

ÇOKLU TRAVMA

Dr. Ayça Açıkalın Akpınar

Hastane öncesi alandan, acil servise taşınan çoklu travma hastasının yönetim basamakları aşağıda belirtilmiştir.

- Hazırlık
- Travma Triajı
- Birincil bakı-(ABCDEFG)
- Resusitasyon
- İkincil bakı (Tepeden tırnağa)
- Tanısal çalışmalar
- Devamlı takip/sık değerlendirme
- Kesin tedavi ve bakım

ÇOKLU TRAVMA HASTASINDA BİRİNCİL BAKI

Ani ve yaşamı tehdit eden çok acil durumları saptayabilmek için sistematik algoritmik yaklaşımdır. Çoklu travmalı bir hastada ilk bakı yönetim ve muayene, her zaman hava yolu ile başlayarak sistematik bir şekilde, solunum ve dolaşımın değerlendirilmesi ile devam edilmelidir. Hastanın olay yerinde servikal stabilizasyonu sağlanmalı, sağlanmamışsa havayolu değerlendirilirken servikal stabilizasyon sağlanmış olmalıdır.

- **A (Airway):** Güvenli havayolu açıklığının sağlanması, **C,** (Servikal stabilizasyon sağlanmış olmalı)
- **B (Breathing):** Solunum ve ventilasyon
- **C (Circulation):** Dolaşım ve kanama kontrolü
- **D (Disability):** Kısa nörolojik değerlendirme
- **E (Exposure):** Hastanın tamamen soyulması **E (Environmental): Çevre** güvenliği
- **F (Foley):** Foley sonda
- **G (Gastrik):** Gastrik sonda (N/G)

A (Airway) Hastanın kliniği ne olursa olsun öncelikle hastanın havayolu açıklığı değerlendirilmelidir. Ağız içi bakısında, yabancı cisimler varsa temizlenir, takma dişler veya çıkmak üzere olan sallanan dişler alınır ve saklanır. Kanama varsa kontrol edilmeye çalışılır. Ağız içi sekresyonlar aspire edilerek oksijenizasyon sağlanır. Hasta endotrakeal entübasyon (ETE) gerekliliği açısından değerlendirilmelidir. Bilinci kapalı, dil kökü basısı olan hastalarda, çene itme manevrası kullanılmalı, airway yerleştirilme-

miyokard enfarktüsü, epilepsi, inme gibi yandaş patolojilerin eşlik edebileceği düşünülmelidir.

F (Foley Sonda) Genel olarak neredeyse tüm çoklu travmalı hastalara idrar sondası takılması planlanmalıdır. Şok takibi açısından saatlik idrar miktarı iyi bir göstergedir. Aynı zamanda genitoüriner sistem yaralanmalarında hematüri varlığının tespitini sağlar. Fakat takılmaması gereken durumlar iyi bilinmelidir. Eğer hastanın travma sonrası, üretradan aktif kırmızı kanama, perinede kelebek tarzı hematom, prostat yüksekte yada palpe edilemiyorsa foley sonda takılmamalı, olası üretra yaralanması retrograd ürografi çekilerek dışlandıktan sonra karar verilmelidir.

G (Gastrik Sonda) Travma sonrası nazogastrik sondanın, hastanın gastrik içeriğinin boşaltılması, akut gastrik dilatasyonun önlenmesi, üst gastrointestinal yaralanmalara bağlı kanamayı göstermesi açısından, takılması düşünülmelidir. Maksillofasiyal yaralanma, orta yüz kırıkları, burun kırığı, kanama diatezi olan hastalarda kontrendikasyon oluşturabileceği unutulmamalıdır.

Sonuç olarak, çoklu travmalı hastalarda,

- A(HAVAYOLU): Havayolu açıklığı yeterli mi? Entübasyon gerekiyor mu? Cerrahi hava yolu gerekiyor mu?
- B(SOLUNUM): Ölümcül toraks travması var mı? Tüp torakostomi, perikardiyosentez, acil torakotomi gereki yor mu?
- C(DOLAŞIM): Travmatik hemorajik şok varmı? Sıvı tedavisini izle, acil kan transfüzyonu gerekiyormu? Şok tedavisine yanıtını değerlendir (CVP, idrar miktarı, TA, Nb, kapiller dolum zamanı)
- Acil Cerrahi? İlgili konsültanlar bilgilendirilmeli

Bu sorular sorularak dinamik hasta yönetimi sağlanmalı, ikincil bakıya geçilmeli, ikincil bakıda tepeden tırnağa, sistem muayeneleri yapılmalıdır. Hastalardan tam ve eksiksiz hikaye (alerji, medikasyon, önceki hastalıkları, son yediği yemek saati, yaralanma öncesi olayi, tetanoz aşısı) ve muayene yapılarak (baş, boyun, thoraks, batın, pelvis, ekstremiteler) kesin tedaviyi sağlayacak konsültasyonlar istenmeli, gerekli radyolojik görüntülemelerin yapılması sağlanmalı, saptanan her bulgu eksiksiz olarak hasta dosyasına kaydedilmelidir.

Kaynaklar

1. http://pact.esicm.org/media/Multiple_trauma_Final_Version_4_Dec_2013.pdf
2. http://www.emed.ie/Trauma/Multiple/Approach.php
3. http://emedicine.medscape.com/article/434707-overview#a3, Initial Evaluation of the Trauma Patient, Updated: Feb 10, 2017, Author: David J Dries, MD; Chief Editor: John Geibel, MD, DSc, MSc, AGAF
4. Harris T, Davenport R, Hurst T, Jones J. Improving outcome in severe trauma: Trauma systems and initial management: intubation, ventilation and resuscitation. Postgrad Med J. 2012 Oct;88(1044):588-94. doi: 10.1136/postgradmedj-2010-74245.
5. Eric Gross, Marc Martel. Multipl Trauma, Part II, Trauma, Chapter 33, 243-252. Rosen's Emergency Medicine. Concepts and clinical practice. 7. Baskı, Edi: John A. Marx. Philadelphia, 2010 Mosby, Elsevier.
6. https://viaaerearcp.files.wordpress.com/2018/02/atls-2018.pdf