacak.
12. Hastaya ait işlemler çoklu ameliyathane bölgesindeki personele söylenip sisteme işlem girdirilecek.
13. Hasta servise alındıktan sonra,
 - Ağrı ve kanama,
 - Sıvı veya katı gıda tüketimi,
 - İdrar çıkışı,
 - Hasta mobilizasyonu,
 - IV ilaçlar ve serum fizyolojik verilmesi kontrol edilecek.
14. KARMED sistemi üzerinden ameliyata ait Epikriz Bilgileri girilecek.
15. Hastanın taburcu edilmesi planlandıysa hastaya post-op yapması gerekenler anlatılarak kullanacağı ilaçlar verilecek, pansuman ve dikiş alımı için randevu verilecek ve yapılacak.
16. METASOFT sistemi üzerinden hastaya ait işlemler girilecek, epikriz yazılacak, röntgen isteği yapılacak ve en son hastanın taburculuk işlemleri yapılacak. Eğer talep edilirse hastaya istirahat raporu düzenlenecek.

Tablo 3: Operasyon öncesi su, sıvı ve gıdaların son alınma süreleri

Gıda ve sıvılar	Saat
Su ve berrak sıvılar	2
Anne sütü	4
İnek sütü, mama, hafif öğün	6
Katı gıda	8

Taburculuk Kriterleri

- ✓ Hastanın uyanık, dönüt alınabilen ve oryante durumda olması
- ✓ Vital bulguların stabil olması
- ✓ Ameliyat sonrası bulantı ve kusmanın minimal/hiç olmaması
- ✓ Hastanın yardımsız düzgün bir biçimde yürüebilir durumda olması
- ✓ Ameliyat sonrası bakım talimatlarının refakatçi ve hasta tarafından anlaşılması
- ✓ SpO₂ > %90
- ✓ Ameliyat sonrası ağrının kontrol altına alınmış olması
- ✓ Anestezik ve antagonist ilaçların vücuttaki etkilerin ortadan kalkması

SİSTEMİK HASTALIKLARDA ÖNERİLEN YAKLAŞIMLAR

Enfektif Endokardit Açısından Riskli Hastalar

Enfektif Endokardit Riski Yüksek Hastalar

1-Protez kalp kapaklı ya da kalp kapak tedavisinde protez materyal kullanılmış hastalar: Bu hastalarda İE gelişme riski ve İE'ye bağlı mortalite daha yüksektir ve doğal kalp kapağı bulunan hastalara göre daha sık komplikasyon gelişir. Bu durum transkateter yerleştirilen protezler ve otogreftler için de geçerlidir.

2- Daha önce İE geçirmiş hastalar: Bu hastalarda mortalite ve komplikasyon insidansı ilk kez İE geçiren hastalara göre daha yüksektir.

3- Tedavi edilmemiş siyanotik ve postoperatif palyatif şant, kundüvit ya da diğer protezleri bulunan konjenital kalp hastalığı olan hastalar: Cerrahi tedavi sonrası defekt kalmamış ise, protez materyalinde endotelizasyon oluşana dek, ilk 6 ay riskli diş hekimliği işlemlerinde antibiyotik profilaksisi önerilmektedir.

4- Kardiyak vulvopati gelişmiş kalp transplantasyonu yapılan hastalar: Amerikan Kalp Derneği / Amerikan Kardiyoloji Enstitüsü rehberleri, riskli diş hekimliği işlemlerinde profilaksi önerirken, yüksek kanıta dayalı olmadığından Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) tarafından önerilmemektedir.

Enfektif Endokardit İçin Orta Riskli Hastalar

Biküspid aort kapağı, mitral kapak prolapsı ve kalsifiye aortik stenoz gibi en sık tanılanan diğer doğal kapak hastalıkları bulunan hastalar. Bu hastalarda antibiyotik profilaksisi önerilmemektedir.

Riskli Diş Hekimliği İşlemleri

Diş eti ya da periapikal bölgede çalışmayı ya da ağız mukozasının perforasyonunu gerektiren işlemler riskli diş hekimliği işlemleri olarak kabul edilir. (Diş taşı temizliği ve kök kanal tedavisi işlemleri gibi)

Antibiyotik profilaksisi gerektirmeyen işlemler

- İnfekte olmayan dokuya yapılan lokal anestezi uygulamaları

- Yüzeysel çürük tedavisi
- Dikiş alınması
- Dental grafi çekimleri
- Hareketli protez, ortodontik aparey ya da braketlerin uygulanması,
- Süt dişlerinin düşmesi
- Dudak ve ağız mukozası travmaları

Diş hekimliği Pratiğinde Antitrombotik ve Antikoagülan İlaç Kullanan Hastalara Yaklaşım

K-Vitamini Antagonisti Kullanan Hastalara Yaklaşım

(Önerilen INR değeri 1.16-1.8)

• Kron-köprü tedavileri, • Endodontik tedaviler	Önerilen INR Değerleri
	• ≤ 4
• Diş çekimi, biyopsi, periodontal cerrahi gibi minör cerrahi işlemler	• ≤ 4
• İmplant cerrahisi ve preprotetik cerrahi girişimler, cerrahi diş çekimi	• ≤ 4
• Ağız ve çene cerrahileri, rejonel blok anestezi	• < 3
* Tüm hastalardan konsültasyon istenmelidir. Tromboemboli riski yüksek hastalarda, konsültan hekimin önerisiyle varfarinin kesilmesi ve hastanın heparinizasyonu gerekebilir.	

Bu hastaların kanama eğilimleri INR (International Normalized Ratio) ile değerlendirilir.

K-vitamini antagonisti kullanan hastada dikkat edilmesi gerekenler:

- 24saat içinde alınmış olan INR değeri olmalıdır.
- INR değeri tedavi için uygun değilse tedavi ertelenmeli konsültasyon istenmelidir.

- Tedaviye karar verilirse az kanamalı bir işlem yapıp, kanama eğilimi değerlendirilmelidir. (Kısıtlı bir bölgede diş taşı temizliği, tek diş çekimi yapılması vb.)
- Yüksek kanama riski olan durumlarda, girişimler farklı seanslarda yapılabilir ve hasta daha tecrübeli bir diş hekimine yönlendirilebilir.
- Uygun hemostaz sağlanana kadar hasta takip edilmelidir.
- Reçete edilecek ilaçların K vitamini antagonisti ilaçlarla etkileşimi göz önünde bulundurulmalıdır.

Antitrombotik İlaç Kullanan Hastalara Yaklaşım

Bu ilaçların etkilerinin değerlendirilmesinde INR değeri gibi bir veri yoktur. Yüksek doz ya da kombine antitrombotik ilaç kullanan hastalar, uzamış kanama zamanı açısından daha risklidir.

Antitrombotik ilaç kullanan hastada dikkat edilmesi gerekenler;

Hasta sadece asetil salisilik asit kullanıyorsa, karar verilen girişim öncesinde az kanamalı bir işlem yapıp kanama eğilimi değerlendirilmelidir. (Kısıtlı bir bölgede diş taşı temizliği, tek diş çekimi yapılması vb.)

Yüksek kanama riski olan durumlarda, girişimler farklı seanslarda yapılabilir ve hasta daha üst merkeze yönlendirilebilir. Uygun hemostaz sağlanana kadar hasta takip edilmelidir.

Hasta asetilsalisilik asit harici, tek veya kombine antitrombotik ilaç kullanıyorsa, Hekim uzamış kanama süresi ile karşılaşacağını bilmelidir. Karar verilen girişim öncesinde az kanamalı bir işlem yapıp kanama eğilimi değerlendirilmelidir. (Kısıtlı bir bölgede diş taşı temizliği, tek diş çekimi yapılması vb.)

Yüksek kanama riski olan durumlarda, girişimler farklı seanslarda yapılabilir ve hasta daha üst merkeze yönlendirilebilir. Uygun hemostaz sağlanana kadar hasta takip edilmelidir.

Hasta antitrombotik ilaçlarla varfarin gibi bir K-vitamini antagonistini birlikte kullanıyorsa işlem öncesi mutlaka konsültasyon istenmelidir.

Yeni nesil oral antikoagölan (Dabigartan, apiksaban ve rivaroksiban) kullanan hastada dikkat edilmesi gerekenler

Bu ilaçların etkisinin izlenebileceği standart bir kantitatif test olmamasına rağmen varfarine göre kanama kontrolü rahattır. Yeni oral antikoagölan kullanmakta olan hastalara, düşük kanama riski olan cerrahi girişimlerde bulunulacaksa, ilaç rejimi değiştirilmeden alınan kanama önlemleri ve kontrolü ile diş tedavileri uygulanabilir.

Yeni oral antikoagölan kullanan hastada dikkat edilmesi gerekenler;

Düşük kanama riski olan girişimler; Günün erken saatinde gerekli önlemler alınarak uygulanabilir.

Karar verilen girişim öncesinde az kanamalı bir işlem yapıp kanama eğilimi değerlendirilmelidir. (Kısıtlı bir bölgede diş taşı temizliği, tek diş çekimi... gibi) Uygun hemostaz sağlanana kadar hasta takip edilmelidir.

Yüksek kanama riski olan girişimler; Gerekli önlemler alınarak işlem yapılmalıdır. Karar verilen girişim öncesinde az kanamalı bir işlem yapıp kanama eğilimi değerlendirilmelidir. (Kısıtlı bir bölgede diş taşı temizliği, tek diş çekimi... gibi) Uygun hemostaz sağlanana kadar hasta takip edilmelidir.

Parenteral Antikoagölan Kullanan Hastalara Yaklaşım

Düşük moleküler ağırlıklı heparin kullanımı genellikle parenteral yoldan subkutanöz olarak yapılmaktadır.

Antitrombotik/antikoagölan ilaç kullanmakta olan hastalar, çeşitli dental girişimlerde perioperatif süreçte uzamış kanama riskiyle karşı karşıyadır. Diğer yandan bu ajanların kullanımı hastanın genel medikal sağlığının idamesi için gereklidir. Hastanın ilaç rejimini etkileyecek durumlarda, işlem olabildiğince hızlı tamamlanmalı, hasta hekimin önerileri doğrultusunda antikoagölan/ antitrombotik ilaç kullanmaya en kısa sürede devam etmelidir.

Dental Girişimler ve Kanama Riskleri

Yüksek kanama riski olan girişimler

Daha geniş çekim soketi bırakan kompleks ve çok sayıda diş çekimleri, gömülü diş çekimleri, pre-prostetik, radiküler, periodontal, implant cerrahisi gibi flep kaldırılması gereken işlemler, biyopsi.

Düşük kanama riski olan girişimler: Diş çekimleri (maksimum 3 diş kapsayacak şekilde), intraoral lezyonların insizyon ve drenajı, detaylı periodontal muayene, subgingival küretaj, subgingival direkt/indirekt restorasyonlar.

Kanama riski olmayan girişimler: İnfiltrasyon, intraligamenter, rejyonel blok anestezi uygulamaları, periodontal muayene, supragingival diş taşı plak eliminasyonu, supragingival direkt/indirekt restorasyonlar, cerrahi olmayan endodontik tedaviler, ölçü alınması, ortodontik aparey uygulamaları.

Kanama eğilimi olan hastanın tedavisinde genel olarak;

- Hastaların tedavisi erken saatlerde yapılmalı kanama kontörlü için yeterli zaman ayrılmalıdır. İşlem olabildiğince atravmatik yapılmalıdır ve kanama kontrolü sağlanana kadar hasta gözlemlenmelidir.

- Vazokonstrüktör içeren lokal anestezik tercih edilmeli, infiltrasyon veya intraligamenter anestezi uygulanmalıdır. Blok anestezi uygulanması gereken durumlarda aspirasyona dikkat edilmelidir.

- Çekim soketlerine rezorbe olabilen hemostatik ajan yerleştirilip bölge dikkatlice suture edilmelidir. Rezorbe olmayan suture kullanıldıysa, 4-7 gün sonra dikkatlice suture alınmalıdır.

- Bölgeye 15-30 dk boyunca spanç baskılı bir şekilde yerleştirilmelidir.

- Post operatif dönemde hastanın analjezik olarak asetilsalisilik asit, ibuprofen, diklofenak ve naproksen gibi kanama eğilimini artırabilecek ajanlardan uzak durması istenmelidir. Parasetamol kullanımı güvenlidir.

• Hastaya post operatif dönemde dikkat etmesi gereken durumlar sözlü ve yazılı olarak iletilmeli ve istenmeyen bir durumla karşılaşıldığında hızlı bir şekilde hekime başvurulmalıdır.

Kanamaya Sebep Olmayan Dental Prosedürler	Düşük Kanama Riski Olan Dental Prosedürler	Yüksek Kanama Riski Olan Dental Prosedürler
Lokal anestezi uygulamaları; • İnfiltrasyon, intraligamenter • Rejyonel blok anesteziler Basit periodontal prosedürler (supragingival plak, diştaşı temizliği) Supragingival restorasyonlar • Anterograd endodontik prosedürler • Protetik işlemler • Ortodontik apareylerin tatbiki	Üç dişe kadar olan basit diş çekimleri • Subgingival marjinli direkt/indirekt restorasyonlar • Kök yüzey düzenlemesi	Genellikle üçten fazla olan ve geniş çekim soketi bırakan diş çekimleri • Flap elevasyonu gerektiren işlemler • Cerrahi diş çekimleri • Periodontal cerrahi prosedürler • Preprotetik cerrahi • Kron uzatma operasyonları • Implant cerrahisi • Biyopsi



Yapılacak dental girişim sonucu kanama görülmeyecekse;	Düşük ve yüksek kanama riski olan dental girişimler uygulanacaksa;
• İşlem yapılabilir.	• Hastanın genel sağlık durumu ve kullandığı medikamentler değerlendirilmeli ve hastadan işlem öncesi konsültasyon istenmelidir. • Hasta antitrombik/antikoagulan tedaviyi kısa bir periyot için kullanıyorsa acil olmayan kanamalı dental girişimler ertelenebilir. • Acil dental girişimlerde konsültasyon sonucuna göre hasta antitrombik/antikoagulan tedaviye ara verebilir/değiştirebilir.

Tedavi Sırasında;

Hastaların tedavisi erken saatlerde yapılmalı kanama kontrollü için yeterli zaman ayrılmalıdır. İşlem olabildiğince atravmatik yapılmalıdır ve kanama kontrolü sağlanana kadar hasta gözlemlenmelidir.

Vazokonstrüktör içeren lokal anestezi tercih edilmeli, infiltrasyon veya intraligamenter anestezi uygulanmalıdır. Blok anestezi uygulanması gereken durumlarda aspirasyona dikkat edilmelidir. Çekim soketlerine rezorbe olabilen hemostatik ajan

yerleştirilip bölge dikkatlice suture edilmelidir. Rezorbe olmayan suture kullanıldıysa, 4-7 gün sonra dikkatlice suture alınmalıdır.

Bölgeye 15-30 dk boyunca spanç baskılı bir şekilde yerleştirilmelidir.

Post operatif dönemde hastanın analjezik olarak asetilsalisilik asit, ibuprofen, diklofenak ve naproksen gibi kanama eğilimini artırabilecek ajanlardan uzak durması istenmelidir. Parasetamol kullanımı güvenlidir.

Hastaya post operatif dönemde dikkat etmesi gereken durumlar sözlü ve yazılı olarak iletilmeli ve istenmeyen bir durumla karşılaşıldığında hızlı bir şekilde hekime başvurulması istenmelidir.

Tedavi Sonrasında;

- Lokal anestezinin etkisi geçinceye kadar hasta gözlenmeli
- 24 saat boyunca ağız çalkalanmamalı/gargara yapılamamalı
- Soket emilmemeli, yabancı cisimlerle veya dil ile travmatize edilmemeli
- Sıcak ve sert gıdalar 24 saat boyunca tüketilmemeli
- Pıhtı stabilizasyonu sağlanana kadar, karşıt arkla çiğneme yapılmalı
- Kanama izlenmesi durumunda hasta baskılı tampon uygulamalı ve hekime başvurmalıdır.

Diyabette Diş Hekimi Yaklaşımı

Sabah randevuları tercih edilmeli

- Restoratif tedaviler ve minör cerrahi uygulamalar öncesi diyabetli sabah ilaçlarını almalı ve tok olmalı
- Hipoglisemi riski açısından gerekli önlemler alınmalı
- Enfeksiyon varlığında antibiyotik tedavisi uygulanmalı

Düşük Risk Grubu Diyabetliler	Tedavi Planı
Açlık kan glukoz değeri < 180 mg/dl HbA1C değeri <%8	1. Tıbbi konsültasyon gerekebilir. 2. Optimal şartlarda her türlü dental tedavi yapılabilir.
Orta Risk Grubu Diyabetliler	Tedavi Planı

Açlık kan glukoz değeri < 180-240 mg/dl HbA1C değeri <% 8-10	1. Tıbbi konsültasyon gereklidir. 2. Tüm restoratif tedaviler yapılabilir. 3. Basit cerrahi işlemler yapılabilir. 4. Komplike cerrahi işlemler için detaylı medikal konsültasyon gereklidir.
---	---

Yüksek Risk Grubu Diyabetliler	Tedavi Planı
Açlık kan glukoz değeri > 240 mg/dl HbA1C değeri > % 10 Komplike DM Ketoasidoz ve hipoglisemi riskine dikkat edilmeli	1. Tıbbi konsültasyon gereklidir. 2. Tüm restoratif tedaviler ancak glisemik kontrol varlığında yapılmalıdır. 3. Akut enfeksiyonlar, diyabet regülasyonunu bozduğu durumlarda, antibiyotik uygulaması ve apse drenajıyla giderilmelidir. 4. Komplike cerrahi işlemlere detaylı medikal konsültasyon gereklidir.

Tip 1 Diyabetlide Lokal Anestezi Altında Minör ve Major Cerrahi İşlemler

Kan glukoz değeri operasyondan önce ölçülmeli (bkz. Glukometre ile ölçüm), 100-200 mg/dl arasında ise işlem yapılmalı, 200 mg/dl üzerinde ise ilgili uzman ile konsültasyon yapılmalı

- Tedavi süresinin uzaması durumunda saat başı kan glukoz değeri takip edilmelidir.
- Enfeksiyona yatkınlık söz konusu olduğundan intraligamenter anestezi, diş çekimi, biyopsi alınması, endodontik tedavi, subgingival küretaj ve diğer cerrahi müdahaleler vs. gibi işlemler öncesinde profilaktik antibiyotik kullanılmalıdır.
- Osteoporoz gelişimi riski nedeniyle diş çekimlerinde fraktür gelişme ihtimali yüksek olduğundan a travmatik çalışılmalıdır.

Tip 2 Diyabetlide Lokal Anestezi Altında Minör ve Major Cerrahi İşlemler

- Metabolik kontrolün sağlandığı diyabetlilerde (HbA1C %6-8) özel bir önleme ihtiyaç yoktur.
- Enfeksiyona ve yara iyileşmesinde gecikmeye karşı tedbirli olunmalıdır.
- Kontrolsüz hastalarda metabolik kontrol sağlanana kadar mümkünse tedavi ertelenmelidir.

Komplikasyonlu Diyabetlide Diş Hekimi Yaklaşımı

İlk Randevuda Bilinmesi Gerekenler:

1. Kan basıncı yükseklik derecesi nedir?
2. Antihipertansiflerle kan basıncı ölçümleri nedir?

3. Antihipertansif ilaçlarla ilgili problem/yan etki var mı?

4. İlaç değişimi oldu mu?

Yeterli kan basıncı sağlanmalı. Randevular kısa ve sabah olmalıdır.

Özellikle anksiyetesi olanlarda 5-10 mg diazepam bir gece önce ve girişimden

1-2 saat önce verilebilir ya da alternatif olarak nitrik oksitle sedasyon sağlanabilir.

Tedavi sırasında ani pozisyon değişikliklerinden kaçınılmalıdır; ortostatik hipotansiyon gelişebilir.

Kan basıncı optimal ve prehipertansif düzeyde olanlarda tüm dental işlemler yapılabilir. Yüksek kan basıncı kontrol altında ise hasta maksimum 2 kartuş epinefrinli lokal anestezi (LA) alabilir (1:100.000). En az 10 dakika beklenir. Daha fazla anesteziye gerek varsa epinefrin içermeyen LA kullanımı önerilir. Kan basıncı 140-180/90-110 mmHg arasında bulunan hastalarda gerekli genel değerlendirme yapılmalıdır. Sedasyon düşünülebilir ya da elektif girişim kan basıncı kontrol altına alınıncaya kadar ertelenebilir.

Kan basıncı >180/110 mmHg ise kontrol altına alınıncaya kadar elektif girişim ertelenmelidir.

Hipertansif acil durumlarda (KB >210/120 mmHg) 40 mg oral furosemide verilmeli, acil servis aranmalı ve en yakın hastaneye sevk edilmelidir.

Propranolol ve nadolol gibi nonselektif beta blokerlerin kullanımı epinefrin etkisini potansiyelize edebileceğinden doz azaltılmalıdır.

İskemik Kalp Hastalığı Olan Diyabetik Hastaya Yaklaşım

Akut miyokard infarktüsü (AMİ) ve aritmi sonucu ani ölüm gelişebilir.

İlk Randevuda Bilinmesi Gerekenler:

1. İlk tanı ne zaman konuldu, bunun için hastanede yattı mı?

2. Kullandığı ilaçlar nelerdir?

3. Nefes darlığı, çarpıntı, kolay yorulma yakınmaları var mı?

4. Antikoagülan ya da antitrombositler ilaç kullanmakta mı?

AMİ geçiren bir hastada en güvenli girişim 6 aydan sonradır. Ancak 4-6 haftalık süre de yeterli bulunabilmektedir. Bu sürede ağrı verici diş çekimi, apse drenajı, pulpektomi gibi işlemler sınırlandırılmalı, girişimler hastane ortamında yapılmalıdır.

Seanslar 30 dakikadan kısa olmalıdır. Sabah erken (infarkt en sık) ve öğleden sonra (yorgunluk, stres fazla olduğu) randevuları tercih edilmemelidir. Hasta nitrat kullanıyorsa her randevuya getirmelidir.

- Gerilimli, anksiyetesi olan hastalara gece ve girişimden 1-2 saat önce 5-10 mg diazepamla medikasyon sağlanmalıdır. Nitrit oksid/oksijen gibi inhalasyonla da sedasyon sağlanabilir.

Hasta koltukta rahat pozisyonda olmalı (yarı-supine) ortostatik hipotansiyon gelişmesi engellenmelidir.

- Anestezi sırasında damara enjeksiyondan kaçınılmalı ve en fazla 2 kartuş epinefrinli lokal anestezik kullanılmalıdır. Tekrar anestezi gerekirse epinefrinsiz lokal anestezik tercih edilmelidir.

Hasta antikoagülan alıyor ise INR değeri uygulanan tedavilerde muayenehane şartlarında <2.5; hastane ortamında ise <3.5 olmalı, lokal hemostaz düşünülmelidir.

Dental tedavi sırasında hastada göğüs ağrısı gelişirse acilen işlem ertelenmeye çalışılmalı, acil tıbbi müdahale desteği istenmeli ve sublingual nitrat (0.4-0.8 mg) ile birlikte nazal oksijen 3 lt/dk verilmelidir. Ağrı 5 dakika içinde azalmadı ise 2. dil altı nitrat verilmeli ve 15 dakika içinde kaybolmazsa AMİ şüphesi ile hastaneye sevk edilmelidir.

Kalp Yetmezliği Olan Diyabetik Hastaya Yaklaşım

İlk Randevuda Bilinmesi Gerekenler:

1. Kalp yetmezliğinin nedeni nedir?
2. Eforla göğüs ağrısı, dispne gelişiyor mu?
3. Göğüs ağrısı ya da efor dispnesi gelişmeden merdiven çıkabiliyor mu?

Sabah saatlerinde randevu verilmeli

Anksiyete ve stresten randevu sırasında kaçınılmalı ve süre 30 dakikadan kısa olmalı

- Diş hekimliği uygulamaları stabil hastalarla sınırlıdır. Konjestif kalp yetmezliği kontrol altında ise özel önlem gerekmez.

- Konjestif kalp yetmezliği epizodu varsa (angina pectoris) diş hekimliği uygulamaları geciktirilmelidir.

- Tedavi sırasında angina olur ise tedavi kesilmeli, 3 lt/dk oksijen verilmeli, ağrı geçinceye kadar beklenmeli, stres minimuma indirilmeli. Hasta kendini iyi hissediyor ise tamamlanmalıdır.

- İşlem sırasında aritmi olursa tedaviye ara verilmelidir.

- Dispne, çarpıntı ve asteni yakınmaları olan kalp yetmezlikli hastalarda girişimler hastane ortamında yapılmalıdır.

Acil durumlarda acil tıbbi müdahale talebinde bulunulmalıdır.

Serebral Arter Hastalığı Olan Diyabetik Hastaya Yaklaşım

İlk Randevuda Bilinmesi Gerekenler:

1. İnmeyi ne zaman geçirdiniz, tipi nedir?
2. Fonksiyon kaybına neden oldu mu?
3. Zamanla düzelen fonksiyonlar oldu mu?

Acil diş tedavisine inmeden 6 ay sonra izin verilir.

- İnme geçiren hastaya sabah randevusu verilmeli. Randevu kısa tutulmalıdır.
- Anestezik solüsyon minimal miktarda kullanılmalı, epinefrin düşük olmalı (1:100.000 ya da 1:200.000). Epinefrinli gingival retraksiyon ipliklerinden sakınılmalıdır.
- Metranidazol ve tetrasiklin pıhtılaşmayı etkilediği için kullanılmamalıdır.
- Heparin gibi antikoagülanlar girişimden 6-12 saat öncesi kesilmeli, kanamadan 6 saat sonra pıhtı oluşumu gerçekleştiği için heparin yeniden başlanmalıdır. Basit çekimlerde 100 mg'a kadar asetilsalisilik asit kesilmez. Warfarin de kesilmez ama girişimden önce 24 saat içerisinde İNR bakılmalıdır. İNR <2.5 ise bir seansta en fazla 3 çekim yapılabilir. Kanama kontrolü yapılmalı ve hemostaz sağlandıktan sonra hasta taburcu edilmelidir.

Nefropatili Diyabetik Hastaya Yaklaşım

İlk Randevuda Bilinmesi Gerekenler:

1. Hangi tip böbrek problemi var? Günlük yaşamı etkiliyor mu?
2. Hemodiyaliz ya da periton diyalizi uygulanıyor mu?
3. Kullanılan ilaçlar nelerdir?

Böbrekten atılan ilaçlar dikkatli kullanılmalı ve doz azaltılmalı. Asetaminofen gibi böbrek için toksik ajanlardan sakınılmalıdır.

Profilaktik antibiyotik gerektiği takdirde endokardit profilaksisi önerilir.

Diş ve kök çekimi gibi invaziv işlemlerde böbrek transplantasyonu varsa immunosupressif kullanan hasta protokolü uygulanmalı. Lökosit sayımı mm³'de <2000, trombosit sayısı <60.000 ise değerler normale gelinceye kadar elektif girişim ertelenmelidir. Hastada kanama riski var ve acil tedavi gerekiyorsa trombosit süspansiyonu ile girişim gerçekleştirilmelidir.

Özellikle hipertansif hastalarda epinefrin azaltılmış lokal anestezi kullanılmıdır.

Diş tedavisi heparizasyonla tedaviye ara verilmeden planlanmalı, işlem hemodiyalizi izleyen zamanda yapılırsa kanama eğilimi en aza indirilir.

Hipoglisemi

Genellikle Tip 1 olarak adlandırılan insüline bağımlı diyabet hastalarda görülür. Hipoglisemi en sık görülen endokrin acillerden biridir.

Hipoglisemi genel olarak;

- Serum glikozunun 50 mg/dL'nin altına düşmesi
- Hipoglisemi semptomlarının olması,
- Glikoz uygulamasının ardından semptomların hızla düzelmesi olarak tanımlanır.

Hipogliseminin sonuçları hasta için yıkıcı olduğundan ve antidotu kolaylıkla bulunabildiğinden dolayı, nedeni ne olursa olsun hipoglisemi düşünülen her hastada hipogliseminin hızlı tanısı ve tedavisi yapılmalıdır.

Hipoglisemi Semptomları

Nöroglükopenik Semptomlar	Otonomik Semptomlar
Sersemlik Konfüzyon Hiperaktif veya psikotik davranışlar Bozuk konuşma Kranial sinir palsileri Nöbetler Hemipleji Tremor Desebre postür	Terleme Sinirlilik Taşikardi Çarpıntı Tremor Pupil değişiklikleri Endişe-tedirginlik Bulantı-kusma

- Hafif Hipoglisemi; Ani acıkma baş dönmesi titremeler gerginlik kalp atışlarının şiddetlenmesi uyuklama, yorgunluk terleme ağız veya dudaklarda uyuşukluk veya karıncalanma.

- Orta Hipoglisemi; Kişilik değişikliği, baş ağrısı, sinirlilik, bulanık görme, konfüzyon veya konsantre olma güçlüğü, koordinasyon bozukluğu, yavaş veya geveleyerek konuşma.

- Ciddi Hipoglisemi (acil tedavi gerektirir); Baygınlık, kasılmalar, nöbet, bilinç kaybı ortaya çıkabilir.

Hipoglisemide İlk Yardım Nasıl Olmalıdır?

1. Bilinç durumu değişikliği olan tüm hastalara kan şekeri bakılmalıdır.

2. Hastanın ABC'si değerlendirilir; hızlıca hastanın hava yolu, solunum, dolaşımı kontrol edilir, damar yolu açılması, gerekirse oksijen desteği, monitörizasyon ve yatak başı parmak ucundan glukometre ile kan glikoz düzeyi ölçümü yapılmalıdır. Bilinç değişikliği olan bir hastada ilk değerlendirme sırasında glikoz verilmesi çoğu zaman hipoglisemiye düzeltir. Beyin enerji kaynağı olarak glikozu kullandığından dolayı ve hipoglisemiye bağlı olası beyin hasarının önüne geçilebilmesi için hipoglisemi düşünülen ve yatak başı kan glikoz düzeyi ölçülemeyen hastalarda glikoz tedavisinin başlamak için laboratuvarından sonuç gelmesi beklenmemelidir.

3. Hastanın bilinci kapalı veya oral alamıyorsa damar yolundan 25 gr IV glikoz verilmelidir.

• Glukagon yetişkinlerde; 0.5-1 mg, infant ve çocuklarda; 0,03 mg/kg maksimum 1 mg subkutan veya IM uygulanır (hipoglisemide glukagon yapıldıktan 15 dakika içerisinde bilinç düzelir ancak Glukagon' un ciddi bulantı kusma yapabileceği unutulmamalıdır.)

- %50 dekstrozdand 50 ml IV
- %20 dekstrozdand 125 ml IV
- %10 dekstrozdand 250 ml IV verilebilir.

4. Hastanın bilinci yerinde ve kusmuyorsa ağızdan yaklaşık 15-20 gr şeker ve/veya şekerli içecekler verilir.

- 15 gr karbonhidrata eşit glikoz tabletleri
- 6-7 adet normal büyüklükte jöleli şeker
- 1/2 teneke kutu (150Ml) normal meşrubat (diyet olmamalı)
- 3 çay kaşığı şeker veya bal
- 1/2 bardak (125mL) meyve suyu hastalara oral verilebilir.

5. Hipoglisemi doğrulanamadıysa bile fazla şekerin bir zararı olmaz.

Ayrıca belirtiler fazla şekerden meydana gelmiş ise bile fazladan şeker verilmesi, hastanın düşük kan şekeri düzeyinde kalmasından daha az zararlı olacaktır. Çünkü düşük kan şekeri, beyinde ve diğer hayati organlarda kalıcı zararlara neden olabilir.

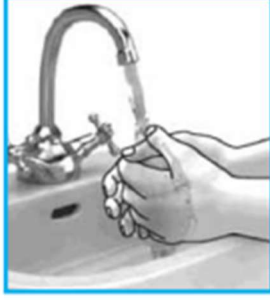
Hastaneye Transfer Edilmesi Gereken Hastalar Hangileridir?

- Yaklaşık 15–20 dakikada belirtiler geçmiyorsa sağlık kuruluşuna gitmesi için yardım çağırılmalıdır.
- Hastanın bilinci yerinde değilse koma pozisyonu verilerek (112) tıbbi yardım çağırılmalıdır.
- Hastanın şikayetlerinin hipoglisemi nedeni ile olduğundan emin olunamıyorsa (112) yardım çağırılmalıdır.

Kan Şekeri Ölçüm Adımları

Gerekli Malzemeler

- Bir adet kan şekeri ölçüm cihazı
- Bir adet ölçüm çubuğu
- Parmak delme cihazı



1

Ölçüme başlamadan önce hastanızın ellerini yıkamasını ve kurulamasını sağlayın.



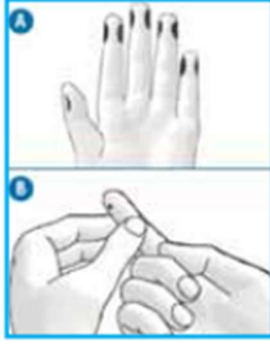
2

Cihazın ölçüm çubuğu kutusundan çıkan kod çipini cihaz üzerindeki yerine yerleştirin. (kodlama gerektirmeyen cihazlar için bu işlem yapılmaz).



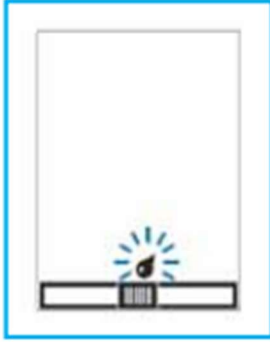
3

Ölçüm çubuğu kutusundan bir adet çubuk çıkarın ve dikkatlice ve bükmeden ok yönünde yuvasına yerleştirin.



- 4 Parmağı yan taraftan delin ve bir damla kan elde edin (Kan damlası küçük olmamalı)

- 5 Ölçüm cihazında kan uygulayabileceğinizi gösteren işaret görüntülendiğinde (örneğin yanıp sönen damla sembolü) ölçüm çubuğuna kan damlasını temas ettirin. Ekranda yanıp sönen kum saati sembolü gördüğünüzde ölçüm başlamıştır.



- 6 Yaklaşık 5 saniye sonra ekranda ölçüm sonucu gösterilir

- 7 Kan şekeri ölçüm aleti hafızasında geçmiş kan şekeri değerlerini izleyebilirsiniz.

Hipertansiyon ve Kan Basıncı Yüksekliğine Yaklaşım

Tamamen asemptomatik olan bir hipertansiyon hastasına yaklaşımla, semptomatik kan basıncı yüksekliğine yaklaşım farklılık arz edebilir. Joint National Committee (JNC 8)'ye göre hipertansiyon sınıflaması;

Sınıf	Sistolik (mmHg)	Diyastolik (mmHg)
Normal	<120	<80
Pre-hipertansiyon	120-139	80-89
Seviye 1 hipertansiyon	140-159	90-99
Seviye 2 hipertansiyon	>160	>100

Kan Basıncı Ölçümü

- Ölçüm manuel veya otomatik cihazlar yardımıyla yapılabilir. Her durumda cihazların en geç 6 ay arayla kalibrasyonları yapılmış olmalıdır.
- Kullanılan kaf, üst kolun %80'ini kaplamalıdır. Kaf küçük olursa ya da gevşek bağlanırsa yanlış yüksek ölçümler elde edilebilir.
- Ölçüm öncesinde hasta stressiz ve sessiz bir ortamda en az 5 dakika oturmalıdır. Son 30 dakika içinde sigara içmemiş, egzersiz yapmamış ve yemek yememiş olmalıdır.
- Sağlık kurumuna ya da muayene alanına gelen hastada, yapılacak işlemin anksiyetesi nedeniyle kan basıncı değerleri yüksek ölçülebilir. Hasta olabildiğince sakinleştirilerek, 5 dakika sonra ölçüm tekrarlanmalıdır.
- Hasta hekimine geleceği gün antihipertansif ilacını içmelidir, mümkünse ilaçlarını yanında getirmelidir.
- Elektif cerrahi girişimler tansiyon regülasyonu sağlanana kadar ertelenmelidir.
- Ağrı tüm fizyolojik değerleri etkiler, bu sebeple işlem esnasında uygun anestezi yapmak şarttır.
- Lidokain + epinefrin, mepivakain ve prilokainin karşılaştırıldığı bir randomize çalışmada; total epinefrin dozu $u < 0,04$ mg kaldığı sürece, lokal anesteziklerin arteriyel tansiyon değerlerini değiştirmedeği belirtilmektedir.

- İşlem sırasında 15 dk. ara ile sürekli kan basıncı monitörizasyonu önerilir.
- Antihipertansif kullanan hastaların ortostatik hipotansiyona da yatkın oldukları unutulmamalıdır; hastalar ayağa kaldırılmadan önce 30-60 sn. oturtulmalıdırlar.
- Çoğu yayında asemptomatik hastalarda elektif girişimler için önerilen sınır kan basıncı değeri 180/110 mmHg'dır.
- Kan basıncı değeri bu sınırın üzerinde ise elektif girişimler ertelemelidir. Girişim acilse, bu durumda hastanede yapılmalıdır.
- Bu ve üzerindeki kan basıncı değerleri için, taburculukta hasta aile hekimine yönlendirilmeli, eğer bu değere eşlik eden baş ağrısı, göğüs ağrısı, nefes darlığı, görme bulanıklığı, konfüzyon gibi semptomlar da mevcutsa (end-organ hasarı şüphesi), hasta acil servise yönlendirilmelidir.

Senkop

Senkop tipleri;

1. Vazovagal Senkop
2. Durumsal Senkop
3. Karotid Sinüs Sendromu
4. Ortostatik Senkop
5. Nörolojik Senkop
6. İlaça Bağlı Senkop
7. Kardiyak Senkop
8. Psikiyatrik Nedenler

Bilinci kapalı ve potansiyel olarak cevapsız olduğu düşünülen tüm hastalara öncelikle temel yaşam desteği algoritmaları uygulanmalıdır. Senkop sonrasında bilinci açılan ve konuşmaya başlayan hastanın ise, mümkünse sırtüstü yatırılması ve ayaklarının 45 derece yukarı kaldırılması gerekir. Hasta eğer senkop değil de nöbet geçirdiyse bilinci hemen açılmayabilir. Bununla birlikte mümkünse hastanın nabzına, tansiyonuna ve kan şekere bakılması gerekir.

Hasta tamamen düzelse bile hastaneye başvurması önerilmelidir. Senkopa eşlik eden ve aşağıda geçen riskli durumlardan birisi mevcutsa, transfer ambulansla sağlanmalıdır. Hasta çıktıktan sonra araç sürmek ya da yüksekte çalışmak gibi dikkat gerektiren işleri yapmamalıdır. Hasta hiçbir koşulda tek başına gönderilmemelidir.

Senkop hastalarının temelde büyük çoğunluğunun düşük riskli olduklarının bilinmesi gerekir. Hastaların önemli bir kısmı acil servise başvurduktan sonra da tanı alamazlar, bu nedenle esas olarak tanı almaları değil, riskli olup olmadıklarının belirlenmesi gereklidir

- Hastada öncesinde kalp yetmezliği öyküsü olması
- Anormal EKG (sinüs ritmi dışında herhangi bir ritmin saptanması)

• San Francisco Senkop Kuralları genellikle acil servislere kullanılan risk parametrelerini içerir, aşağıdaki parametrelerden herhangi birinin varlığı, hastayı yüksek riskli yapacaktır:

- Anemi (Htc < 30)
- Hastanın nefes darlığı tarif etmesi
- Sistolik kan basıncının <90 mmHg olması
- Hastada öncesinde kalp yetmezliği öyküsü olması
- Anormal EKG (sinüs ritmi dışında herhangi bir ritmin saptanması)

Epilepsi Nöbeti Geçiren Hastaya Yaklaşım

• Hasta yaralanmadan korunmalıdır. Mümkünse hastanın çevresindeki sert, sivri cisimler uzaklaştırılır. Başını sert yüzeylere çarpmasına engel olunur, mümkünse sırtüstü yatması sağlanır

• Hastanın ağzı açılmaya çalışılmaz, ağzının içine bir şey konmaya çalışılmaz, airway yerleştirilmez. Hastayı nöbet aktivitesi bitene kadar uygun şekilde ventile etmek oldukça zordur, yapılabiliyorsa nazal kanül veya maskeyle oksijen verilmeye çalışılır.

• Nöbet ilk 5 dakikasında hastaya ilaç uygulanmaz. Komplike olmayan nöbetlere uygulanan antikonvülzanlar, hastayı ve nöbet paternini komplike ederler, ilaç

uygulanmamalıdır. Nöbet aktivitesi 5 dakikanın üzerinde sürerse, hasta dirençli nöbet olarak kabul edilerek ilaç tedavisine geçilir.

- Kan şekeri bakılmalıdır. Hipoglisemi şüphesinde 25-50 gr glikoz iv veya bukkal yolla verilebilir. Özellikle öncesinde diyabeti olan hastalarda, prodromal belirtiler de eşlik ediyorsa, kan şekeri ölçümü <50-60 mg/dl olması durumunda uygulanmalıdır.

- Nöbet paterni izlenmelidir. Eğer varsa, nöbet sonu için havayolu araçları ve aspiratör hazır edilmelidir. Bir kişi nöbetin süresini tutarak kaydetmelidir.

- Gebe hastalara ilk müdahale diğer hastalar gibidir, bunun yanı sıra eklampsi olasılığı da düşünülmelidir. Eklampsi hipertansiyon, protein, ödem tablosuna eklenen nöbet durumunu tanımlar. Özellikle 20 hafta üstünde gebeliği olan hastalarda, postpartum bir aya kadar eklampsi gelişebilir. Tedavisinde 4-6 gr Mg yükleme, 1-2 gr/s Mg idamesi sağlanır. Eklampsinin definitif tedavisi doğumdur. Eğer hastanın nöbeti durmaz ve status epileptikus gelişirse, diğer hastalar gibi tedavisi sağlanır.

Nöbeti Tetikleyen Eden Faktörler

- İlaç atlama
- İlaç değişikliği
- Doz değişikliği
- Uykusuzluk
- Alkol- madde çekilmesi
- Enfeksiyonlar
- Elektrolit bozuklukları
- Madde kullanımı

Nöbet geçiren tüm hastaların sağlık ekibiyle birlikte hastaneye yönlendirilmesi sağlanmalıdır. Hasta tek başına taburcu edilmemelidir. Taburculuk sonrasında hastanın araba kullanmaktan, yüzmekten, tehlikeli ve dikkat gerektiren işlerde çalışmaktan kaçınması gerekmektedir.

İnme

İnmenin Tanınması

İnmenin tanınması için Cincinnati hastane öncesi inme değerlendirme ölçeği ve Los Angeles hastane öncesi inme değerlendirme ölçeği (LAPSS) gibi ölçeklerin kullanılması yararlı olabilir. LAPSS ölçeğinin kullanılması akut inme kliniğinde %93 duyarlılık ve %97 özgünlük ile tanı konulabilmesini sağlamaktadır.

Cincinnati İnme Değerlendirme Ölçeği

F	FACE(YÜZ)	Yüzün bir tarafında düşme var mı? Hastadan gülümsemesini isteyin.
A	ARMS(KOLLAR)	Kollardan birinde güçsüzlük var mı? Hastaya her iki kolunu kaldırmasını söyleyin
S	SPEECH	Konuşmada bozulma var mı? Hastadan basit bir cümleyi tekrar etmesini isteyin.
T	TIME	Bu bulgulardan herhangi birisi varsa hızla 112'yi arayın.

Ekstremitelerdeki olası güç kaybını tespit etmenin kolay yöntemlerinden biri de hastadan her iki kolunu havada tutmasını, bu sırada da gözlerini kapatmasını istemektir. Sağ veya sol ekstremitede bir kuvvet kaybı mevcutsa, bu durumda kuvvet kaybı bulunan taraf diğerine oranla daha erken aşağı düşecektir.

İnme kliniğinden şüphelenilen bilinci açık (yanıt verebilen) kişilerde öncelikle;

- Hava yolu açıklığı sağlanmalıdır. (A-Airway)
- Ardından solunum fonksiyonu değerlendirilmelidir (B-Breathing)
- Dolaşım değerlendirilmelidir. (C-Circulation)
- 112 hastane öncesi acil yanıt sistemi aranarak yardım istenmelidir.

• Ölçülebiliyorsa hastanın kan şekeri ölçülmelidir ve hipoglisemi var ise uygun şekilde tedavi verilmelidir (bakınız hipoglisemi). Hastada hipoglisemi yok ise dekstroz içeren solüsyonlar verilmesi önerilmez.

- Hastanın kan basıncı yüksek olması durumunda hastane öncesinde düşürücü herhangi bir ilaç verilmesi önerilmez.

Herhangi bir zamanda hastanın bilinci kapanırsa (hasta yanıtı hale gelirse):

- Hasta sırtüstü yatırılmalı (P) pozisyon verilmeli
- ABC tekrar değerlendirilmelidir ve gerekli temel yaşam desteği uygulamaları yapılmalıdır.

- Gag refleksi kaybolan hastalarda orofaringeal airway kullanılabilir.

- Hastanın dolaşım ve solunumu varsa derlenme (recovery) pozisyonu verilerek 112 ambulansının gelmesi beklenmelidir.

- Eğer hastanın parmaktan nabız oksimetre ile bakılan oksijen satürasyonu (SpO2) %94'ün altındaysa nazal yolla ya da maskeyle oksijen desteği verilmeli, satürasyonu yükselmezse de balon-maske ile pozitif basınçlı ventilasyona başlanmalıdır.

- Müdahaleler sırasında hastanın kusabileceği akılda tutulmalı, olası mide içeriğinin aspirasyonunu önlemek için dikkatli olunmalıdır.

- İnmenin tedavisine semptomların başlangıcından sonra mümkün olan en kısa sürede başlanmalıdır ve bu nedenle hasta hızlıca uygun merkeze nakledilmelidir.

- Bu süreçte hastanın genel durumu kötüleşebilir ve gerektiğinde temel yaşam desteği uygulaması için hazırlıklı olunmalıdır

Astım Atağı Geçiren Hastada Müdahale

Astım atağı geçiren hastada müdahale:

- İlk olarak semptomatik, atak halinde başvuran veya işlem sırasında atak geçiren hastalarda girişim hemen durdurulmalı /ertelenmelidir. Bilinci açık hastalar dik ve rahat edeceği bir pozisyona alınır.

- Varsa tüm araç ve malzemeler ağız içi ve hava yolundan uzaklaştırılır.

- Hastanın tercihen kendine ait veya acil kitinde mevcut olan inhaler $\beta 2$ agonist ilaç (salbutamol) uygulanır.

- İlaç, aralarda 4 nefes olacak şekilde 4 puff uygulanır. Rahatlama olana kadar veya yardım gelene kadar 20 dakika ara ile 4-10 puff olacak şekilde salbutamol uygulanabilir. Hasta ilacını kendi uygulayacak durumda değilse destek olunmalıdır.

- Maske ile 4-6 lt/dk. oksijen tedavisi başlanır.

- Bu hastalarda 112 acil yardım sistemi aşağıdaki durumlarda aktive edilmelidir:

- Hasta nefes almıyorsa

- Aniden kötüleşme veya durumda düzelme olmaması

- Astım atağında rahatlatıcı bir ajan bulunmaması

- Astım atağı olduğundan emin değilseniz

- Anafilaksi düşünülüyorsa

Bu tedavilere cevap vermeyen ve/veya kötüleşen hastalarda artık “Status astmatikus” olarak adlandırılan ciddi astım atağı düşünülmelidir. Bu aşamada hastaya subkutan adrenalin (1:1000’lik, 0,01 mg/kg; 3 doza bölünerek yaklaşık 0,3 mg ve 20 dakika aralıklarla) uygulanmalıdır. Acil yardım gelene kadar hastada uygun oksijen saturasyonu (%93-95; çocuklarda %94-98) sağlanacak şekilde oksijen tedavisi sürdürülmelidir.

Göğüs Ağrısına Yaklaşım

Akut göğüs ağrısı, son 24 saat içinde başlayan, anterior toraksta ağrı veya rahatsızlık hissi olarak tanımlanır.

Hasta yürümemeli, efor sarf etmemelidir. Mümkünse rahat bir pozisyonda oturmalı veya yatmalıdır.

- Ağrı sırasında yanıtılaşan hastaya, temel yaşam desteği basamakları uygulanır.

- Vital bulgulara (nabız, kan basıncı, solunum sayısı, nabız oksimetre değeri) dikkat edilmeli, bulgular kaydedilmelidir.

- Hastanın ağrısı istirahatte veya eforla başlayabilir. Riskli kardiyak ağrılar daha çok sternum arkasında baskı, yanma, ezilme şeklinde tarif edilen; boyna, çeneye, omuzlara yayılan; hastada ölüm korkusu uyandıran; bulantı, kusma ve terlemenin eşlik

ettiği ağrılardır. Bu ağrılar genellikle 15 dakikadan uzun sürer ve hastanın aldığı dil altı koroner vazodilatatör ilaçlara cevap vermez.

- Bazı hastalarda ağrı paterni, yukarıda tarif edilenden farklı olabilir. Hasta ağrısını halsizlik, baş dönmesi veya mide yanması şeklinde tarif edebilir. Bu atipik semptomlar özellikle yaşlılarda, diyabetik hastalarda ve kadın hastalarda belirgindir.

- Mümkünse hastaya damar yolu açılmalıdır ve hastalar defibrilatörle monitörize edilmelidirler.

- Kardiyak enzimler hastanede akut koroner sendrom tanısında kullanılırlar ve yapılacak olan intramüsküler enjeksiyonlardan etkilenebilirler. Bu nedenle zorunlu kalmadıkça hastalara IM enjeksiyon uygulanmamalıdır.

Eğer hastanın şikayetleri, kardiyak iskemi ya da enfarktı işaret ediyorsa, hastalara MONA tedavisi (morfin, oksijen, nitrogliserin, aspirin) uygulanabilir.

- Morfin: Hastanın göğüs ağrısı 3 doz nitrogliserine yanıtsızsa, 2-4 mg morfin IV yoldan uygulanabilir. Gerekirse 5-15 dakikalık aralarla toplam 8 mg'a kadar verilebilir. Ağrı kesici olarak oral veya IV yoldan non-steroid antiinflamatuar ilaç verilmesinden kaçınılması gerekir.

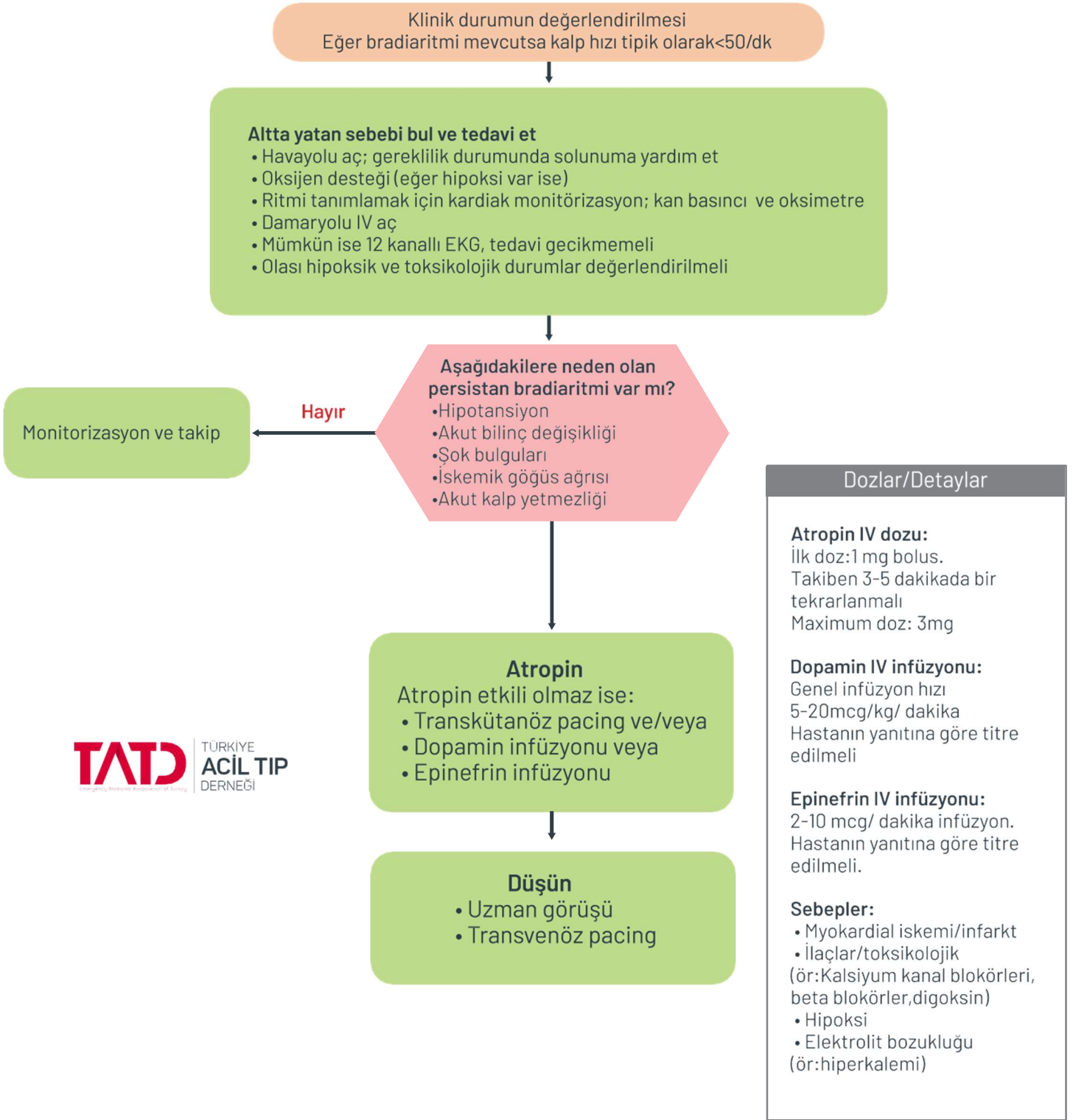
- Oksijen: Eğer hastanın satürasyonu %94'ün altındaysa, nazal kanülle oksijen verilmesi uygundur. Eğer oksijen satürasyonu ölçülemiyorsa, solunum sıkıntısı olan hastalara oksijen verilmesi düşünülmelidir. Rutin kullanımından kaçınılması gerekir.

- Nitrogliserin: Dil altı hapi veya sprey olarak ticari formları mevcuttur. Sublingual tableti 0,4 mg olarak verilir. Sprey formu mevcutsa, 5 dakika arayla 3 puff şeklinde uygulanabilir. Kan basıncının aralıklı olarak kontrol edilmesi gerekir. Nitrogliserin; sistolik kan basıncı 90 mmHg'nın altında olanlara, kalp hızı <50/dk. olanlara, sağ ventrikül enfarktı şüphesi olan hastalara ve son 24-72 saat içinde erektil disfonksiyon için ilaç kullanmış olan kişilere verilmez.

- Aspirin: Hastaya 150-300 mg aspirin verilerek, çiğneyerek yutması istenir. Aspirin alerjisi durumunda yerine 300 mg klopidoğrel verilebilir. Enterik kaplı preparatların emilimi geç olacağından, bunların verilmeleri önerilmez.

Diş tedavisi sırasında göğüs ağrısı olan hasta için vakit kaybetmeden 112 aranmalıdır. Akut göğüs ağrısı olan hastalar sıklıkla sıkıntılı bir dış görünöme sahip, terli görünömlü hastalardır. Hastanın hiç efor sarf ettirilmeden bir yerde oturtulması, sakinleştirilmeye çalışılması, sıkkan giysilerinin gevşetilmesi, varsa kendi dil altı hapını alması ve 112'nin gelmesinin beklenmesi gerekir.

Erişkin Bradikardi Algoritması



Trigeminal Nevralji Algoritması

Yüksek çözünürlüklü trigeminal sekansları içeren MR, teşhis çalışmasının bir parçası olarak gerçekleştirilecektir.

Karbamazepin ve okskarbazepin ilk tercih edilen ilaçlardır.

Lamotrijin, gabapentin, pregabalin, botulinum toksini tip A ve baklofen tek başına veya ek tedavi olarak kullanılabilir.

Ağrı yeterince kontrol edilemiyorsa veya medikal tedaviler yeterince etki göstermiyor ise cerrahi düşünülmelidir.

Trigeminal mikrovasküler dekompresyon, trigeminal nörovasküler çatışması olan hastalarda ilk basamak cerrahidir; ancak MR'da herhangi bir nörovasküler temas görülüyorsa veya hastaların mikrovasküler dekompresyon için çok zayıf olduğu düşünülüyorsa veya risk almak istemiyorsa nöroablatif cerrahi tedaviler önerilebilir.

Trigeminal nevralsi (TN), trigeminal dağılımda aniden başlayan ve sonlanan, tekrarlayan, tek taraflı, kısa (<1 s-2 dakika), çok ağrılı, elektrik çarpmasına benzer ağrı atakları ile karakterizedir.

Konuşma, yeme, içme ve yüze dokunma gibi temel insan fonksiyonlarını etkileyen, dolayısıyla yaşam kalitesinin düşmesine neden olan oldukça zayıflatıcı bir hastalıktır. Epidemiyolojik çalışmalar artan anksiyete ve depresyon ile intihar riskinin arttığını göstermektedir. Bu, hızlı tanının, araştırmanın ve tedavinin önemini vurgulamaktadır.

Diyagnostik Kriter ve Sınıflandırma

Tanım: Trigeminal sinirin bir veya birden fazla dalının dağılımıyla sınırlı kalan ve zararsız uyarılarla tetiklenen, ani başlayan, tekrarlayıcı tek taraflı kısa elektrik şoku benzeri ağrılarla karakterize bir bozukluk. Belirgin bir neden olmadan gelişebilir veya tanısı konmuş başka bir bozukluğun sonucunda ortaya çıkabilir. Buna ek olarak, etkilenmiş sinir dallarının dağılımı/dağılımları içinde eş zamanlı orta şiddette sürekli ağrı olabilir.

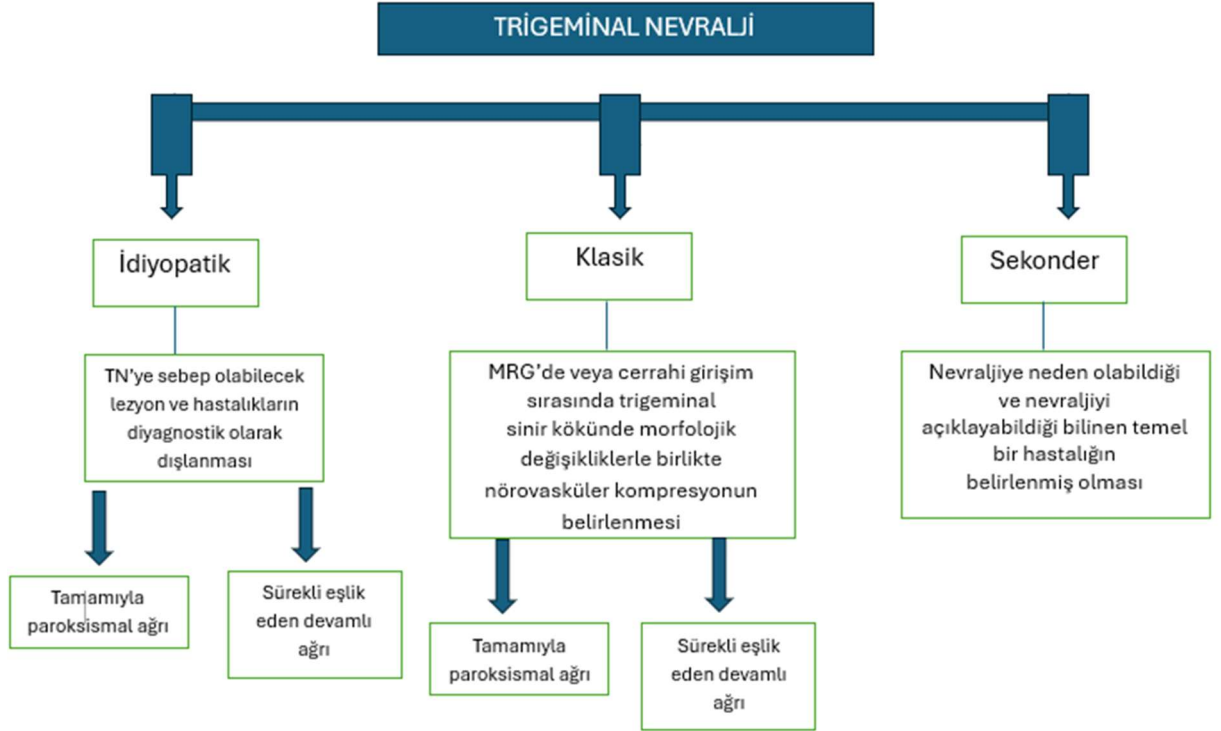
Trigeminal Nevralji için Uluslararası Baş Ağrısı Bozuklukları Sınıflandırması 3.Baskı
(ICHD-3) Tanı Kriterleri [1]

- A. Trigeminal sinirin bir veya birden fazla dalının dağılımında/dağılımlarında, ileriye herhangi bir yansıma olmaksızın görülen ve B ve C kriterlerini karşılayan tekrarlayıcı tek taraflı yüz ağrısı paroksizmleri
- B. Ağrının aşağıdaki özelliklerin tümünü karşılaması:
1. bir saniye ile iki dakika devam etmesi
 2. ağır şiddetli
 3. elektrik şoku benzeri, çarpıcı, saplanıcı veya keskin özellikte
- C. Etkilenmiş trigeminal dağılım içerisinde zararsız uyarılardan sonra ortaya çıkması
- D. Başka bir ICHD-3 tanısı ile daha iyi açıklanamaması

TN altta yatan nedene bağlı olarak klasik, sekonder veya idiyopatik olarak alt sınıflara ayrılır (Şekil 1). En sık görülen ve vakaların %75'ini oluşturan klasik tip, uygun trigeminal sekanslarla MR'da veya ameliyat sırasında gösterilen, ağrının olduğu tarafta morfolojik değişikliklerle birlikte trigeminal nörovasküler bası olduğunda teşhis edilir.

Vakaların yaklaşık %15'ini oluşturan ikincil tip, pontoserebellar açığı tümörü, arteriovenöz malformasyon ve multipl skleroz gibi TN'ye neden olduğu bilinen tanımlanabilir bir altta yatan nörolojik hastalığa (trigeminal nörovasküler kompresyon hariç) atfedilebilir.

İdiyopatik ve klasik TN ayrıca tamamen paroksizmal ağrı veya eşlik eden sürekli ağrı (sürekli veya sürekliye yakın interiktal ağrının varlığına veya yokluğuna bağlı olarak) olan gruplara ayrılır.



Hafif dokunsal stimülasyon en güçlü tetikleyicidir ve bunun tersine, ağrılı ve termal stimülasyon TN'de ağrıyı ortaya çıkarmada etkisiz görünmektedir [2]. Yaygın tetikleyiciler arasında hafif dokunma, konuşma, çiğneme, diş fırçalama, yıkama veya kurutma, içki içme ve tıraş olma yer alır [3]. Çoğu hastada birden fazla tetikleyici faktör vardır. Ağrının yeri her zaman tetik bölgenin yeri ile uyum sağlamaz [3]. En yaygın tetikleyici bölgeler arasında nazolabial kıvrım, üst dudak, alt dudağın yan kısmı, çene, yanak ve alveolar diş eti bulunur [4].

TN'li çoğu hastada, tetiklenen bir atağı normal olarak saniyeler veya dakikalar sürer başka atakların tetiklenemeyeceği bir dönem izler; bu olaya refrakter dönem adı verilir.

Bu, bir tetikleyiciye maruz kaldıktan sonra çoğunlukla refrakter dönemin olmadığı trigeminal otonomik sefalji ile çelişir.

Patofizyoloji

Klasik TN için mevcut patofizyolojik hipotez, ağrı mekanizmalarının, beyin sapı yakınındaki trigeminal duyusal kökün (kök giriş bölgesi) bir kan damarı (arter veya ven) tarafından proksimal olarak sıkıştırılmasıyla tetiklendiğini ileri sürmektedir. Kök giriş bölgesi, periferik Schwann hücresi miyelin kılıfından oligodendroglia tarafından üretilen

merkezi miyeline geçiş nedeniyle demiyelinizasyona karşı hassas bir alan olarak kabul edilir.

Vasküler kompresyon muhtemelen mikrovasküler iskemik hasarın aracılık ettiği fokal demiyelinizasyon ve remiyelinizasyon sürecini başlatabilir. Bu değişiklikler, etkilenen liflerin uyarılabilirlik eşiğini düşürür ve bitişik liflere doğru uygunsuz efaptik yayılımı tetikler.

Trigeminal Nevraljinin Ayırıcı Tanısı

Dental Sebepler

- Diş rkleri
- Pulpitis
- Diş hassasiyeti
- Periodontal bozukluklar
- Perikoronit
- Çatlak diş
- Alveolar osteitis

Sinüs

- Maksiller sinüzit

Tükürük Bezi

- Tükürük bezi taşı

TME

- Temporomandibular bozukluklar

Nöropatik Ağrı

- Glossofaringeal nevrалji
- Nervus intermedius nevrалjisi
- Postherpetik nevrалji
- Travma sonrası trigeminal nöropati
- Ağrılı trigeminal nöropatiler
- Atipik odontalji
- Yanan ağız sendromu

Trigeminal Otonomik Sefalajiler

- Kısa süreli tek taraflı nevrалjiform başağrısı atakları
- Hemikraniya kontinua
- Paroksizmal hemikraniya
- Küme baş ağrısı

Diğer

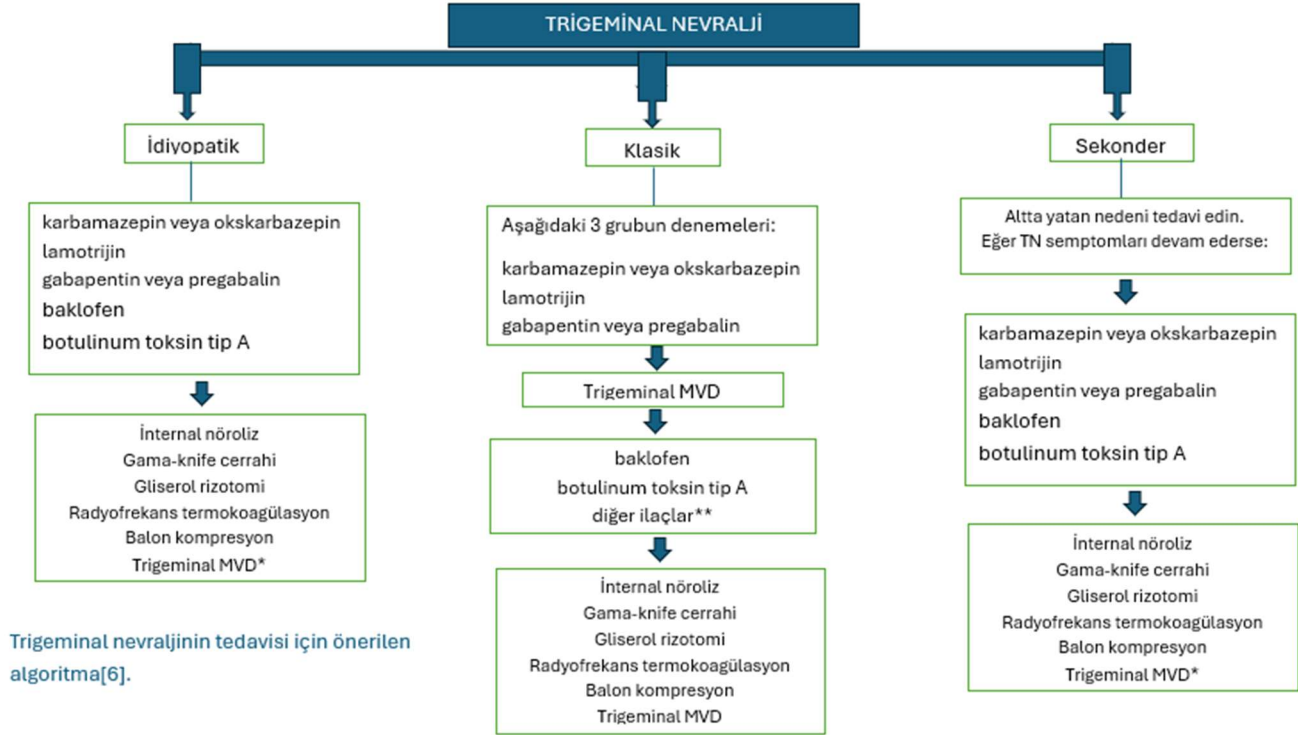
- Kalıcı idiyopatik yüz ağrısı
- Primer bıçaklanma tipi baş ağrısı

Trigeminal Nevraljide Önleyici Tedaviler (Bendtsen ve ark.'dan uyarlanmıştır[5])

İlaç	Başlangıç Dozu	Titrasyon*	Doz Aralığı	Sıklık	Doz Azaltma**	Spesifik Yan Etkiler
Karbamazepin	200 mg	Her 3 günde bir 200mg	200-1200mg	Günde 2 – 4 kez	Her 7 günde bir 200mg	Baş dönmesi, uyku olma, yorgunluk, ataksi
Okskarbazepin	300 mg	Her 3 günde bir 300mg	300-1800mg	Günde 4 kez	Her 7 günde bir 300mg	Baş dönmesi, uyku olma, yorgunluk, bulantı
Lamotrijin	25 mg	2 hafta boyunca 25mg, 1 hafta boyunca 50mg daha sonra her hafta 50mg arttırın	25-400mg	Günde 2 kez	Her 7 günde bir 50mg	Baş dönmesi, uyku olma, yorgunluk, titreme
Gabapentin	300 mg	Her 3 günde bir 300mg	300-3600mg	Günde 3 kez	Her 7 günde bir 300mg	Baş dönmesi, konfüzyon, yorgunluk, ataksi
Pregabalin	150 mg	Her 7 günde bir 150mg	150-600mg	Günde 2 kez	Her 7 günde bir 100mg	Baş dönmesi, konfüzyon, ataksi, enfeksiyona yatkınlık
Baklofen	15 mg	Her 7 günde bir 15mg	15-90mg	Günde 3 kez	Her 7 günde bir 15mg	Baş dönmesi, konfüzyon, uyku olma, halüsinasyon
Botulinum Toksin Tip A	25 – 195 U	Uygulanmaz	25-195U	Her 12 hafta	Uygulanmaz	Asimetri, morarma, çiğneme zorluğu

* Tolere edilebilirliği artırmak için dozlar daha yavaş bir oranda artırılabilir; ağrı iyice kontrol altına alınıncaya, önemli yan etkiler ortaya çıkana veya maksimum doza ulaşılan kadar dozlar artırılır.

** Dozlar daha yavaş ve daha küçük adımlarla azaltılabilir. Doz ya ağrıyı kontrol altına alacak minimum düzeye indirilir ya da ağrı tekrarlanmadan ilacın kesilmesine izin verilir.



*Mikrovasküler dekompresyon (MVD), idiyopatik TN'de bile etkili görünmektedir ve stereotaktik radyocerrahiden daha etkili olabilir.

**Karbamazepin, okskarbazepin, lamotrijin, gabapentin veya pregabalin'den herhangi biri denenmemişse bu ajanların kullanımı düşünülmelidir.

*** Anestezi dolorosa riskinin daha yüksek olduğu öne sürüldüğünden, MVD'den sonra internal nörolizden kaçınılması en iyisidir.

**** Sekonder neden en iyi şekilde tedavi edilirse ve nörovasküler ilişki kanıtı varsa MVD'yi düşünün; ipsilateral pons plağı olan MS'de dikkatli olun. MS, multipl skleroz; TN, trigeminal nevrالji

1. Arnold, M., *Headache classification committee of the international headache society (IHS) the international classification of headache disorders*. Cephalalgia, 2018. **38**(1): p. 1-211.
2. Kugelberg, E. and U. Lindblom, *The mechanism of the pain in trigeminal neuralgia*. Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry, 1959. **22**(1): p. 36.
3. Cruccu, G., G. Di Stefano, and A. Truini, *Trigeminal neuralgia*. New England Journal of Medicine, 2020. **383**(8): p. 754-762.
4. Di Stefano, G., et al., *Triggering trigeminal neuralgia*. Cephalalgia, 2018. **38**(6): p. 1049-1056.
5. Bendtsen, L., et al., *Advances in diagnosis, classification, pathophysiology, and management of trigeminal neuralgia*. The Lancet Neurology, 2020. **19**(9): p. 784-796.
6. Lambru, G., J. Zakrzewska, and M. Matharu, *Trigeminal neuralgia: a practical guide*. Practical neurology, 2021.

KLİNİK UYGULAMALAR

Parestezide İntramüsküler Elektriksel Stimülasyon Yönteminin Uygulanması

Hastaların paresteziye bağlı duyu değişimi görülen alanlarının değerlendirilmesi ve takibi, ilerleyici iğne tekniği (Marching needle) ile yapılır. Duyu değerlendirmesi için 27 gauge'luk iğne ile hastanın tariflediği duyu kaybı olan bölgeye en yakın normal alandan başlayarak hastanın duyu kaybının ilk tarif edildiği alana kadar 1-2 mm aralıkla ilerlenir ve iğnenin oluşturduğu histe değişim meydana geldiği anda hastadan aynı taraftaki elini kaldırması istenir. Bu uygulama duyu kaybı olan alanın tüm sınırları tespit edilene kadar devam edilir ve silinebilir renkli kalem ile deri işaretlenir. Duyu kaybı gelişmiş olan alan mm² cinsinden hesaplandıktan sonra kayıt altına alınır ve çizilmiş alan alkol yardımıyla silinir.

Yöntemin Uygulanması

Uygulama yapılacak alan alkol ile dezenfekte edilir.

İntramüsküler elektriksel sinir stimülasyonu uygulaması için masseter ve mentalis kası motor noktalarına ve motor noktaların yaklaşık 1 cm üzerine 2,5 cm uzunluğunda akupunktur iğnesi yerleştirilir.

Akupunktur iğneleri yerleştirildikten sonra kanca (yengeç) şeklinde elektrot akupunktur iğnelerine tutturulur.

Sonrasında transkütanöz elektriksel sinir stimülasyonu cihazıyla (FB2405 Model, F. Bosch) elektriksel sinir stimülasyonu uygulaması intramüsküler olarak masseter ve mentalis kaslarına yapılır.

Bu cihazla elektriksel sinir stimülasyonu, birinci programda 5 dk süre ile (sinyal genişliği: 260 μ S; Sinyal hızı: 15 ve sürekli dalga biçimi) ve ikinci programda 5 dakika süre (sinyal genişliği: 260 μ S; Sinyal hızı: 60 ve patlamalı dalga biçimi) olmak üzere toplamda 10 dakika, haftada bir gün uygulanır.

Sonrasında kanca elektrod ile akupunktur iğnesi çıkarılır.

Hastanın cildi alkol ile tekrardan dezenfekte edilir.

Bruksizmde İntramuskuler Elektriksel Stimölasyon Yönteminin Uygulanması

Hastalar ünitede hafif yatar konumda pozisyonlandırılır.

Masseter kas bölgeleri alkol içerikli antiseptik bir solüsyon ile silinir.

Sağ ve sol masseter kası gevşek ve kasılı pozisyonlarda palpe edilir.

Kas üzerindeki tetik noktalar tespit edilip bu bölgelere her kasta 2 tetik noktaya denk gelecek şekilde akupunktur iğneleri yerleştirilir.

0,25 mm çapında ve 25 mm uzunluğunda akupunktur iğneleri (hua long steril acupunture needles, 0.25x25mm) kullanılır.

Kullanılan iğneler steril ve tek kullanımlık olup çevresinde silindir şeklinde plastik bir rehberle sahiptir.

İğneler kasa dik olacak şekilde yerleştirilir ve kas boyunca ilerletilir. Sonrasında iğnelerin ucuna yengeç şeklindeki elektrotlar yerleştirilir ve bu elektrotlar bir tens (transkutanöz elektriksel stimölasyon) cihazına (fb2405 model, f. Bosch) bağlanır.

Bu cihaz yardımıyla masseter kasına düşük düzeyde elektrik akımı verilir.

Uygulama süresi toplamda her seans için 5 dakika olarak belirlenir.

Tens cihazı 2,5 dakika süre ile cihazda yer alan birinci programda (sinyal genişliği: 260 μ s; sinyal hızı: 15 ve sürekli dalga üreten) daha sonra ise 2,5 dakika kadar ikinci programda (sinyal genişliği: 260 μ s; sinyal hızı: 60 ve patlamalı şekilde dalga üreten) çalıştırılır.

Sonrasında akupunktur iğneleri çıkarılır ve cilt tekrardan bir antiseptik solüsyon ile silinir.

PRF Uygulama Çeşitleri

	Centrifugal speed	Centrifuge minute	Tube type	The nature of the obtained PRF
Platelet-rich fibrin (L-PRF)	2700 rpm	12 minutes	Glass tubes	Solid
Titanyum platelet-rich fibrin (T-PRF)	2700 rpm	12 minutes	Titanyum tubes	Solid
Advanced platelet-rich fibrin (A-PRF)	1500 rpm	14 minutes	Glass tubes	Solid
Advanced platelet-rich fibrin + (A-PRF +)	1300 rpm	8 minutes	Glass tubes	Solid
Injectable platelet-rich fibrin (i-PRF)	700 rpm	3 minutes	Plastic tubes	Liquid

Şekil 3: PRF'nin çeşitleri

EKLER

SCL-90-R

Adı Soyadı:

Yaşı:

Cinsiyeti:

Meslek:

Medeni Durumu:

Tarih:

Aşağıda zaman zaman herkeste rastlanabilecek problem ve şikayetlerden oluşan bir liste bulacaksınız. Her soruyu dikkatle okuyunuz. Sözü geçen problem veya şikayetlerin, son bir hafta içinde ne ölçüde rahatsız ettiğini göz önünde tutarak, size göre en doğru tek bir sayıyı () ile işaretleyiniz. Eğer yanlış bir cevap verdiğinizizi düşünürseniz ilkinizi karalayarak doğru cevabı (x) işareti ile belirtiniz. Hiç bir soruyu atlamayınız. Başlangıç örneğini dikkatle okuyunuz, anlamadığınız olursa danışınız.

ÖRNEK: Sırt Ağrısı Hayır, hiç:(0)
Biraz:(1)
Orta derecede:(2)
Fazla:(3)
Çok fazla:(4)

SON BİR HAFTA İÇİNDE AŞAĞIDAKİ SORUN VE YAKINMALAR SİZİ NE DERECEDE ETKİLEDİ?

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Baş ağrıları..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Sinirlilik veya içinizin titrediği hissi..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Kafanızdan atamadığınız, tekrarlayan, hoşla gitmeyen düşünce ve sözcükler ... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Baygınlık hissi veya baş dönmesi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Cinsel ilgi istek ya da hazda azalma | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Başkalarını eleştirmeye yatkınlık..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Herhangi birinin düşüncelerini yönetebileceğiniz hissi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Zorluk ve sıkıntılarınızın çoğundan başkalarının sorumlu olduğu duygusu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Hafıza zayıflığı, hatırlamada güçlük | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Sakarlık, dikkatsizlik veya ihmallerin sizi rahatsız etmesi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Kolayca sinirlenme ve huzursuz olma..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Kalp veya göğüs üzerinde ağrı | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Cadde veya açık alanlarda korku duyma | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Enerji, güç azalması, hareket ve düşüncede yavaşlama | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Yaşamınıza kendi elinizle son verme düşüncesi..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Başkalarının duymadığı sesler işitme | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Titreme | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği duygusu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. İştahsızlık | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Ağlamaya yatkınlık | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Karşı cinsle ilişkilerde çekingenlik, becerisizlik, çaresizlik..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Tuzağa düşürülme, kapana kısıtılma duygusu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Nedensiz ani korkular..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Kontrol edemeyeceğiniz öfke nöbetleri ve duygusal patlamalar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Yalnız olarak evden çıkmaktan korku duyma..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Bazı konularda kendini suçlama eğilimi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Bel ağrıları..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Herhangi bir işe başlamada ya da sürdürmede zorlanma hissi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. Yalnızlık hissi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Hüzün, iç sıkıntısı..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. Gereğinden çok tasalanma ve endişelenme | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Hiç bir şeye ilgi duymama | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. Ürkeklik, korku duyma..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. Duygularınızın kolayca incinebilmesi, alınganlık..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. Özel ve gizli düşüncelerinizin başkaları tarafından bilindiği hissi..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. Başkalarının sizi anlamadığı ve size ilgisiz olduğu duygusu..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. Başkalarının size dostça davranmadığı, sizden hoşlanmadığı duygusu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

38. Doğru ve eksiksiz olmasını garantilemek için herşeyi çok yavaş yapma gereksinimi.....0	1	2	3	4
39. Kalbinizin çok hızlı atması veya çarpması0	1	2	3	4
40. Midede nahoş duygular ya da bulantı0	1	2	3	4
41. Başkaları karşısında aşağılık duygusu.....0	1	2	3	4
42. Kas ağrı ve sızıları0	1	2	3	4
43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu duygusu0	1	2	3	4
44. Uykuya dalmakta güçlük çekme.....0	1	2	3	4
45. Yaptığınız işleri tekrar tekrar kontrol etme zorunluluğu hissetme0	1	2	3	4
46. Karar vermede güçlük çekme0	1	2	3	4
47. Otobüs, minibüs, tren ve dolmuşla yolculuk etmekten korkma0	1	2	3	4
48. Nefes almakta güçlük çekme0	1	2	3	4
49. Nöbetler şeklinde ateş basması veya her tarafınızın buz kesmesi0	1	2	3	4
50. Sizi korkuttuğu için belirli yerler, nesneler, olaylar ve davranışlardan uzak durma0	1	2	3	4
51. Zihinde boşluk duygusu0	1	2	3	4
52. Bedeninizin çeşitli yerlerinde hissizlik, uyuşma veya karıncalanma0	1	2	3	4
53. Boğazınızda bir yumru tıkanıp hissi0	1	2	3	4
54. Gelecekle ilgili ümitsizlik.....0	1	2	3	4
55. Dikkatinizi toplamada güçlük çekme0	1	2	3	4
56. Bedeninizin bazı kısımlarında güçsüzlük0	1	2	3	4
57. Gerginlik veya tedirginlik hissi0	1	2	3	4
58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi.....0	1	2	3	4
59. Ölüm veya ölmekle ilgili düşünceler0	1	2	3	4
60. Aşırı yemek yeme0	1	2	3	4
61. Başkaları size bakarken ve hakkınızda konuşurken huzursuzluk veya rahatsızlık duyma.....0	1	2	3	4
62. Aklınıza size ait olmayan düşüncelerin gelmesi.....0	1	2	3	4
63. Birisine zarar ve acı verme, dövme, yaralama isteğini zorlayıcı biçimde duyma0	1	2	3	4
64. Sabahları erken uyanma0	1	2	3	4
65. Dokunma, sayma, yıkama gibi davranışları zorunluluk hissederek tekrarlama ...0	1	2	3	4
66. Huzursuz, rahatsız uyku veya uykunuzun bölünmesi0	1	2	3	4
67. Birşeyleri kırmak veya parçalamak için dayanılmaz istek duyma0	1	2	3	4
68. Başkalarının paylaşmadığı düşünce, görüş ve inançlarınızın olması0	1	2	3	4
69. Başkaları ile beraberken konuşma ve davranışlarınıza dikkat etme zorunluluğunu hissetme ...0	1	2	3	4
70. Sinema ve alışverişte olduğu gibi kalabalıktan huzursuzluk duyma ve kaçınma0	1	2	3	4
71. Herşeyin çok zor ve yorucu olduğu duygusu0	1	2	3	4
72. Dehşet ve paniğe kapılma nöbetleri.....0	1	2	3	4
73. Topluluk içinde yiyip içerken huzursuz olma0	1	2	3	4
74. Sık sık tartışmalara girme ya da iddialaşma0	1	2	3	4
75. Yalnız kaldığınızda sinirlilik veya huzursuzluk hissi0	1	2	3	4
76. Başarılarınızın başkaları tarafından yeterince takdir edilmediği hissi0	1	2	3	4
77. İnsanlarla birlikteken bile yalnızlık duyma0	1	2	3	4
78. Yerinizde duramayacak ölçüde huzursuzluk hissi.....0	1	2	3	4
79. Değersizlik duyguları.....0	1	2	3	4
80. Başınıza kötü birşey geleceği hissi0	1	2	3	4
81. Yüksek sesle bağırma veya birşeyler fırlatma ihtiyacını hissetme0	1	2	3	4
82. Topluluk içinde bayılmaktan korkma0	1	2	3	4
83. Eğer fırsat verirsiniz insanların sizi kullanacağı duygusu0	1	2	3	4
84. Cinsellikle ilgili oldukça rahatsız edici hayal, düşünce duygularınızın olması.....0	1	2	3	4
85. Suç ve günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi.....0	1	2	3	4
86. Dehşet veya korku uyandıran düşünce ve hayaller0	1	2	3	4
87. Bedeninizde ciddi bir bozukluk olduğu düşüncesi.....0	1	2	3	4
88. Başka birine karşı gerçek bir yakınlık duymama hissi.....0	1	2	3	4
89. Suçluluk duygusu0	1	2	3	4
90. Aklınızda herhangi bir bozukluk olduğu düşüncesi0	1	2	3	4

Ağız Alışkanlıkları Kontrol Listesi

Geçtiğimiz ayı göz önüne aldığınızda, aşağıdaki aktivitelerin her birini ne sıklıkta yaptınız? Eğer aktivitenin sıklığı değişkense en yüksek seçeneği seçiniz. Lütfen her madde için (✓) işareti koyunuz ve hiç bir maddeyi atlamayınız.

Uykuda Yapılan Aktiviteler		Hiçbir Zaman	< 1 Gece/Ay	1-3 Gece/Ay	1-3 Gece/Hafta	4-7 Gece/Hafta
1	Sahip olduğunuz bilgiye dayanarak, uykuda diş sıkmak veya gıcırdatmak	☐	☐	☐	☐	☐
2	Çeneye baskı uygulayacak bir pozisyonda uyumak (örneğin, yüz üstü ya da yan)	☐	☐	☐	☐	☐
Uyanıkken Yapılan Aktiviteler		Hiçbir zaman	Çok ender	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
3	Uyanıkken dişleri gıcırdatmak	☐	☐	☐	☐	☐
4	Uyanıkken dişleri sıkmak	☐	☐	☐	☐	☐
5	Yemek yemek (bu alt ve üst dişlerin temas etmesidir) haricinde dişlere basınç uygulamak, dokunmak veya dişleri bir araya getirmek	☐	☐	☐	☐	☐
6	Dişleri sıkımsızın ya da bir araya getirmeksizin kasları kasmak, germek ya da tutmak.	☐	☐	☐	☐	☐
7	Çeneyi ileride veya yanda tutmak veya ileriye veya yana çıkarmak	☐	☐	☐	☐	☐
8	Dili karşı dişlere zorlayarak bastırma	☐	☐	☐	☐	☐
9	Dili dişler arasına sokmak	☐	☐	☐	☐	☐
10	Dil, yanaklar veya dudakları ısırma, çiğnemek veya oynamak	☐	☐	☐	☐	☐
11	Çeneyi desteklemek veya korumak için yapıldığı gibi sert veya gergin pozisyonda tutmak	☐	☐	☐	☐	☐
12	Saç, pipo, kurşun kalem, tükenmez kalem, parmak ya da tırnak gibi objeleri dişlerin arasında tutmak ya da ısırma.	☐	☐	☐	☐	☐
13	Sakız çiğnemek	☐	☐	☐	☐	☐
14	Ağız veya çenenin kullanımını gerektiren müzik aleti çalmak (Örneğin, tahta veya pirinçten yapılmış nefesli çalgılar, yaylı çalgılar)	☐	☐	☐	☐	☐
15	Alt çene ucunu, yumruk veya avuç içine yaslayarak dinlendirirken yapıldığı gibi çeneyi ele yaslamak	☐	☐	☐	☐	☐
16	Yiyecekleri çiğnerken sadece tek tarafı kullanmak	☐	☐	☐	☐	☐
17	Öğünler arasında yemek (çiğneme gereken gıdalar)	☐	☐	☐	☐	☐
18	Sürekli konuşmak (örneğin, öğretmenlik, satış, müşteri hizmetleri)	☐	☐	☐	☐	☐
19	Şarkı söylemek	☐	☐	☐	☐	☐
20	Esnemek	☐	☐	☐	☐	☐
21	Telefonu baş ve omuzlar arasında tutmak	☐	☐	☐	☐	☐