

Pediatric Acil Servislerde Trijaj Protokolleri

Pediatric Emergency Medicine Triage Protocols: Review

Dr. Eylem Ulaş SAZ,^a
Dr. Samim ÖZEN,^b
Dr. Bülent KARAPINAR^c

^aÇocuk Acil BD,
^bÇocuk Endokrinoloji ve Metabolizma BD,
^cÇocuk Yoğun Bakım BD,
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir

Geliş Tarihi/Received: 23.07.2008
Kabul Tarihi/Accepted: 04.12.2008

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Eylem Ulaş SAZ
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Çocuk Acil BD, İzmir,
TÜRKİYE/TURKEY
ulassaz@gmail.com

ÖZET Triyaj, Fransızca'dan gelen, kökeni trier olan; ayıklamak, öncelik sırasına göre ayırmak anlamına gelen bir kelimedir. En basit tanımıyla acil servislerde triyaj, olguları aciliyet önceliğine göre sıraya dizmek demektir. Acil servis kavramının oturmaya başladığı ilk zamanlarda bile triyaj sistemlerinin düzensiz de olsa işlediği tanımlanır. Bu, bazen sadece kayıt sırasındaki önceliğe göre yapılırken, bazen de bu konuda eğitilmiş yardımcı sağlık personeli tarafından olgunun klinik durumunun ciddiyeti gözönüne alınarak gerçekleştirilmektedir. Pediatrik acil servislere başvuran olguların aciliyet önceliğinin belirlenmesi amacıyla kullanılabilirdiği gibi; çok fazla kişinin etkilendiği ve afet olarak adlandırılan durumlarda daha etkili bir bakım vermek amacıyla, etkilenenlerin sınıflandırılması için de kullanılmaktadır. Etkili bir acil servis yönetimi olgulara uygun triyaj skalasını sunup gereksinimlerine göre tedavi edilmesi anlamı taşır. Bu sistem ile olgular gereksinimleri ve öncelikleri doğrultusunda düzenli bir şekilde tespit edilip değerlendirilir. Süreç sonunda olgular triyaj sahasından geçerek kendilerine uygun tetkik ve tedavilerin uygulanacağı yerlere transfer edilirler. Acil servis hizmetine gereksinimi olmayan çocukların hemen taburcu, olanların ise hemen ilgili tedavi ünitesine yönlendirilmesini sağlayacak bir sistem gerekmektedir. Triyaj başarısı ise optimal fiziksel şartların sağlanması, donanımlı bir ekipman ve deneyimli yardımcı sağlık personeli ile mümkündür. Pediatrik acil servislerde triyaj skalası, olgunun acil servise vardığı andan hekim tarafından değerlendirilmesine kadar geçen zaman ile ilişkilidir. Bunun nedeni tetkik ya da tedavi ile ilgili olan tüm kararların hekim olguyu değerlendirene kadar başlamamasıdır. Etkili bir triyaj sisteminde acil servislerde bekleme süresi ve aile/olgu anksiyetesi az, memnuniyeti ise fazla olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Triyaj; acil servis; hastane, pediatrik

ABSTRACT Triage is originally a French word which is describing a process in which things are ranked in terms of importance or priority. Triage in the simplest term is the sorting or prioritizing of patients. Some form of triaging has been in place, formally or informally since the first Emergency department (ED) opened. In some instances triage occurs at registration and in others specifically trained health care providers perform it after registration. Triage is mainly used in hospital emergency rooms, on battlefields, and at disaster sites when limited medical resources must be allocated. Efficient management of an ED requires a team of providers capable of correctly identifying patients needs, setting priorities and implementing appropriate treatment, investigation and disposition. As needs or expectations for rapid access to care change, EDs are frequently challenged to do more for the "system" than they have either been structurally designed for or have been staffed or equipped to accomplish. The primary objective of the triage scale is related to the time to see a physician. This is because most decisions about investigation and initiation of treatment do not occur until the physician either sees the patient, or has the preliminary results necessary to recommend a course of action. An efficient triage system should reduce client anxiety and increase satisfaction by reducing length of stay and waiting times in the emergency department.

Key Words: Triage; emergency medicine; hospitals, pediatric

Triyaj, Fransızca'dan gelen, kökeni trier olan; ayıklamak, ayırmak anlamına gelen bir kelimedir. En basit tanımıyla acil servislerde triyaj, olguları aciliyet önceliğine göre sıraya dizmek demektir. Acil servislere başvuran olguların aciliyetinin belirlenmesi amacıyla kullanılabilirdiği gibi; çok fazla kişinin etkilendiği ve afet olarak adlandırılan durumlarda daha etkili bir bakım vermek amacıyla, etkilenenlerin sınıflandırılması için de kullanılmaktadır.¹ Acil servislerin tarihinde de triyaj sistemlerinin düzensiz de olsa işlediği tanımlanır. Bu, bazen sadece kayıt sırasındaki önceliğe göre yapılırken bazen de bu konuda eğitilmiş yardımcı sağlık personeli tarafından olgunun klinik durumunun ciddiyeti gözönüne alınarak gerçekleştirilmektedir.

Pediatik triyaj protokolleri acil servise başvuran olgunun hastalığının ciddiyetine göre oluşturulmaktadır. Hastalığın ciddiyeti ise şu parametrelerin değerlendirilmesi ile saptanır; subjektif semptomlar, başvuru yakınmaları, fizik muayene bulguları ve vital bulgular.

Pediatik acil serviste etkili bir yönetim, triyaj konusunda bilinçli sağlık personeline sahip olmanın geçer. Bu sistem ile olgular gereksinimleri ve öncelikleri doğrultusunda düzenli bir şekilde tespit edilip değerlendirilir. Süreç sonunda olgular triyaj safhasından geçerek kendilerine uygun tetkik ve tedavilerin uygulanacağı yerlere transfer edilirler. Acil servis hizmetine gereksinimi olmayan çocukların hemen taburcu, olanların ise hemen ilgili tedavi ünitesine yönlendirilmesini sağlayacak bir sistem gerekmektedir.

Her ne kadar triyaj kategorisi başvuru yakınlmasına göre yapılmaktaysa da, bazı istisnai durumlarda deneyimli sağlık personeli sınıflamayı değiştirebilir. Olguda mevcut genel durum bozukluğu ve bazı parametrelerde bozulma (vital bulgular, oksijen saturasyonu, ağrı skalası ve ilişkili semptomlar) olması durumunda kategori bir üste çıkarken tersi durumlarda ise bir alt seviyeye iner. Bazı hastalık grupları 3-4 triyaj kategorisinde görülürken (kafa travması, astım, göğüs ağrısı ve psikiyatrik hastalıklar) eşlik eden semptomatoloji ve risk faktörlerinin artması (altta yatan hastalık, visceral göğüs ağrısı, diğer risk faktörlerinin varlığı)

ile hemen girişim gerektirecek düzey olan 1. düzeye yükselebilir.²

Triyaj düzeyi düşük olan olgularda istenmeyen olayları önlemek amacıyla belli bir zaman dilimi sonrasında düzeyin 1 derece yükseltilmesi gerekmektedir. Örneğin; triyaj V skoruna sahip olan bir olgu eğer 2 saat beklemiş ve henüz muayene olma şansı yakalayamamışsa IV. düzeye yükseltilmelidir. Olguların acil servisteki bekleme süreleri esnasında hastalıklarının ilerleyebileceği gözönünde bulundurularak bu işlem yapılmalıdır. Sonuç olarak klinik durumlar ile başlangıçta belirlenen triyaj sınıflaması kesin ve katı bir kural değildir. Elektronik izleme sistemleri ile bu değişiklikler rahatça uygulanabilir. Hastalığın aciliyetinin doğruluğu ise triyaj kategorisi, çıkış tanısı, uygulanan prosedürlerle ilgili bilgiler ve hastanede kalış süresinden oluşan kombinasyonun değerlendirilmesi ile test edilebilir.

ACİL SERVİSTE TRIYAJIN AMAÇLARI

1. Çok acil ve hayatı tehdit eden durumlara mümkün olan en kısa sürede müdahale edilmesi,
2. Acil servise başvuran olguların tanı ve tedavileri için en uygun yerin belirlenmesi,
3. Acil servisteki hasta yığılmasının önüne geçilmesi,
4. Olguların sürekli değerlendirmelerinin yapılması,
5. Olgular ve ailelerine hastalık durumları ve bekleme süreleri ile ilgili bilgilerin sunulması,
6. Olguların hangi servise yönlendirileceği ile ilgili ilk verilerin toplanması.

Çocukların doktor tarafından hızlıca değerlendirilmesi bir yandan aile ve olgu memnuniyeti açısından önem arz ederken, diğer yandan da olguların doğru ünitelere yönlendirilmesine en kısa sürede olanak tanıyacaktır. Etkili bir triyaj sisteminde acil servislerde bekleme süresi ve aile/olgu anksiyetesi az, memnuniyeti ise fazla olmalıdır.³

Triyaj protokolü ve uygulamalarını oluştururken aşağıdaki faktörler dikkate alınmalıdır;

1. Başvuran olgu sayısı,
2. Hızlı girişim veya tedavi gerektiren olgu sayısı (triyaj düzeyi 1 ve 2 olanlar),
3. Sağlık hizmetini verecek kişilerin yeterliliği ve uygunluğu,
4. Acil servislerden ilgili birimlere yönlendirilecek olgular için servis uygunluğu,
5. Adli, idari ve çevresel sorunlar,
6. Taburculuk sonrası aile hekimi ve /veya izlenecek birimin yeterliliği,
7. Elektronik veri kayıtlarının kullanılabilirliği.

Her acil servis birimi, kendi triyaj protokollerini herkesin anlayabileceği bir dille ve görebileceği bir yerde afişlerle göstermelidir.

TRİYAJ PERSONELİNİN ROLÜ

Triyajı yapacak kişinin her zaman triyaj odasında veya bekleme salonunda bulunması gerekmektedir. Aile ve çocuklara sıcak ve empati kurarak saygı çerçevesinde yapılacak bir yaklaşım triyajın temel yapı taşı oluşturur. Hızlı bir vizüel değerlendirme ile hastalığın ciddiyeti belirlenip dokümanite edilir. Olgular uygun triyaj kategorisine konulduktan sonra eğer gerekiyorsa acil tanı ya da tedavi için ilgili birime, gerekmiyorsa da bilinçlendirilip taburculuğu yapılmak üzere çıkışa yönlendirilmelidir. Aile ve olgular olabilecek tüm gecikmelerden haberdar edilmelidir. Bekleyen olgular gerekirse tekrar tekrar değerlendirilmeli ve en ufak bir genel durum değişikliğinin triyaj hemşiresine bildirilmesi öğütlenmelidir.

Triyaj kategorisinin doğruluğu aşağıdaki faktörlere bağlıdır;

- Triyaj personelinin eğitim ve deneyimi,
- Yakınma ve bulguların doğru tanımlanması,
- Uluslararası triyaj protokollerine uygun olması.

Tüm başvuran olguların triyaj kategorileri mutlaka acil muayene kartlarına yazılmalıdır (ambulansla gelen olgular dahil). Eğer triyaj hemşiresi aynı anda 3'ten fazla 1. düzey triyaj kategorisi belirlerse bunların hangisinin ilk olarak tedavi edilmesi gerek-

tiğine sorumlu doktor karar vermelidir.⁴ Bekleme salonunda bulunan bir olguda genel durum bozulması ya da yakınmalarının tamamen gerilemesi triyajın dinamik bir süreç olduğunun göstergesidir.

TRİYAJ SÜRECİ

1. Acil servise başvuran her olgunun triyaj değerlendirmesi başvurudan sonraki ilk 10 dakika içinde gözle de olsa mutlaka yapılmalıdır. Triyaj değerlendirmesini yapacak hemşirenin en geç 2 dakikalık süreç içinde düzeyi belirlemesi gerekmektedir. İlk değerlendirmede çok kısa bir anamnez mutlaka yazılmalıdır. Amaç, ailenin ve olguların bir sağlık personeli tarafından acil serviste mümkün olan en kısa sürede ön değerlendirilmeden geçirilmesidir.⁵
2. Triyaj odasında tam bir muayene, bekleme odasında görülmeyi bekleyen olgu olduğu sürece yapılmamalıdır. Triyaj düzeyi ve alınabilen bilgiler yazılmalıdır.
3. Tüm olguların triyajı yapıldıktan sonra 4. ve 5. düzeyler bekleme odasına geri gönderilirken triyajı yapılacak olgu olmaması halinde diğer acil olguların tam değerlendirilmesi yapılmalıdır.
4. Olguların tedavi öncelikleri ya tam değerlendirme sonrası ya da semptom ve bulgulara göre belirlenir. Adli ve idari işlemlerde ilk triyaj değerlendirmesi gözönünde bulundurulmalıdır.
5. Triyaj 1. ve 2. düzeye sahip olan olguların değerlendirmeleri hızla yapıp ilgili birime ve doktora tedavi amaçlı yönlendirilmelidir.

TRİYAJ DEĞERLENDİRMESİ

İki-beş dakikalık görüşme tam bir muayene olmalıdır.^{6,7} Triyaj değerlendirmesinin sağlıklı yapılabilmesi için aşağıdakilerin yapılması gerekmektedir:

1. Ana yakınma;
2. Ana yakınmanın değerlendirilmesi;
 - a) Subjektif (başlangıç, gidiş, süre),
 - b) Objektif (bu değerlendirme direkt triyaj kategorizasyonunu etkiler ve hemen girişim gerektiren bir durum ise de ilgili bi-

TABLO 1: İlk muayene sonrası hastaların tekrar değerlendirilmesi için gereken sürenin triyaj düzeyine bakılarak gerçekleştirilmesi.

Düzye 1	Düzye 2	Düzye 3	Düzye 4	Düzye 5
Sürekli	15 dakikada bir	Saatte bir	Saatte bir	2 saatte bir

rime hemen gönderilir), fiziksel görünüm, deri rengi, aktivite, solunum sıklığı, tüm vital bulgular,

c) Ek bilgiler; allerji olup olmadığı ve kullanıldığı ilaçlar.

TEKRAR DEĞERLENDİRME

İlk muayene sonrası olguların tekrar değerlendirilmesi için gereken süre triyaj düzeyine bakmak suretiyle gerçekleştirilir (Tablo 1).

Olguların bazal düzeylerine göre daha da kötüye gitmediğinden emin olmak için bu değerlendirmelerin mutlaka yapılması gereklidir.⁸

AĞRI SKALASI

Triyaj kategorizasyonunu belirleyen en önemli kriterlerden biri de ağrı skalasıdır. Ağrı şiddeti 8/10 olan olgularda bu yakınmasını arttıracak manevra veya işlemlerden mümkün olduğunca kaçınılmalıdır. Ağrı şiddetinin tanımlanması istenirken, olgunun hayatı boyunca yaşadığı en şiddetli ağrı ile karşılaştırması belirtilmelidir.

TRİYAJ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

DÜZEY 1: ÇOK ACİL-RESÜSİTASYON-KIRMIZI

Agresif girişim ve tedavi gerektiren, giderek genel durumunun bozulacağı düşünülen hayatı tehdit eden durumlardır. Doktor tarafından hemen görülmesi gereken yegane olgu grubudur.

Aşağıdaki klinik durumlarda olgular düzey 1 olarak sınıflanmalıdır;

1. Kardiyak ve/veya pulmoner arrest,
2. Majör travma; çoklu organ travması, GKS < 10 olan kafa travmaları, ağır yanık (> %25 yanık ya da hava yolu güvenliği sağlama amaçlı), torakoabdominal travma ve aşağıdakilerden biri; bilinç bulanıklığı, hipotan-

siyon, taşikardi, çok şiddetli ağrı ve solunumsal problemler,

3. Şok durumları; oksijen desteğinin (kardiyojenik, pulmoner, kan kaybı) gereksinimi (hiperdinamik durumlar) ya da kullanımı (sepsis sendromu) ile olan inbalans,
4. Bilinç kaybı; zehirlenmeler, santral sinir sistemi (SSS) olayları, konvülsiyonlar ve metabolik bozukluklar,
5. Ağır solunum sıkıntısı; sadece dışlanarak tanısı konulabilen benign solunum sıkıntısı yaratan nedenler vardır. İntrakraniyal olaylar, pnömotoraks, ağır astım ve bronşiyolit atağı (konuşamama, siyanoz, konfüzyon, taşikardi/bradikardi, SaO₂ < 90), diyabetik ketoasidoz, anafilaksi, konjestif kalp yetmezliği. Bu grup olgular hemen ABC açısından değerlendirilmeli ve gereken girişimler yapılmalıdır.

Bu grup için tipik olgular; uyarana yanıtız, anormal ya da alınamayan vitaller, ağır dehidratasyon ve ağır solunum sıkıntısı olanlardır.

DÜZEY 2: ACİL-TURUNCU

Hayatı tehdit etme potansiyeli olan ve hızla tedavi ve girişim gerektiren tıbbi durumlar. Bu gruptaki olgular acil servise girişlerinden sonraki ilk 15 dakika içinde hekim tarafından değerlendirilmelidir. Bu durumlar aşağıdaki gibi özetlenebilir:

1. Bilinç bulanıklığı; enfeksiyöz, inflamatuvar, metabolik hastalıklar, travmatik, iskemik ve toksik nedenler basit bir kognitif defisitten komaya kadar olan yelpazede bilinç değişikliğine zemin oluşturabilir. Tüm yaş gruplarında akut bilinç değişikliği ile başvuran olgularda kan şekeri bakılmalıdır. Küçük çocuklarda beslenme sorunları ve irritabilite ciddi bakteriyel enfeksiyon ya da dehidratasyonu akla getirmelidir.
2. Kafa travması; cerrahi girişim gerekebilecek, hava yolu güvenliği sağlanması gereken, travma sonrası kusma ve baş ağrısı gelişen, GKS < 13 olup da bilinç bulanıklığı olan olgular.
3. Şiddetli travma; tek ya da çok organlı stabil vital bulguları olan olgular.

4. Yenidoğanlar; < 7 günlük hiperbilirubine mi, sepsis, tanı konmamış konjenital kardi-yopati açısından riskli olgulardır. Aileler çok panik halde başvurduklarından vizüel de olsa hekim tarafından görülmelidir.
5. Göz ağrısı; 8-10/10 şiddetinde olan ağrılar genellikle alkali ya da aside maruziyet sonra-sı gelişir ve bulanık görme ile gözyaşı en önemli özelliklerdendir. Bu olguların gözle-ri yıkanmalı (asit için 15, alkali için ise 30 dakika) ve topikal analjezik uygulanmalıdır.
6. Göğüs ağrısı; nontravmatik visseral ağrısı (birkaç saniyeden daha uzun ve hemen her zaman 2.5 dakikadan daha fazla süren ba-sınç, sıkıştırıcı ve yanma tarzında) olan ol-gular akut koroner sendrom açısından tetkik edilmelidir. Eğer ağrı kola, çeneye ve sırta yansıyor ya da bulantı, kusma, nefes darlığı da eşlik ediyorsa olasılık daha da yük-selir. Ani iğne batır tarzda kesici ağrı ise da-ha çok göğüs duvarı problemleri ya da bazen de pulmoner emboli, aort disseksiyo-nu, pnömotoraks ve pnömoni gibi klinik durumlara işaret eder. Normal vital bulgular eşliğinde şiddetli olmayan iğne batır tarzda ağrı palpasyonla artar veya öksürük ve po-zisyon ile de uyarılırsa triyaj düzeyi 3 veya 4 olarak kabul edilmelidir.
7. Zehirlenmeler, aşırı ilaç alımları; bu tarz ol-gular anormal vital bulgular ve bilinç bula-nıklığı olması durumunda 5 dakikadan daha kısa bir süre içinde görülmelidir. Maddenin uzaklaştırılması, absorpsiyonunun azaltıl-ması, monitörizasyon ve gerekli antidotun uygulanması gibi nedenlerle erken değer-lendirilmelidir.⁹
8. Karın ağrısı; tek başına ağrının şiddeti cerra-hi ya da dahili bir durum olduğunu belirle-yemez. Şiddetli ağrı anormal vital bulgularla birlikte ise apandisit, obstrüksiyon, perfo-rasyon gibi acil cerrahi durumları akla ge-tirmelidir. Eşlik eden semptomatolojiye göre düzey belirlenmelidir.
9. Gastrointestinal sistem (GİS) kanamaları; üst GİS kanamalarının instabiliteye neden olma olasılığı fazladır. Kahve telvesi renginde ya da taze kanlı kusma ile melena daha çok üst GİS kanamasını akla getirmelidir. Kestane rengi, koyu ve kırmızı renkli dışkılama da üst GİS kanamadan kaynaklanabileceği gibi, temelde alt GİS kanamaları düşündürmeli-dir. Çok hızlı instabiliteye neden olabilece-ği düşünüldüğünde vital bulguların tekrar tekrar değerlendirilmesi gerekmektedir.
10. Serebrovasküler hastalıklar; nörolojik defi-sit hava yolu güvenliğini sağlama ya da acil nöroradyolojik görüntüleme gerektirebilir. Bu şekilde trombolitik, antikoagülan, cer-rahi girişim ya da prognoz belirlenebilir.
11. Astım ve bronşiyolit; spirometride bekle-nen FEV₁ değerinin %40'ın altında olması ya da 6 yaşından küçük çocuklarda SaO₂ < 90 olması.
12. Nefes darlığı; yaş, anamnez ve fizik mua-yene ile ciddiyet anlaşılabilir. Klinik olarak solunum skoru yüksek olguların hemen akut tedavi birimine gönderilmesi gere-kir.
13. Anafilaksi; atopik ve allerjik astımlı çocuk-larda değerlendirme sonrası epinefrin veri-lerek biraz daha zaman kazanılabilir.
14. Vajinal kanama, akut pelvik abdominal ağ-rı; gebelik ile ilişkili diğer semptomlar araş-tırılmalıdır. Ağrı orta şiddette bile olsa (4-7/10) anormal vital bulgular varlığında hemen damar yolu açılmalı ve hekim tara-fından görülmesi sağlanmalıdır.
15. Ciddi enfeksiyonlar; genel durumu bozuk ve en az bir anormal vital bulgusu olan cid-di bakteriyel enfeksiyon veya sepsis düşü-nülen olgular bu grupta değerlendirilir.
16. Üç aydan küçük ve vücut ısısı $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ço-cuklar.
17. Herhangi bir yaşta letarji ile birlikte ateş hızla değerlendirilmelidir.
18. Letarji, iyi beslenememe ve kusma hızla de-ğerlendirilmelidir.
19. Kusma ve ishal; dehidratasyon açısından önemlidir.

20. Akut stres ve aşırı ajitasyon; metabolik bozukluk, zehirlenme gibi diğer organik nedenler dışlanmalıdır. Psikiyatrik bozukluk tanılı bir olgu ise ilgili birime haber verilmelidir.
21. Diabetes mellitus; kan şekeri bakılarak hızla değerlendirme yapılmalıdır.
22. Hipertansiyon ya da hipotansiyon; renal kaynaklı değilse hemen hekime haber verilmelidir.
23. Baş ağrısı; çeşitli triyaj düzeylerinde görülebilir. Subaraknoid, epidural, subdural kanamalar ve meningoensefalit gibi bulgular olgularda bazen bir migren atağı ile örtüşebilir. Etiyolojiye yönelik kritik sorularla düzey anlaşılmaya çalışılır. Bilinç durumu, bulantı-kusma, ense ile ilgili yakınmalar anahtar sorulardır. Hızlıca gelen ve 5-30 dakika süren nöbetler migren için klasiktir.
24. İstismar; hayati önem taşımasa da multidisipline yaklaşım gerektirmektedir.
25. Kemoterapi alan olgular; genel durumun bozulması hızlıca oluşabilir. Yakın izlem ve gerekirse kan sayımlarının yapılması gerekir.
26. Deliryum; bağımlı olduğu bilinen bir olguda halüsinasyon, konvülsiyon, ajitasyon, taşikardi, hipertansiyon ve ishal deliryumu akla getirilmelidir.

DÜZEY 3: HEMEN-YEŞİL

Hayatı tehdit eden duruma ilerleyebileceği düşünülen ve hızlı tedavi gerektirebilecek olgular bu grupta toplanmalıdır. Günlük yaşam kalitesini etkileyen ve aktivitelerin yapılmasını güçleştiren klinik durumları olan olgulardır.

Hekim, bu gruptaki olguları girişten sonraki ilk 30 dakika içinde değerlendirmelidir. Bu durumlar aşağıdaki gibi sınıflanabilir;

1. Kafa travması; GKS 15, orta şiddette ağrı, bulantı ve kusması olan olgulardır. İzlemede kötüleşme olursa düzey 2'ye yükseltilmelidir.

2. Orta şiddette travma; burkulma ya da kırık olması durumunda vital bulgular stabiles olguya analjezik verilerek görülmesi geciktirilebilir. Dislokasyonlara hemen müdahale edilmelidir.
3. Orta derecede solunum sıkıntısı; SaO₂ ölçümü ve FEV₁ ile ciddiyet değerlendirilebilir.
4. Göğüs ağrısı; batıcı ve keskin ağrı.
5. GİS kanaması; vitalleri stabil ve aktif kanaması olmayan olgular 30 dakika içinde değerlendirilir. Her an kötüleşebileceği düşünülmelidir.
6. Konvülsiyon; epilepsi olgusunda ya da yeni başlangıçlı ve < 5 dakikadan daha kısa süren ilk nöbeti olan olgular bu grupta yer alır.
7. Akut psikotik reaksiyon ya da suisidal girişim; gerekli girişim yapılır ve ilgili birime gönderilir.
8. Akut orta dereceli ve şiddetli ağrı; renal kolik, sırt ağrısı, migren (4-10/10).
9. Kusma ve ishal; ≤ 2 yaş ve vitalleri stabil olan olgulardır.
10. Diyaliz ve transplant olguları; sıvı dengesi ve metabolik bozukluk çok hızlı gelişebilir. Bu da kardiyak ritm sorunlarına yol açabilir.

DÜZEY 4: YARI ACİL-MAVİ

Olguya 1-2 saat içinde acil serviste yapılacak girişim ya da önerilecek tedaviler sonucunda hastalığın ilerlemesinin önüne geçileceği ve komplikasyonların önleneyeceği durumlar. Bu gruptaki olgular hekim tarafından triyaj sonrasındaki ilk 1 saat içinde değerlendirilmelidir.

Bu düzeye uyan klinik durumlar aşağıdaki gibi özetlenebilir:

1. Kafa travması; travmadan sonraki ilk 4-6 saatte asemptomatik olan çocuklar.
2. Minör travma; orta şiddette ağrıya neden olan laserasyonlar, abrazyon ve yaralanmalar.
3. Orta şiddette karın ağrısı; olası en kötü tanının düşünülüp araştırılması gerekir. Kons-

tipasyonun akut batını taklit edebileceği akıldan çıkarılmamalıdır.

4. Baş ağrısı; eşlik eden semptomatoloji üst solunum yolu enfeksiyonu ya da sinüzit ile uyumlu, vital bulguları stabil ve orta şiddette bir ağrının olduğu durumlarıdır.
5. Kulak ağrısı; orta ve dış kulak yolu enfeksiyonları 4-10/10 şiddetinde ağrılara neden olabilir. Triyaj aşamasında bu tür olgulara analjezik uygulanmalıdır. Şiddetli bir ağrı ve akut distres durumlarında olgular düzey 3 olarak belirlenmelidir.
6. Göğüs ağrısı; keskin, batıcı ve göğüs duvarına ait patolojilerde ortaya çıkan bir ağrıdır. Bu olgularda vitaller stabil ve genel durum çok iyidir.
7. Depresyon ve suisidal düşünceler; stabil vitaller ile olgu mümkünse sessiz bir ortamda izlenmelidir.
8. Korneada yabancı cisim; hafif ya da orta şiddetli ağrılarda görme etkilenmemişse olgular bu düzeyde kabul edilir.
9. Kronik sırt ağrısı.
10. Üst solunum yolu enfeksiyonu bulguları; burun akıntısı ya da tıkanıklığı, ateş yüksekliği, boğaz ağrısı, öksürük olması durumunda olgular düzey 4, çok küçük olmaları durumunda ise düzey 3 olarak kabul edilir. Solunum sıkıntısı olan durumlarda düzey için SaO₂ bakılır.
11. Dehidratasyonsuz ishal ve kusma; küçük çocuklarda (> 2 yaş) son 1 gün içerisinde 5, büyük çocuklarda ise 10'dan daha fazla dışkılama olmadıkça dehidratasyon bulgularının gelişmesi beklenmez. Son 24 saat içinde > 5 dışkılama ve > 10 kez kusma olgulardaki triyaj düzeyini 2 veya 3'e çıkarmayı gerektirir.

DÜZEY 5: ACİL DEĞİL-BEYAZ

Akut, ancak acil olmayan ya kronik bir hastalığın bir komponenti ya da geciktirilse de acil bir duru-

ma ilerlemeyeceği düşünülen olgu grubudur. Bu gruptaki olgular ilgili polikliniklere yönlendirilmelidir.

Acil serviste bu tür olgular 2 saat ya da daha fazla bekletilebilir.

Düzye 5 için uygun klinik bulgular;

1. Minör travma; abrazyon, laserasyon, tendinit, kontüzyon, aşı reaksiyonları analjezik önerilerek gönderilebilir.
2. Üst solunum yolu enfeksiyonu bulguları; vücut ısısı < 39^o olan, solunum sıkıntısı olmayanlar ve viral ateşli hastalıklar grubu.
3. Karın ağrısı; kronik ve tekrarlayan orta şiddette karın ağrıları.
4. Dehidratasyonsuz sadece kusma ya da sadece ishal; iki yaşından büyük normal vitaller.
5. Psikiyatrik hastalıklar; tekrarlayan kronik depresif ataklar.

Önemli ipucu; eğer olgular kötü görünümde ise düzeyden emin olunamıyorsa, mutlaka düzey 1 ya da 2 olarak kabul edilmelidir.

Tablo 2'de bazı klinik durumların acil triyaj değerlendirmelerinden örnekler özetlenmiştir.

TRİYAJ ODALARININ DÜZENLENMESİ

Olguların ilk değerlendirileceği yer olması nedeni ile bu odalar son derece önemlidir, bu yüzden gerektiği şekilde donatılmalı ve organize edilmelidir. Kapılarda tekerlekli sandalye ve sedye daima bulundurulmalıdır.⁴

Her ne kadar triyaj düzeylerinin kesin ve katı kuralları olmasa da, tüm acil servislerde uygulanacak standardize triyaj protokollerinin ve eğitilmiş personelin sağlık hizmeti kalitesini arttıracacağı kesindir. Artan hizmet kalitesi yanında olgular öncelik sırasına göre değerlendirileceği için kurtarılan yaşamlar daha fazla olacaktır. Gelişmekte olan ülkelerde acil servislerde triyaj sistemlerinin hızla oluşturulması ve yaygınlaştırılması gerekmektedir.

TABLO 2: Bazı klinik durumların acil triyaj değerlendirilmesi.

Triyaj düzeyi	Klinik durum
1	<ul style="list-style-type: none"> ■ Şok ■ Solunum yetmezliği ■ Koma ■ Arrest ■ Konvülsiyon ■ Ağır solunum sıkıntısı ■ Bilinç kaybı ■ Ağır yanıklar ve travma
2	<ul style="list-style-type: none"> ■ Orta/ağır solunum sıkıntısı ■ Bilinçte dalgalanma ■ Dehidratasyon ■ < 3 ay çocuklar ve > 38°C ateş ■ Toksik madde alımı ■ Nöbet (postiktal) ■ Diyabetik ketoasidoz ■ Peteşi, purpura ■ İstismar ■ Açık kırık ■ Testiküler ağrı ■ Nörovasküler komponentleri içeren ortopedik yaralanma
3	<ul style="list-style-type: none"> ■ Alert, hidrasyonu normal ve oryante çocuk ■ 3 aydan büyük çocuklar ve > 38.5°C ateş ■ Hafif solunum sıkıntısı ■ < 1 ay infant ■ Basit yanık, kırık, kafa travması, suisid düşüncesi ■ Nöbet öyküsü ■ Solunum sıkıntısı olmaksızın pnömoni ■ Kafa travması
4	<ul style="list-style-type: none"> ■ > 2 yaş dehidratasyonsuz ishal ve kusma ■ Basit burkulma ve yaralanmalar ■ Kulak, boğaz ağrısı ve burun tıkanıklığı ve yüksek ateşi olan çocuklar ■ Asemptomatik kafa travması
5	<ul style="list-style-type: none"> ■ Stabil vital bulguları olan oryante ve afebril çocuklar ■ Dehidratasyon olmaksızın yalnız ishal veya kusması olan çocuklar ■ Triyaj sonrası taburculuk dışında işlem yapılmayacak olgu grubu

KAYNAKLAR

1. Tracy Lees RN. Sheehy's Emergency Nursing, Principles and Practice. 5th ed. Accident and Emergency Nursing 2004;12:125-9.
2. Murphy K. Textbook of Pediatric Triage Guidelines. 1st ed. St. Louis: Mosby; 1997: p.2-11.
3. Hohenhaus SM, Frush KS. Pediatric patient safety: common problems in the use of resuscitative aids for simplifying pediatric emergency care. J Emerg Nurs 2004;30(1):49-51.
4. Hohenhaus SM. Is this a drill? Improving pediatric emergency preparedness in North Carolina's emergency departments. J Emerg Nurs 2001;27(6):568-70.
5. Romig LE. Pediatric triage. A system to Jump-START your triage of young patients at MCIs. JEMS 2002;27(7):52-8, 60-3.
6. American Academy of Pediatrics. Pediatric Education for Prehospital Professionals. Elk Grove Village, IL: Jones and Bartlett; 2002.
7. Murray M, Bullard M, Grafstein E. Revisions to the canadian emergency department triage and acuity scale implementation guidelines. CJEM 2004;6(6):421-7.
8. Considine J, LeVasseur SA, Charles A. Development of physiological discriminators for the Australasian Triage Scale. Accid Emerg Nurs 2002;10(4):221-34.
9. Bernardo L, Lesniak D. Ethical and legal issues. In: Thomas DO, Bernardo LM, eds. Core Curriculum for Pediatric Emergency Nursing. 3rd ed. Boston; Jones and Bartlett; 2003. p. 387-98.