

TÜRKÇE (KAYNAK METİN)	İNGİLİZCE (ÇEVİRİ METNİ)
Adı Soyadı: [REDACTED] Doğum Tarihi: 1965Yatış Tarihi: 10.12.2024Çıkış Tarihi: 14.12.2024Tanı: I21.0 - Akut Transmural Miyokard Enfarktüsü (Anterior Duvar)	Name Surname: [REDACTED] Date of Birth: 1965Admission Date: 10.12.2024Discharge Date: 14.12.2024Diagnosis: I21.0 - Acute Transmural Myocardial Infarction (Anterior Wall)
Şikayet: Göğüs ağrısı, soğuk terleme, bulantı.Öykü: Yaklaşık 2 saattir devam eden, eforla ilişkisiz, sol kola ve çeneye yayılım gösteren, baskı vasfında retrosternal göğüs ağrısı şikayeti ile 112 aracılığıyla acil servise getirildi. Özgeçmişinde 10 yıldır HT ve 5 yıldır Tip 2 DM öyküsü mevcut. Bilinen ilaç alerjisi yok.	Complaint: Chest pain, cold sweating, nausea.History: The patient was brought to the ER via ambulance with complaints of compressive retrosternal chest pain radiating to the left arm and jaw, unrelated to exertion, lasting for approximately 2 hours. Medical history includes HT for 10 years and Type 2 DM for 5 years. No known drug allergies.
Genel durum orta. Bilinç açık, oryante, koopere.TA: 150/90 mmHg, Nabız: 112/dk (Ritmik), SpO2: %96 (oda havasında).KVS: S1 (+), S2 (+), ek ses ve üfürüm yok. Taşikardik.Solunum: Her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyor. Bazallerde krepitan ral mevcut.Batın: Rahat, defans/rebound yok. Organomegali saptanmadı.Ekstremiteler: Pretibial ödem -/-, periferik nabızlar palpabl.	General condition moderate. Conscious, oriented, cooperative.BP: 150/90 mmHg, Pulse: 112/bpm (Rhythmic), SpO2: 96% (room air).CVS: S1 (+), S2 (+), no extra sounds or murmurs. Tachycardic.Respiratory: Both hemithoraces participate equally in respiration. Crepitant rales present at bases.Abdomen: Soft, no defense/rebound tenderness. No organomegaly detected.Extremities: Pretibial edema -/-, peripheral pulses palpable.
EKG: Sinüs taşikardisi, V1-V6 derivasyonlarında belirgin ST elevasyonu, D1-aVL'de resiprokal ST depresyonu.Biyokimya: Glukoz: 180 mg/dL, Kreatinin: 1.1 mg/dL, AST: 45 U/L.Kardiyak Belirteçler: Troponin I (Giriş): 0.04 ng/mL -> (3. Saat): 25 ng/mL (Yüksek).EKO: Sol ventrikül segmenter kasılma kusuru (anterior, apikal akinezi). EF: %40-45.	ECG: Sinus tachycardia, significant ST elevation in leads V1-V6, reciprocal ST depression in D1-aVL.Biochemistry: Glucose: 180 mg/dL, Creatinine: 1.1 mg/dL, AST: 45 U/L.Cardiac Markers: Troponin I (Admission): 0.04 ng/mL -> (3rd Hour): 25 ng/mL (High).ECHO: Left ventricular segmental wall motion abnormality (anterior, apical akinesia). EF: 40-45%.
Hasta, Akut Anterior MI tanısıyla koroner anjiyografi (KAG) laboratuvarına alındı. Sağ femoral arterden giriş yapıldı.Bulgular: LMCA normal. LAD proksimalde %100 oklüde (trombotik). CX ve RCA plaklı.İşlem: LAD lezyonu geçildi. Predilatasyon sonrası 3.5x28 mm DES (İlaç Salımlı Stent) implante edildi. Kontrol görüntülemeye açıklık tam, distal akım TIMI 3 olarak izlendi. İşlem komplikasyonsuz sonlandırıldı. KYB'ye devredildi. Takiplerinde hemodinamisi stabil seyretti.	The patient was taken to the coronary angiography (CAG) laboratory with a diagnosis of Acute Anterior MI. Access was gained via the right femoral artery.Findings: LMCA normal. LAD 100% occluded (thrombotic) at the proximal segment. CX and RCA showed plaque.Procedure: The LAD lesion was crossed. Following predilatation, a 3.5x28 mm DES (Drug-Eluting Stent) was implanted. Control imaging showed full patency with TIMI 3 distal flow. The procedure was concluded without complications. Transferred to CCU. Hemodynamics remained stable during follow-up.
Tıbbi Tedavi:1. Coraspin 100 mg tb (1x1)2. Brilinta 90 mg tb (2x1)3. Beloc Zok 50 mg (1x1)4. Ator 40 mg (1x1)5. Lansor 30 mg (1x1)Notlar: Tuzsuz ve yağsız diyet önerildi. Göğüs ağrısı veya nefes darlığı durumunda acil servise başvurulması anlatıldı. 1 hafta sonra Kardiyoloji poliklinik kontrolü uygundur.	Medical Therapy:1. Coraspin 100 mg tab (1x1)2. Brilinta 90 mg tab (2x1)3. Beloc Zok 50 mg (1x1)4. Ator 40 mg (1x1)5. Lansor 30 mg (1x1)Notes: A salt-free and low-fat diet was recommended. The patient was instructed to visit the ER in case of chest pain or dyspnea. Cardiology outpatient follow-up is appropriate in 1 week.