



Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Servisi'nde Ortopedi ve Travmatoloji Konsültasyonu Yapılan Çocuk Adli Olguların Geriye Dönük Analizi

Retrospective Analysis of Child Forensic Cases Admitted to the Pediatric Emergency Department of Tepecik Training and Research Hospital and Consulted with Orthopedics and Traumatology

© Okşan Derinöz Gülerüz

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Acil Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

Sayın Editör,

Derginizin 2021 yılı, 8. cilt, 2. sayısında 77. ile 82. sayfalar arasında yayınlanan, Basa ve ark.¹ tarafından sunulan "Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Servisi'nde Ortopedi ve Travmatoloji Konsültasyonu Yapılan Çocuk Adli Olguların Geriye Dönük Analizi" başlıklı çalışmayı ilgiyle okudum. Yazarlar bir yıllık süre içinde kliniklerine acil servisten danışılan adli olguların geriye yönelik olarak demografik verilerini incelemişlerdir. Çalışma grubundaki olguların sıklıkla üst ekstremitelerde kırığı nedeniyle ortopedi bölümüne danışıldığını, hastaların çoğunluğunun künt travma, kesici delici alet ve ateşli silah yaralanması olduğunu ve olguların neredeyse yarısında ortopedi dışında diğer cerrahi bölüm konsültasyonlarının olduğunu ve yine bu hastaların hastane yatışlarının daha fazla olduğunu belirtmişlerdir.¹ Bu çalışma, travma bakımı yapan acil servislerde acil hekimlerinin travma bakımında cerrahi branşlara ihtiyacı olduğunu gösteren iyi bir çalışmadır.

Majör travma, multidisipliner olarak değerlendirilmesi gereken multisistemik bir hastalıktır. Travmada mortalite ve morbidite, kapsamlı ve koordineli çalışan/işleyen travma sistemleri ve travma merkezleri ile azaltılabilir. Çocuk yoğun bakım ünitesi olan bir hastanede veya çocuk travma merkezinde tedavi

edilen ciddi künt travmalı olgularda düşük mortalite oranları bildirilmiştir.² Bu nedenle, travmaya özel merkezlerin olması çok önemlidir. Ancak bu özelliklere sahip merkezlerin sayısı Amerika Birleşik Devletleri'nde bile oldukça azdır.³ Bu noktada yapılandırılmış travma merkezlerinin az sayıda olması veya olmaması durumunda travma bakımı veren kliniklerin kendi iç olanaklarına göre travma ekibini oluşturması gerekmektedir.

Çocuk travmanın etkili yönetimi için cerrahlar, acil hekimi, yoğun bakım hekimi, acil ve yoğun bakım hemşiresi, solunum terapisti, radyolog, beyin cerrahı, ortopedik cerrahi ve anestezi uzmanının dahil olduğu multidisipliner bir takım gereklidir. Ayrıca radyoloji ünitesinin ve ameliyathanelerin de hasta bakımına hazır olması gerekir.⁴ Bir çalışmada bölüm konsültasyonlarına bakıldığında, %15,8 ortopedi, %9,6 beyin cerrahisi, %5,2 genel cerrahi, %3,2 yoğun bakım, %58 anestezi ve %4,2 göğüs cerrahisi konsültasyonu yapıldığı görülmüştür.⁵ Bu rakamlar travma bakımında cerrahi bölümlere ihtiyacı ortaya koymaktadır.

Hasta acil servise gelmeden önce acil servis haberdar edildiğinde travma ekibi hazırlıklarına başlar. Travma ekibindeki her üyenin tanımlanmış bir görevi vardır.⁶ Travma yönetiminde bir ekip liderinin varlığı çok önemlidir.⁵ Ekip liderinin temel görevi hasta bakımında, hastane içi veya hastaneler arası

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Okşan Derinöz Gülerüz, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Acil Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

E-posta: oderinoz@gazi.edu.tr **ORCID ID:** orcid.org/0000-0001-7348-0656

Geliş Tarihi/Received: 02.07.2021 **Kabul Tarihi/Accepted:** 25.08.2021

©Telif Hakkı 2022 Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği
Çocuk Acil ve Yoğun Bakım Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından yayınlanmıştır.

hasta naklinde bölümlerin koordinasyonunu sağlamaktır.^{3,6} Travma ekibi bir acil doktoru ise, ekip lideri deneyimli acil uzmanı olmalıdır. Multidisipliner bir ekip ise acil, anestezi ve cerrahi departmanlar arasında dönüşümlü liderlik olabilir.^{4,5} Ekip liderleri en az üç yıllık deneyime sahip olmalıdır, ekip liderinin daha az deneyime sahip olması ekip performansını düşürür.⁷

Literatürde birden fazla bölümü/disiplini travma bakıma dahil etmek için iki yöntem sunulmuştur. Bunlardan ilki, travma ekibi varlığında travma resusitasyonuna bu ekip başlar ve acil servisin müdahale alanları ötesinde tedavi gerektiren durumlarda ilgili uzmanlık alanları ile iletişim kurulur. Bu yöntemin avantajı, travma ekibinin acilde olması ve çağrı gelmesi durumunda tüm ekibin hızlıca hastaya müdahale etmesidir. İkinci yöntem ise, Amerikan Cerrahi Komitesi'nin (*American Collage of Surgeons Committee*) önerisidir. Bu öneriye göre travma cerrahinin aktif katılımının etkili bakım için gerekli olduğudur.^{5,8} Hasta yönetiminde bir travma cerrahinin olmasının, resusitasyon süresini kısalttığı ancak ölüm oranlarında fark yaratmadığı gösterilmiştir.^{5,9} Yine bir cerrahin varlığı özellikle penetran yaralanmalarda hastanın ameliyathaneye gitme süresini de kısaltabilir.⁵ Vernon ve ark.¹⁰ yaptıkları çalışmada multidisipliner çocuk travma takımı oluşturulduktan sonra travma ekibinin travma bakımına olan etkisini değerlendirmişler ve yapılandırılmış bir organizasyon ile kafa travmalı hastaların daha hızlı bir şekilde tomografi taramasına gittiğini, acil işlemler için daha kısa sürede ameliyathaneye hastaların ulaştırıldığını ve acil serviste bu hastaların kalma sürelerinin azaldığını bildirmişlerdir. Sonuçta travma takımlarının acil bakım hızını artırdığını görmüşlerdir. Hoff ve ark.¹¹ yaptıkları başka bir çalışmada ise, tanımlanmış bir ekip liderinin travma resusitasyonunu iyileştirdiğini göstermişlerdir.

Ekip üyeleri hastaneden hastaneye biraz farklılıklar gösterirler. Özellikle beyin cerrahları ve ortopedik cerrahlar ekip içinde hazır bulunmalıdırlar.²

Ülkemiz şartlarında travma olgularının yönetimi acil servislerde acil servis, çocuk acil servis, çocuk veya çocuk cerrahisi uzmanları tarafından yapılmaktadır. Hastayı karşılayan bölüm hangisi olursa olsun, yönetimde hem dahili hem de cerrahi bölümlerin katkısının olduğu unutulmamalıdır.

Sonuç olarak; ülkemizde travma bakımı yapan özelleşmiş merkezler halihazırda mevcut değildir. Basa ve ark.¹ yaptıkları çalışma ile majör travma olgularında ortopedi, beyin cerrahisi ve çocuk cerrahisi gibi cerrahi kliniklerin hasta bakımına katkısını vurgulamışlardır. Ülkemiz şartlarında hasta bakım kalitesini artırmak, hızlı ve etkin bir şekilde hasta yönetimini

sağlamak için her klinik kendi olanakları doğrultusunda travma ekiplerini oluşturulabilir, böylece hastaların konsültasyon üzerinden değerlendirilmesinin önüne geçilebilir.

Anahtar Kelimeler: Acil, çocuk, travma, travma takımı, travma organizasyonu

Keywords: Children, emergency, trauma, trauma team, trauma organization

Etik

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu ve editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Finansal Destek: Yazar tarafından finansal destek almadığı bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Basa CD, Uzakgider M, Kaçmaz İE, Zhamilov V, Karaman G, ve ark. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Servisi'nde Ortopedi ve Travmatoloji Konsültasyonu Yapılan Çocuk Adli Olguların Geriye Dönük Analizi. *J Pediatr Emerg Intensive Care Med.* 2021;8:77-82.
2. Roskind CG, Dayan PS, Klein BL. Chapter 72: Acute Care of the Victim of Multiple Trauma. *Nelson Textbook of Pediatrics.* In eds: Kleigman, Stanton, St Geme, Schor. 20th eds. Elsevier; 2016. 545-53.
3. Lavoie M, Nance ML. Chapter 2: Approach to the injured child. *Textbook of Pediatric Emergency Medicine.* In eds: Shaw KN, Bachur RG. 7th eds. Lippincott Williams & Wilkins; 2016. 9-19.
4. Tiel Groenestege-Kreb D, van Maarseveen O, Leenen L. Trauma team. *Br J Anaesth.* 2014;113:258-65.
5. Flavin BM, Driscoll PA. Organizing and training the emergency department in the reception of major trauma. *Emergency Medicine.* 2000;12:112-5.
6. Chapter 6. Methods for promoting essential trauma care services. *Guidelines for Essential Trauma Care.* World Health Organization. 2004. 59-79. https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/services/en/guidelines_traumacare.pdf (Erişim tarihi: 02.07.2021)
7. Cooper S, Wakelam A. Leadership of resuscitation teams: "Lighthouse Leadership". *Resuscitation.* 1999;42:27-45.
8. American College of Surgeons Committee on Trauma. *Resources for the Optimal Care of the Injured Patient.* Chicago: American College of Surgeons; 1993.
9. Khetarpal S, Steinbrunn BS, McGonigal MD, Stafford R, Ney AL, et al. Trauma faculty and trauma team activation: impact on trauma system function and patient outcome. *J Trauma.* 1999;47:576-81.
10. Vernon DD, Furnival RA, Hansen KW, Diller EM, Bolte RG, et al. Effect of a pediatric trauma response team on emergency department treatment time and mortality of pediatric trauma victims. *Pediatrics.* 1999;103:20-4.
11. Hoff WS, Reilly PM, Rotondo MF, DiGiacomo JC, Schwab CW. The importance of the command-physician in trauma resuscitation. *J Trauma.* 1997;43:772-7.