

ÇOCUKLUK ÇAĞI ÇOĞUL TRAVMA HASTASINA YAKLAŞIM

Uzm. Dr. Müge Günalp
AÜTF Acil Tıp AD

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007

Epidemiyoloji

- 1- 14 yaş arası çocukluk çağı mortalitesinde ilk sırada **KAZALAR (% 50)**
- Ortalama 15-25 bin çocuk her yıl travmadan ölmekte ve bunların % 47'si motorlu araç kazası...



Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007

Epidemiyoloji

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARINI ÇOĞUNLUKLA

ÇOĞUL VE KÜNT TRAVMA BİÇİMİNDE...

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007

Epidemiyoloji

Travma Mekanizmaları

- Motorlu Araç Kazaları (MAK)
- Düşmeler
- Boğulmalar
- Yanıklar
- İntihar
- Penetran yaralanmalar

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007

Epidemiyoloji

Travma Mekanizmaları

- Motorlu Araç Kazaları (MAK)
- Düşmeler
- Bisiklet kazaları

Gürses D, Sanoğlu B, Üke A et al. Epidemiologic evaluation of trauma cases admitted to a pediatric emergency service. Ulus Travma Derg. 2002;8:156-159

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007

Epidemiyoloji

- 3 çocuktan 2'si erkek çocuk
- 4-12 yaş arasında en sık
- 8 yaşta pik

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007

Epidemiyoloji

- En sık mortalite ➔ kafa travması (%80)
- % 50 ↑ yaralanmada kafa,toraks,abdomen ve iskelet sistemi

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007

Çocukluk Çağı Çoğul Travma Özellikleri

Çocuklar, travmaya anatomik, fizyolojik ve psikolojik olarak erişkinden farklı cevap verir !

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007

Çocukluk Çağı Çoğul Travma Özellikleri

- Çocuk-erişkin travma özellikleri farkı
- Çocukluk çağı travma ➔ Çoğul travma
- Çocukluk çağı travmasında önlenebilir ölüm nedeni ➔ Havayolu açıklığı (% 18)

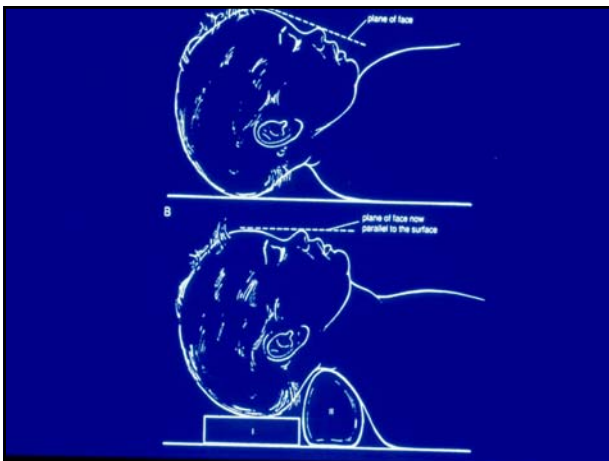
Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007

Çocukluk Çağı Çoğul Travma Özellikleri

⇒ *Anatomik*

- Supin pozisyonda büyük baş ➔ boyun fleksiyonu ➔ havayolu obstrüksiyonu
- İnfantlar nasal solurlar ,parsiyel nasal obstrüksiyon ➔ solunumsal sıkıntı

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007



Çocukluk Çağı Çoğul Travma Özellikleri

⇒ *Anatomik*

	Çocuk	Erişkin
Dil	Relatif olarak daha büyük	Relatif olarak daha küçük
Larinks	Yüksek, anterior,C2-C3 karşısında	C4-C6 karşısında
Epiglottis	"U" şeklinde ve yumuşak	Düz ve esnek
Vokal Kord	Kısa ve konkav	Horizontal
En Dar Çap	Kordların altı (Krikoid ring)	Vokal kordlar (Glottis)
Trakea	Kısa ve dar	Uzun

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007

Çocukluk Çağı Çoğul Travma Özellikleri

⇒ Anatomik

- Vücut kitlesi küçük → alan başına daha büyük kuvvete maruz kalma
- Alan yüzeyi/vücut ağırlığı ↑, cilt altı yağ dokusu ↓
⇒ hipotermi

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007

Çocukluk Çağı Çoğul Travma Özellikleri

⇒ Anatomik

- Pelvis derinliği yeterli değil → **mesane** travması
- Alt torasik duvar ve karın duvarı yetersiz → **dalak, karaciğer** travması
- **Böbrekler** büyük, hareketli ve korunmasız → deselerasyon yaralanması

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007

Çocukluk Çağı Çoğul Travma Özellikleri

⇒ Anatomik

- **Mediasten** mobil ve elastik → Deselerasyon yaralanmaları, pulmoner kontüzyon
- Çocuk **kemiklerinde** kalsifikasyon ↓ büyüme plakları aktif → kırık ↓, iyileşme kalıcı hasar ile

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007

Çocukluk Çağı Çoğul Travma Özellikleri

⇒ Anatomik

- Kas-iskelet kompliyansı ↑
- Koruyucu kas ve cilt altı doku ↓
- Doku esnekliği ↑



Kinetik enerjinin vücuda ve iç organlara iletilmesi erişkinden daha fazla.

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007

Çocukluk Çağı Çoğul Travma Özellikleri

⇒ Anatomik

Vücudun dışında yaralanma belirti ve bulgusu olmadan, iç organlarda yaralanma olasılığı erişkinden

çok fazla!!!!

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007

Çocukluk Çağı Çoğul Travma Özellikleri

⇒ Fizyolojik

- Kan volümü kayıplarına dikkat
- Çocukta hipovolemik şok evresinin tayini zor
- Akut evrede ;
-Hct
-Kan Basıncı

Sensitif değil !!!!!

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007

Çocukluk Çağı Çoğul Travma Özellikleri

⇒ Fizyolojik

Yaş (yıl)	Sol. Sayısı (dk)	Kalp Hızı (dk)	Kan Basıncı (mmHg)	İdrar Çıkışı (ml/kg/s)
0-1	<60	<160	>60	2
1-3	<40	<150	>70	1.5
3-5	<35	<140	>75	1
6-12	<30	<120	>80	1
>12	<30	<100	>90	0.5

Normal Vital Bulgular

Acil Tıp Uzmanları Derneği

2007

Çocukluk Çağı Çoğul Travma Özellikleri

⇒ Fizyolojik

- Takipne ve aerofaji ⇒ **gastrik dilatasyon**
- Hipovolemi ⇒ Splanknik kan akımı ↓ ⇒ ileus ⇒ **gastrik dilatasyon**
- **gastrik dilatasyon** ⇒ Kusma
 - Aspirasyon
 - Solunum sıkıntısı
 - VCI'e bası
 - Gastrik perforasyon

Acil Tıp Uzmanları Derneği

2007

Çocukluk Çağı Çoğul Travma Özellikleri

⇒ Fizyolojik

- Travmaya böbrek yanıtı ↓ ⇒ hem dehidratasyon hem de aşırı sıvı yüklenmesine eğilim
- Ağrının algılanması ve lokalizasyonun ifade edilmesi ↓

Acil Tıp Uzmanları Derneği

2007

Çocukluk Çağı Çoğul Travma Özellikleri

⇒ Psikolojik

- Duygusal regresyon
- Davranış değişiklikleri
- İletişim bozuklukları (hikaye, fizik muayeneye kooperasyon)

Acil Tıp Uzmanları Derneği

2007

Çocukluk Çağı Çoğul Travma Özellikleri

- 7 yaşında kız çocuk bisikletinden yaya kaldırımına uçuyor. Acil servise gelişinde her yanı kanlı, muayenede her dokunuşta ağlıyor ve çığlık atıyor.
 - ⇒ Ciddi çoğul travma?
 - ⇒ Lokal travma?

Acil Tıp Uzmanları Derneği

2007

Çocukluk Çağı Çoğul Travma Hastasına Yaklaşım

- İlk değerlendirme: Hızlı ilk bakı
- Resüsitasyon
- Ayrıntılı ikincil bakı
- Tanı amaçlı yapılan girişimler
- Hastanın belirli aralıklarla kontrol edilmesi (ilk bakıda 5 dakikada bir vital bulgular)
- Hastanın kalıcı tedavi/ taburculuğu hakkında karar verilmesi

ilk 5-10 dak'da başlanmalı

Acil Tıp Uzmanları Derneği

2007

İlk Bakı ve Resüsitasyon

- Havayolu kontrolü (A)
- Servikal vertebra immobilizasyonu (C)
- Solunum ve ventilasyon (B)
- Dolaşım ve kanama kontrolü (C)
- Disability (Nörolojik muayene) (D)
- Exposure (Soyundurma) (E)

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007

İlk Bakı ve Resüsitasyon

■ Havayolu (A) ve Servikal İmmobilizasyon (C)

- ◆ Havayolunun korunması için "Sniffing pozisyonu" (servikal spinal yaralanma önlemleri alınarak)
- ◆ Jaw – trust veya chin lift manevrasıyla havayolu açılması
- ◆ Hasta bilinçsizse oral airway
- ◆ Erkenden yüksek akımlı O₂ başlanması

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007

İlk Bakı ve Resüsitasyon

■ Havayolu (A) ve Servikal İmmobilizasyon (C)

- ◆ Boyun travması ihtimali ➔ Boyun immobilizasyonu
- ◆ Neden olabilecek mekanizmalar
- ◆ Bilinç kaybı
- ◆ Boyun ağrısı
- ◆ Semi rigid boyunluk

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007

İlk Bakı ve Resüsitasyon

■ Solunum (B) ve Ventilasyon

- ◆ Oksijenizasyonun değerlendirilmesi
- ◆ Nonrebreather maske ile % 100 O₂ verilmesi
- ◆ Balon maske ile solutulması
- ◆ Tansiyon pnömotoraks için iğne torakostomi (18G – 2. İKA)

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007

İlk Bakı ve Resüsitasyon

■ Solunum (B) ve Ventilasyon

- ◆ Açık pnömotoraksın kapatılması
- ◆ Paradoksal göğüs hareketleri ➔ yelken göğüs, pulmoner kontüzyon ➔ endotrakeal entübasyon
- ◆ pO₂ < 50 mmHg veya pCO₂ > 50 mmHg ➔ endotrakeal entübasyon

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007

İlk Bakı ve Resüsitasyon

■ Solunum (B) ve Ventilasyon

- Endotrakeal entübasyon endikasyonları

 1. Balon maske ile hastanın ventile edilememesi
 2. Havayolunun uzun süre kontrolü
 3. GKS<8 olan hastada hava yolu kontrolü ve kontrollü hiperventilasyon ihtiyacı
 4. Hipoksemiye yol açan solunum yetmezliği (Pulmoner kontüzyon, yelken göğüs)
 5. Sıvı tedavisine yanıt vermeyen dekompanse şok

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007

İlk Bakı ve Resüsitasyon

■ Solunum (B) ve Ventilasyon

Rapid Sequence Intubation (RSI)

(Hızlı Seri Entübasyon)

Seri olarak premedikasyon ajanlarını takiben sedatif ve nöromusküler ajanların verilerek entübasyonun potansiyel yan etkilerinin azaltılması.

Acil Tıp Uzmanları Derneği

2007

İlk Bakı ve Resüsitasyon

■ Solunum (B) ve Ventilasyon

⇒ RSI Faydaları

- ♦ Hızlı kalıcı havayolu sağlanması
- ♦ Saldırgan çocuğun sakinleştirilmesi
- ♦ Uygun tetkiklerin ve girişimlerin (tüp torakostomi, LP, perikardiyosentez) kolay yapılabilmesi

Acil Tıp Uzmanları Derneği

2007

İlk Bakı ve Resüsitasyon

■ Solunum (B) ve Ventilasyon

⇒ RSI protokolü

- ♦ Kısa hikaye (AMPLE)
- ♦ Gerekli ilaç ve aletlerin hazırlanması
 - Aspiratör, Oksijen, Havayolu araçları (ETT, laringoskop, stylet, BM), İlaçlar, Monitör (kardiak ritm ve O₂ saturasyonu)

Acil Tıp Uzmanları Derneği

2007

İlk Bakı ve Resüsitasyon

■ Solunum (B) ve Ventilasyon

⇒ RSI protokolü

- ♦ Preoksijenizasyon
 - 3-5 dk % 100 O₂
- ♦ Premedikasyon
 - Atropin = 0.02 mg/kg (IV) (min 0.15 mg)

Acil Tıp Uzmanları Derneği

2007

İlk Bakı ve Resüsitasyon

■ Solunum (B) ve Ventilasyon

⇒ RSI protokolü

- ♦ Sedatif ajanlar
 - Midazolam 0.1 mg/kg (DORMICUM®)
 - Hipnomidate 0.3 mg/kg (ETOMİDAT®)
 - Hipovolemik veya normovolemik hastalar

Acil Tıp Uzmanları Derneği

2007

İlk Bakı ve Resüsitasyon

■ Solunum (B) ve Ventilasyon

⇒ RSI protokolü

- ♦ Kas gevşeticiler
 - Suksinilkolin (LYSTENON®) >10 kg 1 mg/kg (IV)
 - <10 kg 2 mg/kg (IV)
 - Vekuronyum 0,1 mg/kg (NORCURON®)

Acil Tıp Uzmanları Derneği

2007

İlk Bakı ve Resüsitasyon

■ Solunum (B) ve Ventilasyon

- ◆ <9 yaş ➔ Orotrakeal entübasyon tercih edilmeli
- ◆ < 8y cuffsız ETT
- ◆ Kafsız tüp no = (16 + yaş) / 4
- ◆ Kafalı tüp no= (12 + yaş) / 4
- ◆ Tüp geçene dek sellick manevrası

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007

İlk Bakı

■ Dolaşım (C) ve Kanama Kontrolü

- ◆ Çocuklarda fizyolojik rezerv ↑ ➔ Vital bulgular normal
- ◆ **Nabız**, kan basıncı, solunum sayısı ve **kapiller geri doluşa** bakılması
- ◆ Hastanın monitörize edip kalp ritminin tespit edilmesi
- ◆ Dış kanamanın kontrolü ve varsa direkt bası ile durdurulması

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007

İlk Bakı ve Resüsitasyon

■ Dolaşım (C) ve Kanama Kontrolü

- ◆ Şok ➔ taşikardi ile kompanse etme eğilimi
- ◆ Son döneme kadar kan basıncı normal
- ◆ Çocuklarda hipotansiyon ➔ >%40 kan / volüm kaybı
- ◆ Taşikardiden bradikardiye değişim ➔ geç bulgu

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007

Sistem	Hafif kan kaybı (<%30)	İlmlı kan kaybı (%30-45)	Ciddi kan kaybı (>%45)
Kardiyovasküler	Kalp hızı ↑, zayıf periferik nabız	Kan basıncı ↓, nabız basıncı ↓, kalp hızı ↑↑, periferik nabız yok, santral nabız zayıf	Hipotansiyon, taşikardi → bradikardi
Santral Sinir Sistemi	Anksiyete, irritasyon, konfüzyon	Letarjik, ağırlı uyarana cevap ↓	Koma
Cilt	Serin, kapiller geri dönüş ↑	Siyanotik, kapiller geri dönüş ↑↑	Soluk, soğuk
İdrar çıkışı	Minimal ↓	Minimal	Anüri

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007

Blood Loss, % Volume	Up to 15%	15-30%	30-40%	>40%
Pulse rate	Normal	Mild increase	Moderate increase	Severe increase
Blood pressure	Normal or increased	Decreased	Decreased	Decreased
Capillary refill	Normal	+	+	+
Respiratory rate	Normal	Mild increase	Moderate increase	Severe increase
Urinary output, mL/kg/h	1-2	0.5-1	0.25-0.5	Negligible
Mental status	Slightly anxious	Mildly anxious	Anxious, confused	Confused, lethargic
Fluid replacement (3:1 rule)	Crystalloid	Crystalloid	Crystalloid, blood	Crystalloid, blood

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007

İlk Bakı ve Resüsitasyon

■ Dolaşım (C) ve Kanama Kontrolü

- ◆ Perkütan periferik damar yolu (2 girişim)
- ◆ İntraosseoz
- ◆ Femoral ven
- ◆ Venöz cutdown (ayakta safen ven)
- ◆ External jugular ven

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007

İlk Bakı ve Resüsitasyon

■ Disability (D) (Nörolojik Muayene)

⇒ Modifiye Pediatrik Verbal (V) Skor:

Gülümseme, objeleri izleme, mırıldanma	5
Ağlar fakat avutulabilir	4
İrrite olur, koopere değil, çılgık atar	3
Letarjik, homurdanır	2
Herhangi bir ses çıkarmaz	1

Acil Tıp Uzmanları Derneği

2007

İlk Bakı ve Resüsitasyon

■ Exposure (E) (Soyundurma)

- ◆ Tüm kıyafetlerin çıkarılması.
- ◆ Vücut ısısının değerlendirilmesi.
- ◆ Hipotermiden korunması

Acil Tıp Uzmanları Derneği

2007

İlk Bakı ve Resüsitasyon

■ Exposure (E) (Soyundurma)

- ◆ Hipotermi komplikasyonları:
 - Mental durum bozukluğu / Koma
 - Dolaşım bozukluğu, PVR↑
 - Aritmiler
 - Koagülopati
 - İlaçların etki edememesi

Acil Tıp Uzmanları Derneği

2007

İlk Bakı ve Resüsitasyon

■ Ek işlemler

- ◆ Kontrendikasyon yoksa Nazogastrik veya Foley sonda yerleştirilmesi
- ◆ Nazogastrik sonda kontrendikasyonları
 - Maksillofasiyel kırıklar
 - Ciddi koagülopati
 - Kafa tabanı kırığı şüphesi (rinore, otore, periorbital ekimoz, postauricular ekimoz)

Acil Tıp Uzmanları Derneği

2007

İlk Bakı ve Resüsitasyon

■ Ek işlemler

- ◆ Foley kateter kontrendikasyonları:
 - Uretral meada kan
 - Skrotumda ekimoz
 - Anormal yerleşmiş prostat

Acil Tıp Uzmanları Derneği

2007

İkincil Bakı

- Hayatı tehdit eden durumlar stabilize edildikten sonra "Head to toe"
- İkinci bakıda
 - ◆ Detaylı anamnez (AMPLE)
 - ◆ Tam FM
 - ◆ Laboratuvar (birincil bakıda yapılmayanlar!!!)
 - ◆ Radyoloji
 - ◆ Tetanoz ve antibiyotik profilaksisi

Acil Tıp Uzmanları Derneği

2007

İkincil Bakı

■ Baş

En sık mortalite → kafa travması (%80)

- ◆ Pupil çapları tekrar değerlendirilir
- ◆ Fundus muayenesi (Hemoraji ?)
- ◆ Görme keskinliği (Okuma ? Işığı görebiliyor?)
- ◆ Kafatası ve maksillofasial kemik palpasyonu

Acil Tıp Uzmanları Derneği

2007

İkincil Bakı

■ Baş

- ◆ Skalp vaskülaritesi fazla.
- ◆ İnfant → hipovolemi
- ◆ Açık skalp yaralarında;
 - Kemik yapının devamlılığı
 - Depresyon ve krepatasyon
 - Yabancı cisim

Acil Tıp Uzmanları Derneği

2007

Kafatası kırığı bir beyin hasarı oluşturmak zorunda olmadığı gibi, beyin hasarı olması içinde bir kafatası kırığı olması gerekmemektedir.

Acil Tıp Uzmanları Derneği

2007

İkincil Bakı

■ Servikal Vertebra:

- ◆ Fraktürü çok seyrek % 5
- ◆ Eğer aşağıdakiler varsa risk artar
 - Klavikula ↑ travma
 - Bir veya daha fazla kattan yüksekten düşme
 - > 70 km/st ile aracın yayaya çarpması
 - Spor yaralanması

Acil Tıp Uzmanları Derneği

2007

İkincil Bakı

■ Servikal Vertebra:

- ◆ Vertebra corpusları önde kama şeklinde
- ◆ İnterspinal ligamanlar ve eklemler kapsülleri flexible
- ◆ Faset eklemler düz

RİSK

Acil Tıp Uzmanları Derneği

2007

İkincil Bakı

■ Servikal Vertebra:

- ◆ Kemik yaralanması olmaksızın 3 çocuktan 2'sinde spinal kord yaralanması (SCIWORA)
- ◆ Konuşamayan çocuklarda mutlaka servikal filmler çekilmeli
- ◆ Yüksek riskli → AP, lateral, odontoid +C1-C2 CT
- ◆ Semirigid boyunluk

Acil Tıp Uzmanları Derneği

2007



İkincil Bakı

- Göğüs
 - ♦ Diğer organ yaralanmaları için marker
 - ♦ Mortalitede 2. sırada
 - ♦ Göğüs duvarı korunmasız → Pulmoner kontüzyon
 - ♦ Mediasten mobil → Tansiyon pnömotoraks ve yelken göğüs

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007



İkincil Bakı

- Göğüs
 - ♦ Tansiyon pnömotoraks
 - Hemodinamisi bozuk penetran ve künt göğüs travmalı çocukta İĞNE TORAKOSTOMİ !!!
 - Trakea deviasyonu
 - Solunum sesleri ↓
 - Boyun venlerinin belirginleşmesi

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007



İkincil Bakı

- Batın
 - ♦ Travmaya bağlı çocuk ölümlerinin yaklaşık % 10'u
 - ♦ Mortalitede 3.sırada
 - ♦ En sık künt travma % 85,delici yaralanmalar %15
 - ♦ Delici karın yaralanmaları çocuklarda daha nadirdir ve tüm karın travmalarının % 10 unu oluşturur

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007



İkincil Bakı

- Batın
 - ♦ Muayene ile tanı çok zor!!!
 - ♦ En sık atlanan fatal yaralanma.....

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007



İkincil Bakı

- Batın
 - ♦ FAST
 - ♦ DPL
 - ♦ Retroperitoneal hasarı anlamak zordur.
 - ♦ BT

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007



İkincil Bakı

- Batın
 - ♦ Künt karın travması → nonoperatif konservatif yöntemler
 - ♦ KC ve Dalak lacerasyonu laparotomi endikasyonu değil
 - ♦ % 80 hastada kanama durur.

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007



İkincil Bakı

- Batın
 - ◆ Nonoperatif izleme kararı :
 - Hastanın sürekli monitörizasyonu
 - Her an ameliyata hazır bir ameliyat ekibi
 - Kan bankası ve yeterli miktarda kan.

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007



İkincil Bakı

- Pelvis
 - ◆ Kemik çıkıntıların palpasyonu
 - ◆ İnstabilite
 - ◆ Perine lacerasyonları ve hematomu

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007



İkincil Bakı

- Rektum
 - ◆ Sfinkter tonusu
 - ◆ Rektum mukoza düzensizliği
 - ◆ Prostatın anormal yerleşimi
 - ◆ Gaitada kan

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007



İkincil Bakı

- Ekstremiteler
 - ◆ Deformite, kontüzyon, abrazyon
 - ◆ Duyu ve motor kusuru
 - ◆ Periferik nabızlar
 - ◆ Perfüzyon durumu

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007



İkincil Bakı

- Ekstremiteler
 - ◆ Açık kırıklar steril olarak kapatılmalı
 - ◆ Yumuşak doku yaralanmaları yabancı cisim açısından değerlendirmeli, irriye edilmeli
 - ◆ Devitalize dokular debride edilmeli

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007



İkincil Bakı

- Nörolojik
 - ◆ Bilinç durumu
 - ◆ GKS değerlendirilmeli
 - ◆ Kranial sinir
 - ◆ Motor muayene
 - ◆ Duyu muayenesi (bilinç açıksa)

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007

Görüntüleme

- 3 major grafi:Lateral Cervikal, AP Akciğer, AP Pelvis
- Ek spinal grafiler
- Baş,vertebra,toraks,abdomen CT
- Kontrast ürografi
- Anjiyografi
- Extremitte grafileri
- TEE
- Bronkoskopi

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007

KOMPONENT	2	1	-1
AĞIRLIK	20 KG ↑	10-20 KG	10 KG ↓
HAVAYOLU	Normal	Oral veya nasal Airway,O2	Entübasyon,Trakeostomi
SİSTOLİK KAN BASINCI	≥90mmHg,periferik nabızlar ve perfüzyon iyi	50-90 mmHg,carotis ve femoral nabız alınıyor	≤50 mmHg,nabız zayıf
BİLİNÇ DURUMU	Açık	Bilinç kaybı	Koma
KIRIK	Yok veya şüpheli	Tek,kapalı	Açık ve Multiple
CİLT	Normal	Yüzü içermeyen kontüzyon,abrazyon,la serasyon ≤7 cm	Yüzü içeren doku kaybı,silahlı ateş veya bıçak yaralanması

TEPAS JJ et coll. The Pediatric Trauma Score as a predictor of injury severity in the injured child. J. Pediatr. Surg. 1987;22:14-8.

PTS

- Bu tabloya göre değerler + 12 ile , - 6 arasında değişmektedir.
- Pediatrik travma skoru ne kadar düşerse travmanın şiddeti de o kadar artar.
- 9 ve üzeri skora sahip çocuklarda ölüm hiç rapor edilmemiştir.

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007

- The Injury Severity Score (ISS)
- The New Injury Severity Score (NISS)
- Anatomic Profile Score (APS)
- The Revised Trauma Score

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007

Taburculuk

- Transfer kriterleri
- Stabilizasyon sonrası ailenin çocuklarını görmesine izin verilmeli.
- Ailesiyle açıkca konuşulmalı
- Post travmatik psikiyatrik destek verilmeli

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007

ÖZET

- Pediatrik hasta anatomi ve fizyolojisinin farkları bilinmeli...
- İlk Bakı (ACBCDE) ve Resüsitasyon
- İkincil Bakı (Head to Toe)
- Uygun ve hedefli mutlak tedavi
- Gerekliyse uygun bir üst merkeze transfer
- Aile ile iyi koordinasyon ve açıklama

Acil Tıp Uzmanları Derneği
2007

