



PEDİATRİK POLİTRAVMA HASTASINA YAKLAŞIM

Yrd. Doç. Dr. Güven KUVANDIK
MKÜ Tıp Fakültesi
İlk Yardım ve Acil AD
ANTALYA-2008



TRAVMA

**ÇEŞİTLİ FİZİKSEL ETKİLER SONUCU OLUŞAN
YARALANMALARDIR**



TRAVMANIN SINIFLAMASI

LOKAL-MULTİPLE



KÜNT-PENETRAN



HAFİF-ORTA-CİDDİ

MULTİPL TRAVMA

- MULTİPL TRAVMA: İKİ VEYA DAHA FAZLA ÖNEMLİ VÜCUT BÖLGESİNİN TRAVMASIDIR(BAŞ-GÖĞÜS vs)
-



EPİDEMİYOLOJİ

- 1 – 4 YAŞ GRUBUNDA —→ İKİNCİ SIRADA ÖLÜM NEDENİ
- 1 – 14 YAŞ GRUBUNDA —→ BİRİNCİ SIRADA ÖLÜM NEDENİ (%52)
- 1 – 19 YAŞ GRUBUNDA —→ ÖLÜM NEDENİ (%70)

- ÇOCUKLARDA KÜNT TRAVMALAR DAHA SIK
- TRAVMADA ÖLÜM; % 50 TRAVMANIN OLDUĞU YERDE
 % 30 İLK BİRKAÇ SAATTE
 % 20 İLK GÜNLER VEYA HAFTALARDA
- VAKALAR % 50 ORANINDA MÜDAHALE SINIRI İÇİNDE

- VAKALAR % 50 ORANINDA MOTORLU ARAÇ KAZASI



ÇOCUKLARIN ANATOMİK FARKLILIKLARI-1

- VÜCUT KİTLE İNDEKSİ KÜÇÜKTÜR (POLİTRAVMA SIKTIR)
 - YÜZEY – AĞIRLIK ORANI YÜKSEKTİR
 - KÇ VE DALAK ANTERİOR YERLEŞİMLİ VE KORUNMA AZDIR
 - BÖBREKLER DAHA MOBİLDİR
 - KEMİKLER TAM OSSİFİYE OLMAMIŞTIR
 - EPİFİZLERDE SALTER-HARİS TİPİ KIRIKLAR SIKTIR
-



ÇOCUKLARIN ANATOMİK FARKLILIKLARI-2

- BAŞ/VÜCUT ORANI DAHA BÜYÜKTÜR
 - KEMİK KIRIĞI OLMADAN İÇ ORGAN HASARI OLABİLİR
 - MESANE DOLU İSE YARALANMA SIKTIR
 - HAVA YOLU KÜÇÜK VE ANTERİOR YERLEŞİMLİDİR
-



ÇOCUKLARIN FİZYOLOJİK FARKLILIKLARI

- HİPOTERMİ OLASILIĞI SIKTIR
- SOLUNUM YOLU RESİSTANSI DAHA FAZLADIR
- SOLUNUM VOLÜMÜ (ml)/ AGIRLIK(Kg) İKİ KAT FAZLADIR
- TRAVMAYA METABOLİK – ENDOKRİN CEVAP YETERSİZDİR
- COÇUKLARDA İDRAR VOLÜMÜ/saat İKİ KAT FAZLA
- GASTRİK DİLASYON VE İLEUS EĞİLİMİ DAHA FAZLA
- MYELİNİZASYON AZ VE KAFA KEMİKLERİ İNCEDİR
- ÇOCUKLAR % 30 KADAR KAN KAYBINDA BİLE KB SÜRDÜREBİLİR

TRAVMAYA YAKLAŞIM REHBERİ

KULLANIM AMACI

- İLK YAPILMASI GEREKEN TRAVMANIN LOKAL VEYA MULTİPLE OLUP OLMADIĞININ AYRIMIDIR
- TRAVMANIN CİDDİYET DERECESİNİN BELİRLENMESİ
- HAYATI TEHDİT EDEN YARALANMALARIN SAPTANMASI
- VİTAL BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ
- 5 Dakikalık ARALARLA TEKRAR TEKRAR DEĞERLENDİRME
- HER 5 Dakikalık ARALARLA YAPILAN DEĞERLENDİRMELERDE HASTA STABİLİZASYONUNU SAĞLAYACAK GİRİŞİMLERDE BULUNULMALI
- BUNLAR SAĞLANDIKTAN SONRA TEKRARLAYAN FM VE İLERİ TANISAL GİRİŞİMLER YAPILMALI
- HASTA VİTAL FONKSİYONLAR AÇISINDAN MONİTERİZE EDİLMELİ



TRAVMA YÖNETİMİNE YAKLAŞIM REHBERİ-1

■ I.PRİMER BAKIM

- ❑ A.HAVA YOLU YÖNETİMİ VE SERVİKAL VERTEBRA KONTROLU
 - ❑ B.SOLUNUM
 - ❑ C.DOLAŞIM VE EXTERNAL KANAMA KONTROLU
 - ❑ D.SAKATLIK
 - ❑ E.SOYARAK İNCELEME VE HİPOTERMİYİ ÖNLEME
 - ❑ F.AİLENİN BİLGİLENDİRİLMESİ
 - ❑ 5 Dakikada TAMAMLANMALIDIR
-



TRAVMA YÖNETİMİNE YAKLAŞIM REHBERİ-2

■ II. RESUSSİTASYON

- ❑ HAVA YOLU YÖNETİMİ OKSİJENASYON VE VENTİLASYON
 - ❑ SOK YÖNETİMİ
 - ❑ FOLEY VE OROGASTRİK SONDA
 - ❑ SAKATLIK
 - ❑ SOYARAK İNCELEME
-



TRAVMA YÖNETİMİNE YAKLAŞIM REHBERİ-3

■ III.SEKONDER BAKIM

- ❑ BAŞ
- ❑ BOYUN
- ❑ GÖĞÜS
- ❑ KARIN
- ❑ EXTREMİTE
- ❑ NÖROLOJİK

■ IV.TRIAJ



HAVA YOLU YÖNETİMİ

- SERVİKAL VERTEBRALAR KORUNARAK HAVA YOLU AÇILMALI
JAW THURUST YÖNTEMİYLE (HEAD TİLD CHİN LİFT TERCİH
EDİLMEMELİ)
 - AGIZ İÇİ YABANCI CİSİMLER ÇIKARTILMALI
 - TÜM RESUSSİTASYON, TRANSPORT SÜRESİNCE SERVİKAL
VERTEBRALAR KORUNMALIDIR (SEMİRİJİT COOLER/ KUM
TORBALARI)
 - BAŞ NÖTRAL POZİSYONDA TUTULMALI TRAKSİYONDAN
KAÇINILMALIDIR
 - LARİNKS ÖNDE OLMASI VE BOYUN KISALIGI NEDENİYLE HAVA
YOLU TRAVMA ŞANSINI AZALMAKTADIR
-



SOLUNUM

- POLİTRAVMALI HASTALAR % 100 OKSİJEN ALMALIDIR
 - RUTİN HİPERVENTİLASYON PROGNOZU İYİLEŞTİRMEZ
 - HİPERVENTİLASYON SADECE İKB ARTIŞI İLE BİRLİKTE TRANSTENTORİAL HERNİASYON VARSA UYGULANMALI (BRADİKARDİ, ASİMETRİK FİX DİLATE PUPİL, DESEREBRE POSTÜR)
 - KOT FRAKTÜRÜ VE EXTERNAL YARALANMA OLMADAN İNTRATORASİK YARALANMA OLABİLİR
 - BELİRGİN SOLUNUM SIKINTISI VARSA TANSİYON PNX MUTLAKA EKARTE EDİLMELİ
 - PNX ŞÜPHESİ VARSA MİDKLAVİKULAR HATTAN VEYA 5. İKA ÖN-ORTA AXİLLER ARALIKTAN (14-16-18 ANJİOKET İLE) DEKOMPRESYON YAPILMALI
-



ENTÜBASYON ENDİKASYONLARI-1

- **UZAMIŞ HAVA YOLU İHTİYACI VARSA (AMBU İLE SOLUNUM YETERSİZ OLACAKSA)**
 - **SOLUNUM YETMEZLİĞİ**
 - **$GKS \leq 8$**
 - **ANİZOKORİ**
 - **APNE**
 - **HİPERKARBİ**
-



ENTÜBASYON ENDİKASYONLARI-2

- **HAVA YOLU REFLEKS KAYBI VARSA**
 - **SPONTAN HİPERVENTİLASYON**
 - **VOLÜM REPLASMANINA CEVAPSIZ ŞOK VARSA**
 - **VENTİLASYONU BOZAN HASARLAR (SERVİKAL PATOLOJİ vs)**
 - **OROTRAKEAL ENTUBASYON TERCİH EDİLMELİ**
-



DOLAŞIM

■ AMAÇ

- **SİSTEMİK PERFÜZYONUN HIZLI VE TEKRARLAYAN DEĞERLENDİRİLMESİ**
- **HEMORRAJİK ŞOKUN ERKEN TANI VE TEDAVİSİ**
- **EKSTERNAL KANAMA KONTROLÜ**
- **KAN VOLÜMÜNÜN YERİNE KONMASI VE İDAMESİ**

■ TRAVMADA ŞOK NEDENİ

- **EN SIK HİPOVOLEMİK ŞOK**
- **KARDİYOJENİK VE NÖROJENİK ŞOK NADİR**
- **OBSTRÜKTİVE ŞOK (HEMOTX, PNX)**

■ HİPOVOLEMİK ŞOK BULGULARI

- **TAŞİKARDİ, TAŞİPNE, NABIZ DOLGUNLUGUNDA AZALMA, KAPİLLER GERİ DOLUMDA UZAMA (> 2sn)**
- **SOGUK EXTREMİTE, MENTAL DURUM DEĞİŞİKLİĞİ**
- **DARALMIŞ NABIZ BASINCI**
- **HİPOTANSİYON**



DOLAŞIMIN DEĞERLENDİRİLMESİ

- **KALP HIZI**
 - **PERİFERİK NABİZ**
 - **KAPİLLER GERİ DOLUM**
 - **KAN BASINCI**
 - **PREKORDİAL MUAYENE**
 - **EXTERNAL KANAMA**
-



İNTRAVENÖZ YOL

- EN AZ İKİ GENİŞ IV YOL SAĞLANMALIDIR (20-22 GAUGE)
- IV YOL İÇİN İLK TERÇİH PERİFERDİR
- PERİFERİK DAMAR YOLU AÇILAMIYORSA İNTRAOSSEUS YOL KULLANILIR(IQ)
- IQ YOL İÇİN KEMİK İLİĞİ İĞNESİ KULLANILIR
- GİRİŞ YERİ ANTERİOR TİBİADIR
(ALTERNATİF DİSTAL FEMUR, MEDİAL MALLEOLUS, SPİNA İLİACA ANTERİOR SUPERİOR)
- DİĞER ALTERNATİF IV YOL SANTRAL VENÖZ KATETERDİR
(SÜT ÇOCUĞU 5 cm, BÜYÜK ÇOCUK 8 cm, ADELÖSANDA 12 cm UZUNLUKTA OLMALI)



POLİTRAVMALI ÇOCUKLARDA SIVI RESÜSİTASYON YAKLAŞIMI

- TRAVMADA GENELLİKLE HEMORRAJİK ŞOK GELİŞİR
- HİPOVOLEMİ VE ŞOKLA MÜCADELE İÇİN NORMAL DEĞERLERİN BİLİNMESİ ÖNEMLİDİR
- KB 80+ YAŞ(Yıl)×2 mmHg
- DKB = 2 SKB/3
- İDRAR ÇIKIŞI 1 YAŞ = MİNİMUM 2 ml/ Dak,

KAYBEDİLEN VOLÜM HESAPLANABİLİYORSA

$\frac{1}{2}$ İLK 15 Dak DA, TAMAMI 1 Saatte VERİLİR

- KAYBEDİLEN VOLÜM HESAPLANAMIYORSA
15-20 cc/ Kg KRİSTALLOİD VERİLİR
- KRİSTALLOİD/ KOLLOİD ORANI 2/1 VEYA 3/1 OLMALI



AMERİKAN COLLEGE OF SURGEONS

KANAMA SINIFLAMASI VE BUNA UYGUN SIVI TEDAVİSİ

GRUP	KLİNİK BULGULAR	KAN KAYBI (ml/Kg)	KRİSTALLOİD (ml/Kg)	KAN (ml/Kg)
%15	MİNİMAL TAŞİKARDİ KB, SOLUNUM SAYISI, KAPİLLER GERİ DOLUM DA DEĞİŞİKLİK YOK	10	30	-
%15-20	TAŞİKARDİ, TAŞİPNE, DKB DÜŞÜK, İDRAR VOLÜMÜ AZALMIŞ, KAPİLLER GERİ DOLUM DA GECİKME	10-20	30-60	-
%30-40	ŞOK, TAŞİKARDİ, HİPOTANSİYON, TAŞİPNE, ŞUUR BULANIK, OLİGÜRÜ	20-30	>20 TEKRARLANABİLİR	20
%40	HİPOTANSİYON, TAŞİKARDİ, TAŞİPNE, ANÜRİ, SOĞUK CİLD	30	>20 TEKRARLANABİLİR	20



ŞOK YÖNETİMİ

YAŞA GÖRE NORMAL DEĞERLER

YAŞ (Yıl)	NABİZ (Dak)	KAN BASINCI (mmHg)	VOLUM (ml/Kg)
0-1	120	80/40	80-90
1-5	100	100/60	75
>5	80	120/80	60



POLİTRAVMALI ÇOCUKLARDA SIVI RESÜSİTASYON YAKLAŞIMI

SF / RİNGER LAKTAT 20 ml/Kg HIZLI İNFÜZYON



SİSTEMİK PERFÜZYON YETERSİZLİĞİ BULGULARI DEVAM EDİYORMU?



EVET

SF / RİNGER LAKTAT 20 ml/Kg HIZLI İNFÜZYON



SİSTEMİK PERFÜZYON YETERSİZLİĞİ BULGULARI DEVAM EDİYORMU?



EVET

SF / RİNGER LAKTAT 20 ml/Kg HIZLI İNFÜZYON
veya



ERİTROSİT SÜSPANSİYONU(10-15 ml/Kg) +SF
veya



TAM KAN (20 ml/Kg) BOLUS
(GEREĞİNDE 20-30 Dak TEKRARLA)



HAYATI TEHDİT EDEN GÖĞÜS YARALANMASI

- **TANSİYON PNEUMOTORAKS (PNX)**
 - **GÖĞÜS VEYA ÜST ABDOMEN TRAVMA ÖYKÜSÜ VARSA**
 - **YETERLİ VENTİLASYON SAĞLANAMIYORSA**
 - **ÖZELLİKLE BELİRGİN SOLUNUM SIKINTISI VARSA
TANSİYON PNX MUTLAKA EKARTE EDİLMELİ**
 - **FM BULGULARI (BOYUN VEN DOLGUNLUGU,
HİPERREZONANS, SOLUNUM SESLERİNDE VE GÖĞÜS
HAREKETLERİNDE AZALMA)**
-

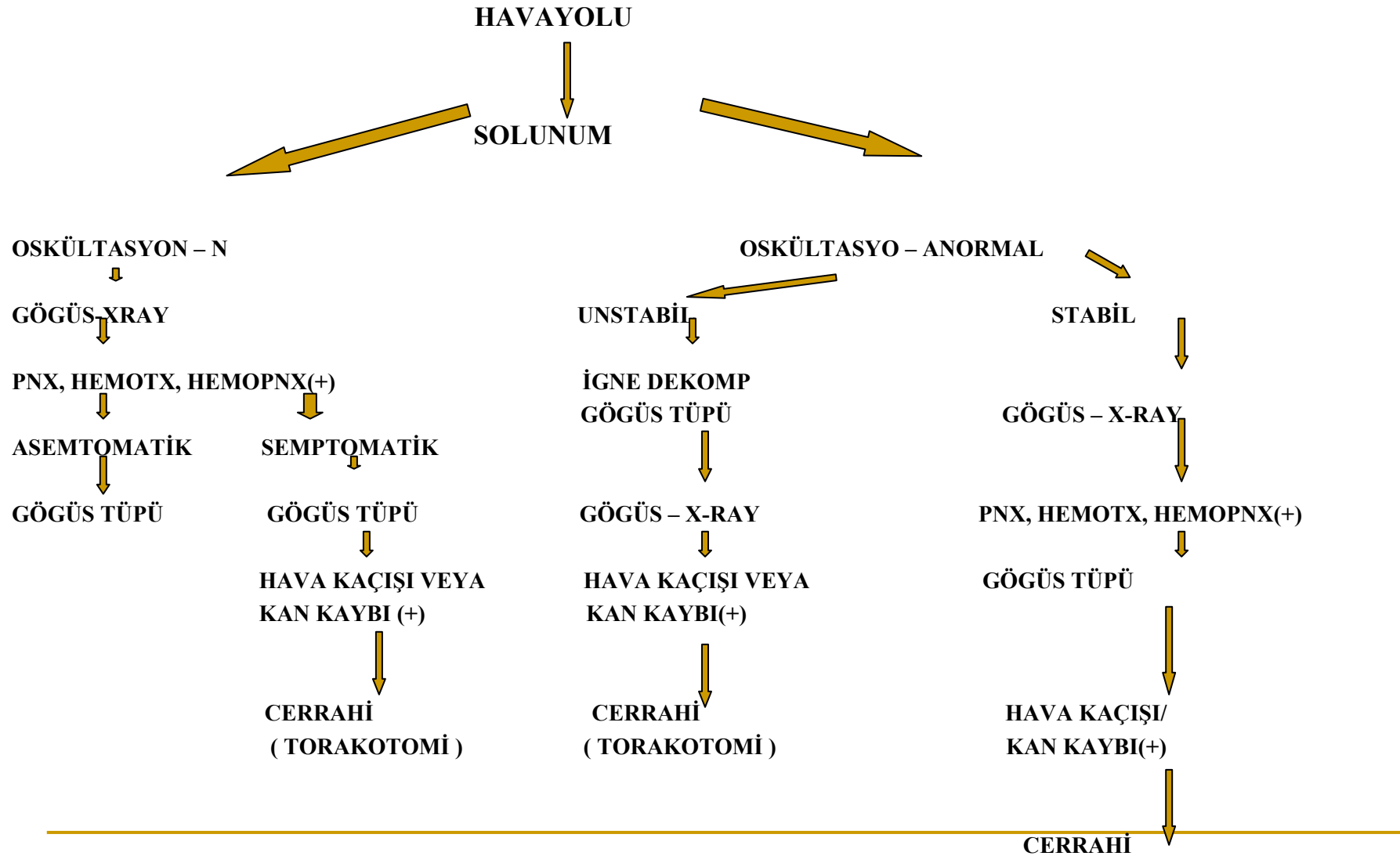


HAYATI TEHDİT EDEN GÖĞÜS YARALANMASI

- TAMPONAD
 - BOYUN VEN DOLGUNLUĞU
 - KALP SESLERİNİN DERİNDEN GELMESİ
 - HİPOTANSİYON
 - KSİFOİD ALTINDAN SOL OMUZA DOĞRU 45 DERECE
AÇIYLA
-



GÖĞÜS TRAVMALI HASTAYA YAKLAŞIM ALGORİTMASI





ACİL TRAVMA TEDAVİSİNDE ÖNCELİKLER

- **ÇOK ACİL YARALANMALAR**
 - **GÖĞÜS, YÜZ, BOYUN YARALANMASINA BAĞLI KARDİYOPULMONER YETMEZLİK**
- **1. DERECEDE ACİL YARALANMALAR**
 - **RETRO VE İNTRA PERİTONEAL YARALANMALAR**
 - **KAFA VE SPİNAL TRAVMA**
 - **CİDDİ YANIK**
 - **GENİŞ YUMUŞAK DOKU YARALANMASI**
 - **UZUN KEMİK FRAKTÜRÜ**
- **2. DERECEDE ACİL YARALANMALAR**
 - **GENİTOÜRİNER SİSTEM**
 - **PERİFERİK DAMAR, SİNİR VE ADELE YARALANMALARI**
 - **KÜÇÜK YUMUŞAK DOKU YARALANMALARI**



TRAVMA ÖLÜM TRİADI

- SOĞUK (HİPOTERMİLİ)
 - MULTİPLE KANAMALI
 - ASİDOTİK ÇOCUKLARDIR
-



RUTİN TANISAL GİRİŞİMLER-1

- **ÖNCELİKLE CBC, KAN GRUBU, CROSS MATCH, KAN GAZI**
 - **KRİTİK YARALANMALARDA CBC, ELEKTROLİTLER, BÖBREK FONKSİYON TESTLERİ, GLUKOZ, PT, PTT, AMİLAZ, TRANSAMİNAZLAR, , TİT (CPK, MYOGLOBİN)**
 - **MİNÖR YARALANMALARDA ENDİKASYONA GÖRE CBC, TİT
VS**
-



RUTİN TANISAL GİRİŞİMLER-2

■ RADYOLOJİK YÖNTEMLER

- KRİTİK YARALANMALAR GÖĞÜS RADYOGRAFİSİ, AP PELVİS, CEREBRAL VE BATIN CT, LATERAL SERVİKAL GRAFİ
 - BATIN TRAVMASINDA ÖNCELİK KONTRASTLI TOMOGRAFİDİR. USG DAHA AZ ÖNCELİKLİDİR (PERİTONEAL LAVAJ RUTİN OLARAK UYGULANMAMAKTADIR)
 - ≥ 2 YAŞ RUTİN KRANİOGRAFİ ÖNERİLMEMEKTE, CT ÖNCELİKLİDİR
 - İHTİYAÇ VARSA DİĞER GEREKLİ RADYOGRAFİ
-



CİDDİ TRAVMA SINIFLAMASI

SINIF	HİKAYE	VİTAL BULGULAR	LOKAL BULGULAR	LAB. RADYOLOJİK ÇALIŞMA	MUHTEMEL DURUMU
HAFİF	HAFİF GÜÇ	N	YÜZEYEL	AZ	TABURCU
ORTA	ÖNEMLİ GÜÇ	N	ŞÜPHELİ İÇ YARALANMA	ORTA	DEĞERLENDİRME
CİDDİ	KRİTİK GÜÇ	ANORMAL	İÇ YARALANMA KANITI	ÇOK	KABUL DERHAL TEDAVİ



PEDİATRİK TRAVMALI HASTAYA HIZLI YAKLAŞIM-1

PRİMER BAKIM (İLK 5 DAKİKA)

SİSTEM DEĞERLENDİRME	BAŞLANGIÇ TEDAVİ	SİSTEM MONİTÖR
SOLUNUM NABİZ DOLAŞIM EXTERNAL KANAMA	HAVA YOLU VENTİLASYON (O₂) KARDİAK MASAJ TANSİYON PNX TÜP TORAKOSTOMİ TAMPONANT	KALP HIZI (EKG) KB PULSE OKSİMETRE



PEDİATRİK TRAVMALI HASTAYA HIZLI YAKLAŞIM-2

PRİMER BAKIM (İKİNCİ 5 DAKİKA)

SİSTEM DEĞERLENDİRME	BAŞLANGIÇ TEDAVİ	SİSTEM MONİTÖR	TANI ÇALIŞMASI
DOLAŞIM ŞUUR SEVİYESİ	IV/IQ YOL 20 ml / Kg KRİSTALLOİD / KROS UYGUN OLMAYAN KAN PERİKARDİYOSENTEZ TORAKOTOMİ AORT KLEMPİ NG TÜP İDRAR SONDASI İLAÇLAR	PERFÜZYON NABİZ KB KAN GAZI VÜCUT SICAKLIĞI	CBC BİYOKİMYA KAN GAZI TİT



EDİATRİK TRAVMALI HASTAYA HIZLI YAKLAŞIM-3

PRİMER BAKIM (ÜÇÜNCÜ 5 DAKİKA)

SİSTEM DEĞERLENDİRME	BAŞLANGIÇ TEDAVİ	SİSTEM MONİTÖR	TANI ÇALIŞMASI
DOLAŞIM SOLUNUM BAŞ BOYUN GÖĞÜS ABDOMEN	IV YOL/ SANTRAL YOL UYGUN KAN TRANSFÜZYONU KRİSTALLOİD TÜP TORAKOTOMİ İLAÇLAR	PERFÜZYON NABİZ KB ARTERİYEL HAT	LATERAL BOYUN FİLMİ GÖĞÜS RADYOGRAFİSİ CT IV PYELOGRAM



PEDİATRİK TRAVMALI HASTAYA HIZLI YAKLAŞIM-4

PRİMER BAKIM (DÖRDÜNCÜ 5 DAKİKA)

SİSTEM DEĞERLENDİRME	BAŞLANGIÇ TEDAVİ	SİSTEM MONİTÖR	TANI ÇALIŞMASI
PELVİS	İKB TEDAVİSİ	PERFÜZYON	KAN GAZI
NÖROLOJİK	UYGUN KAN	NABİZ	
EXTREMİTE	YOGUN BAKIM	KB	
DOLAŞIM	RADYOGRAFI	VÜCUT ISISI	
SOLUNUM	AMELİYATHANE		



CİDDİ TRAVMANIN YÖNETİMİ -1

(A T M D)

0-5 DAKİKA 1.EVREDE

1. **A** NABİZ,SOLUNUM, KAPİLLER GERİ DOLUM,ŞUUR SEVİYESİ (AVPU/ GLASGOW)
T CERVİKAL VERTEBRA STABİLİZASYONLU HAVA YOLU YÖNETİMİ
VENTİLASYON (FIO2 = 1), GEREKİRSE HİPERVENTİLASYON
KANAMA TAMPONLAMASI
IV YOL / VOLUM İNFÜZYONU
GEREKİRSE CPR
PNX DEKOMPRESYONU / GEREKİRSE TORAKOSTOMİ
SAKATLIK DEĞERLENDİRMESİ
KIYAFETİN ÇIKARILIP BAKILMASI

M KALP HIZI (EKG)
KAN BASINCI

D PULSE OKSİMETRE
CBC, KAN GRUBU, CROSS MATCH, BİYOKİMYA (AMİLAZ,AST,ALT)



CİDDİ TRAVMANIN YÖNETİMİ-2 (A T M D)

5-10 DAKİKA 2.EVREDE

- 2. A** YETERLİ VENTİLASYON VE SİRKÜLASYON
PENETRAN YARA DEĞERLENDİRİLMESİ
ŞUUR SEVİYESİ (AVPU/ GLASGOW)
VÜCUT ISISI
- T** NAZOGASTRİK TÜP (YÜZ TRAVMASI VARSA OROGASTRİK)
GEREKİRSE TORAKOTOMİ / TORAKOSTOMİ TÜPÜ
GEREKİRSE PERİKARDİYOSENTEZ
GEREKİRSE SANTRAL YOL (CUT DOWN V.S)
İLAÇ TEDAVİSİ (EPİNEFRİN, BİKARBONAT)
KAN / VOLÜM İNFÜZYONU
- M** ETCO₂ (END-TİDAL KARBONDİOKSİT)
VÜCUT ISISI (ÖZELLİKLE İNFANTLARDA
- D** ABG (ARTERYEL KAN GAZI)
BİYOKİMYA (ELECTROLİT, AKŞ), USG
GEREKİRSE PT, PTT



CİDDİ TRAVMANIN YÖNETİMİ-3 (A T M D)

10-15 DAKİKA 3. EVREDE

3.A YETERLİ VENTİLASYON VE SİRKÜLASYON
KAFA, BOYUN, GÖĞÜS, KARIN, PELVİS, EXTREMİTE

T EK VENÖZ YOL / VOLÜM
GEREKİRSE TORAKOTOMİ
İLAÇ TEDAVİSİ
GEREKİRSE OPERASYON ODASININ HAZIRLATILMASI

M ÜRİNER KATETER (ÜRETRA YARALANMA ŞÜPHESİ
VARSA)
GEREKİRSE ARTERYEL YOL

D GÖĞÜS VE VERTEBRA RADYOGRAFİLERİ



CİDDİ TRAVMANIN YÖNETİMİ-4 (A T M D)

15-20 DAKİKA 4. EVREDE

4.A YETERLİ VENTİLASYON VE SİRKÜLASYON, GLASGOW KOMA SCALASI, NÖROLOJİK DEĞERLENDİRME,TEKRAR TAM MUAYENE

**T GEREKİRSE SERVİKAL TRAKSİYON
KIRIK
İLAÇ TEDAVİSİ (TETANOZ /ANTİBİYOTİK)
İNTRAKRANİYAL BASIÇ TEDAVİSİ (ICP)**

M ICP TAKİBİ

**D TEKRAR ABG
GÖRÜNTÜLEME ÇALIŞMALARI (CT, USG, IVP)**



CİDDİ KÜNT KAFA TRAVMA

SINIF	HİKAYE	VİTAL BULGU	LOKAL BULGU
HAFİF	MİNİMAL GÜÇ ŞUUR KAYBI (YOK / GEÇİCİ)	N	GLASGOW=15 SIYRIK / KONTÜZYON
ORTA	ÖNEMLİ GÜÇ ŞUUR KAYBI 1-5 / DAK	N ↑	GLASGOW ≥ 13 UYUKLAMAK
CİDDİ	KRİTİK GÜÇ ŞUUR KAYBI 5/DAK	ANORMAL	GLASGOW ≤ 13 FOKAL NÖROLOJİK BULGU



CİDDİ KÜNT BOYUN TRAVMASI

SINIF	HİKAYE	VİTAL BULGU	LOKAL BULGU
HAFİF	MİNİMAL GÜÇ	N	SIYRIK / KONTÜZYON
ORTA	ÖNEMLİ GÜÇ	N	KAFA HAREKETİNİ REDDETMEK SERVİKAL VERTEBRA HASSASİYETİ
CİDDİ	KRİTİK GÜÇ	ANORMAL	KREPİTUS GENİŞ HEMATOM EŞİT OLMAYAN KAROTİS NABZI PARALİZİ/ HİS KAYBI



CİDDİ KÜNT GÖĞÜS TRAVMASI

SINIF	HİKAYE	VİTAL BULGU	LOKAL BULGU
HAFİF	MİNİMAL GÜÇ	N	SIYRIK/KONTÜZYON
ORTA	ÖNEMLİ GÜÇ	TAŞİPNE NORMAL NABİZ VE KB	KEMİK HASSASİYETİ AZALMIŞ SOLUNUM SESİ
CİDDİ	KRİTİK GÜÇ	ANORMAL NABİZ VE KB	FAİL CHEST DERİN KALP SESİ SOLUNUM SESİ YOKLUĞU



CİDDİ PENETRAN EXTREMİTE TRAVMASI

KATEGORİ	HİKAYE	VİTAL BULGU, FM	LOKAL BULGU
HAFİF	MİNİMAL GÜÇ	N	LASERASYON
ORTA	ÖNEMLİ GÜÇ	N	SİNİR VEYA TENDON LASERASYONU VENÖZ KANAMA
CİDDİ	KRİTİK GÜÇ	ANORMAL	KİSMİ/ TAM AMPUTASYON ARTERYEL KANAMA AÇIK KIRIK



CİDDİ KÜNT EXTREMİTE TRAVMASI

KATEGORİ	HİKAYE	VİTAL BULGU, FM	LOKAL BULGU
HAFİF	MİNİMAL GÜÇ	N	ANORMAL
ORTA	ÖNEMLİ GÜÇ	N	BÜYÜK EKLEMDE MUHTEMEL DİSLOKASYON DİSPLACE KIRIK
CİDDİ	KRİTİK GÜÇ	ANORMAL	AZALMIŞ/NABİZ YOKLUĞU



ÇOCUK İSTİSMARI

Çocuk istismarı karmaşık nedenleri ve trajik sonuçları olan, tıbbi hukuki, gelişimsel ve psiko-sosyal kapsamlı ciddi bir sorundur

Dünya Sağlık Örgütü bir yetişkin tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan çocuğun sağlığını, fiziksel ve psiko-sosyal olumsuz yönde etkileyen davranışlar çocuk istismarı olarak tanımlanmaktadır.



ÇOCUK İSTİSMARI

Çocuk istismarı

- Fiziksel
- Cinsel
- Duygusal istismar
- ihmal

olarak dört grupta sınıflandırılmaktadır.



ÇOCUK İSTİSMARI

Patofizyoloji

- ***Uygun anne-baba***
- ***Uygun çocuk***
- ***Uygun zaman (Kriz dönemi).***
- **Dördüncü bir faktör olarak ağır fiziksel cezalara kültürel toleransın eklenmesi önerilmiştir.**



ÇOCUK İSTİSMARI

Çocuk istismarı tipleri

- ❑ *Fiziksel istismar*
- ❑ *Dövme*
- ❑ *Yanıklar*
- ❑ *Sallanmış bebek sendromu:*
- ❑ *Zehirlenme:Zorla su içirilmesi (Su intoksikasyonu):*
- ❑ *“Munchausen by Proxy” sendromu (Polle sendromu):*
- ❑ *Duygusal istismar*
- ❑ *Cinsel istismar*
- ❑ *Çocuk ihmali*

Fizik muayene bulguları

İstismar 72 saat içinde olmuşsa veya kanama ya da akut hasar varsa muayene hemen yapılmalıdır.

Olayın üzerinden 72 saatten fazla süre geçmişse ve akut hasar bulgusu yoksa acil muayene gerekli olmayabilir.



ÇOCUK İSTİSMARI

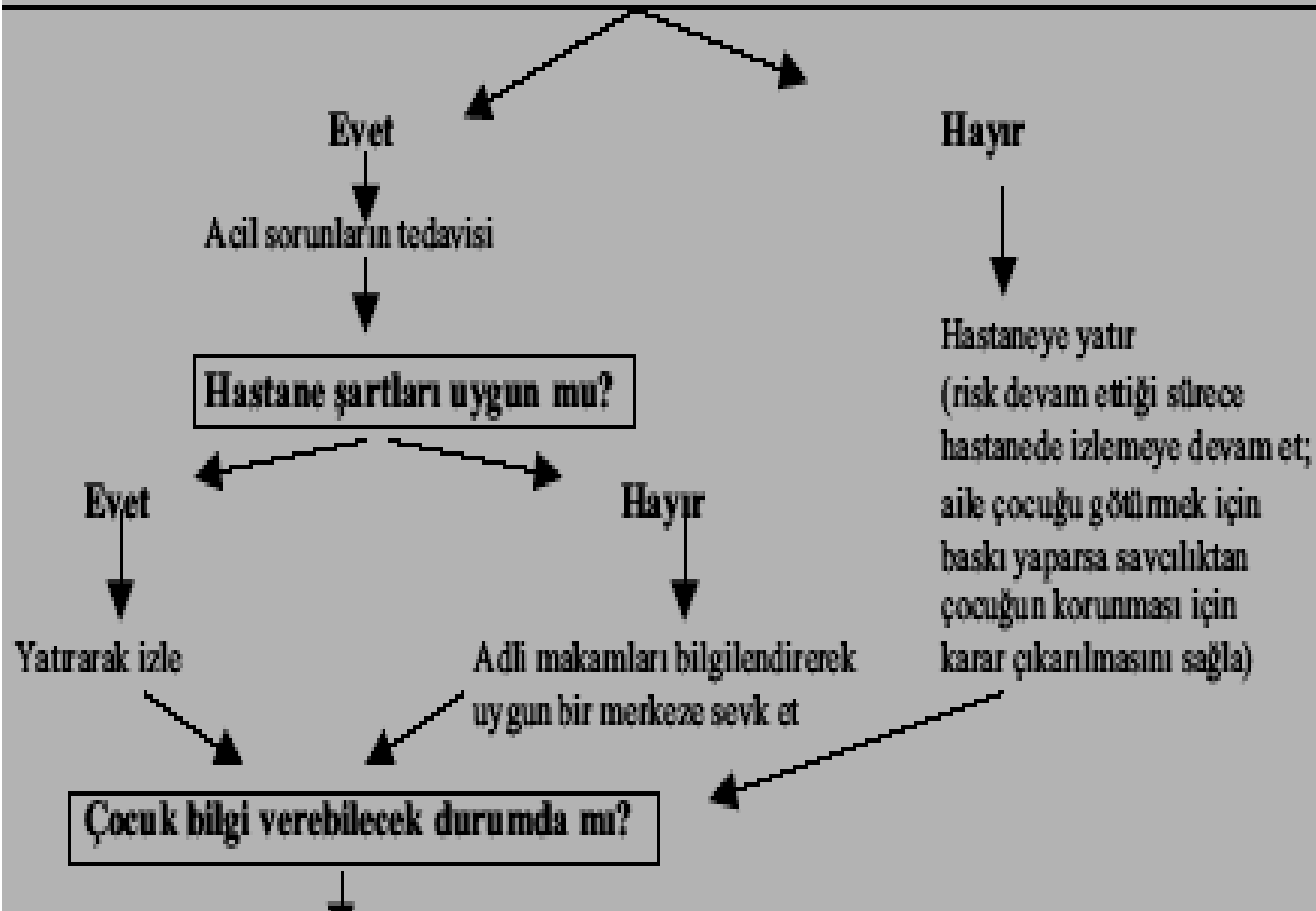
- **Deri bulguları:** morarma, yanık, laserasyon ve ısırıklar (Kulak, ense, kalça, uyluk, frenulum gibi yerlerdeki deri lezyonları)
- **Morarma:** Yüz, genital ve gluteal bölge gibi yumuşak yerlerdeki veya kulak, ense, üst dudak, filtrum gibi travmadan daha az ekilenen bölgelerdeki lezyonlar ile delici-şekilli morarmalardan şüphelenmek gerekir.
- **Yanık:** En sık etken, kasıtlı olsun, kaza olsun sıcak sıvılardır.
- **Isırıklar:** Erişkin birine ait ısırık izinin kaza ile olma olasılığı asla yoktur
- **Düşme ve iskelet travması:** (<3 metre Kısa yüksekliklerden) düşmeler sonucu gelişen ağır ve fatal lezyonlarda istismar olasılığı yüksektir. Kırıkları değerlendirirken istismar varlığı açısından en şüphelendirici bulgu, olayı açıklayacak uygun bir öykünün olmamasıdır.
- **Künt karın travması:** Tacize uğrayan çocuklarda kraniyal travmadan sonra mortalitenin ikinci en sık sebebidir



ÇOCUK İSTİSMARI

- **Oküler bulgular:** İstismara uğrayan çocuklarda fundoskopik muayene normal muayenenin değişmez bir parçası olmalıdır.
- **Cinsel istismarda fizik muayene bulguları;** Muayenede himen çapının ölçümü önemlidir. Bu çap yaşla artar ve horizontal çapı mm olarak çocuğun yaşıyla aynıdır, + 2 SD'den daha fazla açıklık şüphe uyandırır.

Yaralama nedeniyle getirilen ve istismar şüphesi olan çocuğun acil tedavi gereksinimi var mı?



Evet

- Çocukla görüşme yapılması (mümkünse çocuk psikiyatristi tarafından)
- Soruların açık uçlu olarak yöneltilmesi;
"Birşeyler daha söylemek ister misin?",
"Daha sonra neler oldu?" gibi.
- Soru ve yanıtların video veya teybe kaydedilmesi
- Anne, baba ve tanıklarla ayrı ayrı görüşülmesi

Hayır

- Anne, baba ve tanıklarla ayrı ayrı görüşülmesi
- Doğum öyküsü
- Çocuğun daha önce hasar görüp görmediği
- Çocuğun daha önce hastaneye yatış öyküsü
- Acil servise ne sıklıkta getirildiği
- Aşılama ve beslenme öyküsü
- Olayın oluş şekli, başvuruda gecikme olup olmadığı
- Olay sırasında çocuğun bakımından sorumlu kişinin hastaneye getirilirken çocuğa eşlik edip etmediği

Fizik muayene:

- Öykü bitirildikten sonra zaman kaybetmeden ayrıntılı fizik muayene yapılması
- Çocuğa muayenenin amacının anlatılması
 - Çocuğun gelişimsel, davranışsal, mental ve emosyonel durumunun değerlendirilmesi
 - Büyüme göstergeleri ve cinsel gelişimin değerlendirilmesi
 - Bütün kemik yapıların palpasyonu
 - Bütün lezyonların not edilmesi ve lezyon boyutunun değerlendirilebilmesi için bir uzunluk ölçerin görülebileceği şekilde fotoğraflanması; fotoğrafların arkasına olgunun adı-soyadı, tarih ve saatin kaydedilmesi

Laboratuvar incelemeleri

Konsültasyonlar: Çocuk psikiyatristi, çocuk cerrahı, adli tıp uzmanı, sosyal hizmet uzmanı, psikolog

Öykü, fizik muayene, laboratuvar incelemeleri ve konsültasyonlar sonucu istisna düşünüyor mu?

Evet veya yüksek olasılık

-Adli rapor düzenlenmesi
(adli tıp uzmanı yoksa, pediatri uzmanı veya pratisyen
hekim de rapor düzenlenmesinden sorumludur)

-İstismar ihbarı ve çocuğun korunma kararının alınabilmesi için
cumhuriyet savcılığının yazılı olarak bilgilendirilmesi

-Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu'na rapor yazarak bilgilendirme

-Başhekimliğin bilgilendirilmesi ve yasal sonuç alınana kadar
çocuğun hastanede (pediatri servisi veya acil servis) yatırılması

Hayır

Tıbbi sorunlar giderildikten sonra
çocuk evine gönderilebilir