

# BÖLÜM 1

## ACİL HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mehmet Adnan ÖZTÜRK<sup>1</sup>  
Murat DOĞAN<sup>2</sup>

### GENEL BİLGİLER

Çocuklar, acil servislere başvuran hastalar arasında özellikli ve dikkatli olunması gereken hasta grubunu oluşturmaktadırlar. Acil bir çocuğun değerlendirilmesinde çocuğun yaş grubuna göre fizik muayene bulguları, normal büyüme ve gelişme basamaklarının iyi bilinmesi gerekmektedir. Her basamaktan sağlık hizmetleri sunan merkezlerde çalışan acil servis hekimleri çocuk acilleri açısından hazırlıklı ve bilgili olmalıdırlar. Acil değerlendirme anormal anatomik ve fizyolojik özelliklerin, hastalık veya travmanın şiddetinin tanımlanması ve tedavinin aciliyetinin karar verilmesinden oluşmaktadır. Acil hastaya hızlı genel bakış ve birincil değerlendirme, tedavinin erken başlanmasını sağlayarak hastanın normal vücut homeostazisini sağlar, hastada solunum ve dolaşım yetersizliği gelişmesini engeller.

Hukuki olarak kabul edilen acil tanımı; derhal tıbbi olarak müdahale edilmediği zaman kendi ya da doğmamış bebeğinin sağlığında, vücut fonksiyonlarında ya da organların işlev-

lerinde ciddi şekilde bozulma yaratacağı kaygısı oluşturan, ani ve şiddetli durumlardır. Çocuk acil departmanlarına başvuran hastaların büyük çoğunluğu gerçek acil vakalar değildir. Ailelerin önemli bir kısmı ilk tedavisinin, normal çocuk polikliniği ve özel muayenehanelerde yapılamayacağı düşüncesiyle veya hemen müdahale ettirebileceklerini düşünerek çocuklarını acil servislere götürmektedirler. Ayrıca ulaşım sorunu, ebeveynlerin veya bakıcının çalışma saatleri gibi birçok faktör de acil servislere başvurmada etkilidir. Kliniği şiddetli ve kritik olan çocuk hastalar erken belirlenerek tedavi edilebilmelidirler. Acil servise başvuran her hasta yukarıda belirtildiği üzere acil hasta olarak kabul edilmeli ve değerlendirilmelidir. Hekimin acil servise başvuran hastayı acil olmadığı gerekçesiyle geri çevirme hakkı yoktur. Acil servislerde çocukları değerlendirmeye düzenli bir sıra ile başlamak resüstasyonun organize bir biçimde uygulanabilmesini ve fizyolojik bozuklukların atlanmadan saptanmasını sağlar (Tablo 1).<sup>1-3</sup>

<sup>1</sup> Prof. Dr., Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi Çocuk Acil BD., adozturk2000@yahoo.com

<sup>2</sup> Doç. Dr., Çocuk Acil Kayseri Şehir Hastanesi, doktormurat033@hotmail.com

**Tablo 6. Acil hastalarında hızlı öykü alınması (“BASİT Öykü ” hatırlatma sözcüğü )**

B: Belirti ve Bulgular: Bulguların başlama zamanı ve özellikleri
A: Alerji durumu: İlaç veya allerjen öyküsü
S: Beslenme: En son yemek zamanı, anne sütü alım durumu
İ: İlaçlar: Kullanılan ilaçlar, ilaç dozu ve alım zamanı
T: Tıbbi geçmiş: Bilinen süreğen hastalık, ameliyat, travma, aşılama durumu
Öykü: hastalık öyküsü, varsa travma düzeneği, olayın yeri, hastaneye gelme süresi ve geliş şekli.

tedir ve hastayı acil servise getiren nedeni, ailenin bildirimlerini ve şüpheli durumları saptamalıdır. Öyküde daha önceden geçirilmiş hastalıklar, operasyonlar, alerjiler, kullandığı ilaçlar, alışkanlıklar, sosyal çevre durumu, okul başarısı, aile ortamı, aile öyküsü gibi durumlar öncelikle sorgulanmalıdır. Ayrıntılı alınan bir öyküyle birlikte aynı anda ayrıntılı fizik muayene, radyolojik tetkikler ve laboratuvar incelemeleri de yapılmalıdır. Normal bir acil serviste, tam kan sayımı, biyokimya ve kan gazı gibi laboratuvar tetkiklerinin yapılabilmesi gerekmektedir. Acil servislerde hastanın baştan ayağı muayene edilmesi kolay değildir bu yüzden genellikle ebeveyn kontrolünde kucakta veya kollarında iken ilk değerlendirme yapılmaktadır. Hasta olan bir çocuk huzursuzdur, korku ve panik içindedir. Ayrıca aileler kaygılı, ajite, mutsuz ve korku içindedirler. Bütün bu durumlar karşısında acil servis doktor ve sağlık çalışanları hasta ve ailelere karşı sabırlı ve anlayış içinde olmalıdırlar. Yanlış anlaşılacak söz ve davranışlardan uzak durulmalıdır. Ailenin yanında olması çocuğu sakinleştirerek daha sağlıklı bir değerlendirme imkanı sağlamaktadır. Acil servis hekimi, muayene sırasındaki bulguları ebeveynlere anlatmalı ve yapılacak tetkik ve tedaviler hakkında bilgi vermelidir. Çocuğa yapılacak işlem ve tedaviler sırasında ailenin çocuğun yanında bulundurulması hastanın aciliyetine ve ailenin durumuna göre planlanmalıdır. Doktorlara yardımcı olan aileler, fizik muayenenin, tedavi planlanmasının ve taburculuk sürecinin hızlanmasına katkıda bulunabilirler.<sup>3,6,7</sup>

### Üçüncül Değerlendirme

Önceki basamaklar sonucunda edinilmiş bilgilere bağlı olarak tanı doğrulanması veya ayırıcı tanıyı uygulamak için ileri laboratuvar ve radyolojik incelemelerin yapıldığı basamaktır.<sup>9</sup>

### Yeniden Değerlendirme

Uygulanan tedaviye yanıtı değerlendirmek, anatomik ve fizyolojik sorunları takip için hastaları yeniden değerlendirmek gerekir. Tekrar değerlendirmede yeni sorunlar veya yeni tanımlar elde edilebilir. Tedavi devamı ve değişimi konusunda hekimin yönlendirilmesini sağlar.<sup>9</sup>

Sonuç olarak acil çocuk hastanın değerlendirmesinde hekimin önceliği yaşamsal bulguların stabilizasyonu, havayolu, solunum ve dolaşım problemlerinin düzeltilmesidir. Yaşamsal fonksiyonlar garantiledikten sonra nedene yönelik ileri tetkik ve değerlendirmeler yapılır. Acil serviste yapılan her türlü işlem yazılmalıdır. Acil servis kuralı: YAZILMAMIŞSA YAPILMAMIŞTIR.

### KAYNAKLAR

1. Dieckman RA. Pediatric Assessment. In: American Academy of Pediatrics, American College of Emergency Physicians. APLS: The Pediatric Emergency Medicine Resource. Fifth Ed., Jones Barlett Learning, 2012:2-37.
2. APLS. The Pediatric Emergency Medicine Resource. Revised fourth editio. 2006. Jones and Bartlett Publishers, Sudbury.
3. Saz UE, Özen S, Karapınar B. Pediatrik Acil Servislerde Triyaj Protokolleri. Türkiye Klinikleri J Pediatr 2009;18:289-96.
4. Avarello JT, Cantor RM. Pediatric Major Trauma: An Approach to Evaluation and Management. Emerg Med Clin N Am 2007;25:803-36.

5. Kellermann A. Crisis in the emergency department. *N Engl J Med.*2006;355:1.
6. Bourgeois FT, Shannon MW. Emergency care for children in pediatric and general emergency departments. *Pediatr Emerg Care.*2007;23:94-102
7. Dieckman RA, Brownstein D, Gausche-Hill M. The Pediatric Assessment Triangle: A novel approach to pediatric assessment. *Pediatr Emerg Care.* 2010;26:312-315.
8. Fulton JA, Greller HA, Hoffman RS. GCS and AVPU: The alphabet soup doesn't spell "C-O-M-A" in toxicology. *Ann Emerg Med.*2005;45:224-225.
9. Weiner DL. Respiratory distress. In: Fleisher GR, Ludwig S, eds. *Textbook of Pediatric Emergency Medicine.* Philadelphia: LWW,2006:605-17.