

Bölüm 30

KRANİYAL CERRAHİ GİRİŞİM DENEYİMLEYEN HASTANIN BAKIMI

Aylin AYDIN SAYILAN¹
Nurşen KULAKAÇ²

GİRİŞ

Sinir sistemine ilişkin cerrahi girişimlere “nöroşirurji” denilmektedir. Nöroşirurji; intrakraniyal, spinal ve periferik cerrahi girişimleri içermektedir. Sinir sistemine ilişkin cerrahi girişimlerin başarısında bakım çok önemli rol oynamaktadır. Günümüzde nöroşirurji hemşiresinin rolü; hastayı değerlendiren ve bu bulguları temel alarak, hemşirelik sürecini uygulayan kişi olarak tanımlanabilmektedir.

Kraniyal girişimler, tarih öncesi dönemlerde, bedenden kötü ruhları uzaklaştırmak için, daha sonraki dönemlerde çeşitli toplumlarda baş ağrıları ve kafa yaralanmalarını tedavi etmede uygulanmaktaydı. Modern nöroşirurjik teknikler, modern nöroşirurjinin babası olan Dr. Harvey W. Cushing tarafından ortaya konulan ilkelere dayanmaktadır. Son yıllarda geliştirilmiş olan mikrocerrahi teknikler ise, var olan cerrahi tekniklerin gelişmesine yol açmış, ve kafatası içindeki yapılara yeni yaklaşımlarla ulaşılmasını sağlamıştır. Örneğin; “transfenoidal yaklaşım (üst damak ve sfenoid kemik yoluyla kafa içine ulaşılması ve “translabirentin yaklaşım (mastoid kemikten, posterior fossaya ulaşılması)”.

Mikrocerrahi teknikler, bazı spinal girişimlerde de kullanılmaktadır. Beyindeki belli alanların, kesin olarak uyarılmasına ya da tahrip edilmesine olanak sağlayan “sterotaktik cerrahi gereçler” bulunmaktadır. Bu gereçler 1900’lü yılların başından beri kullanılmaktadır. Stereotaktik gereçler, hastanın başının standart bir pozisyonda tutulmasını sağlayan metal çerçevelerdir. Bu gereçler sayesinde, bir iğne, daha önceden hesaplanarak belirlenmiş beyin alanına ulaştırılabilmektedir. Problar yoluyla çeşitli ilaçlar verilip, gerektiğinde biyopsi alınabilmektedir.

Nöroşirurjik girişimler de, diğer cerrahi girişimler gibi, yapılan cerrahi yaklaşıma göre isim almaktadır. Örneğin; anterior, posterior, subtemporal. Kraniyotomiler (kafatasının cerrahi yolla açılması), belli yapılarla olan ilişkisine göre de

¹ Dr. Öğretim Üyesi, Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, aylinay_85@msn.com

² Öğr. Gör., Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, nrsnklkc@gmail.com

Nedenleri: Bilinç düzeyinde azalma, intrakraniyal basınç artışı, ameliyat sonrası dönemde istirahat endikasyonu, ameliyat sürecinde yaşanan yorgunluk

- Hemşirelik Tanısı: *Etkisiz Serebral Doku Perfüzyonu*

Nedenleri: İntrakraniyal basınç artışı, intrakraniyal hematoma,

- Hemşirelik Tanısı: *Duyusal ve algısal durumda bozulma*

Nedenleri: Cerrahi girişime bağlı duyu yolları, entegrasyon alanında etkilenme; bilinçte azalma; görme, işitme, tat alma ve koklamada yetersizlik

- Hemşirelik Tanısı: *Öz bakım eksikliği*

Nedenleri: Ağrı; hastalık sürecine bağlı algısal ve bilişsel aktivitede bozulma; fiziksel harekette bozulma

- Hemşirelik Tanısı: *Dengesiz Beslenme; Gereksinimden az beslenme*

Nedenleri: intrakraniyal basınçta artmaya bağlı fişkırrır tarzda kusma, hipotalamus/tat almadaki değişiklikler

KAYNAKÇA

1. Basali A, Mascha EJ, Kalfas I, Schubert A. (2000). Relation between perioperative hypertension and intracranial hemorrhage after craniotomy. *Anesthesiology*. 93(1):48-54.
2. Bose G, Luoma AMV. (2017). Postoperative care of neurosurgical patients: general principles. *Anaesthesia And Intensive Care Medicine* ;18:6 296-303
3. Cangemi DJ, Kuo B. (2019) Practical Perspectives in the Treatment of Nausea and Vomiting. *J Clin Gastroenterol* Volume 53, Number 3, March 2019
4. Chesnut R, Videtta W, Vespa P, et al. (2014). Intracranial pressure monitoring: fundamental considerations and rationale for monitoring. *Neurocrit Care* 21 (Suppl 2):S64-S84.
5. Jangra K, Kumari K, Panda NB, Samagh N, Luthra A. (2018). Postoperative nausea and vomiting in neurosurgical patients: Current concepts and management. *66(4)*:1117-1123
6. Jian M, Li X, Wang A, Zhang L, Han R, Gelb AW. (2014). Flurbiprofen and hypertension but not hydroxyethyl starch are associated with post-craniotomy intracranial haematoma requiring surgery. *Br J Anaesth*. 113(5):832-9.
7. Kanan, N. (2005). Perioperatif hemşirenin kişisel sorumluluğu. 4. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi Kongre Kitabı. Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 89-95.
8. Ladden, C. S. (1999). Concepts basic to perioperative nursing. Meeker, M. H, Rothrock, J. C. (Eds.). *Alexander's Care of the Patient in Surgery*. 11th ed., Mosby, St. Louis, 3-19.
9. LeMone, P, Burke, K. (2008). Nursing care of having surgery. *Medical-Surgical Nursing Critical Thinking in Client Care*. 4th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, Volume 1, 53-83.
10. Leslie K, Troedel S, Irwin K, Pearce F, Ugoni A, Gillies R, Pemberton E, Dharmage S. *Anesthesiology*. (2003). Quality of recovery from anesthesia in neurosurgical patients. *99(5)*:1158-65
11. Lv JQ, Feng RZ, Li N. (2013). P6 acupoint stimulation for prevention of postoperative nausea and vomiting in patients undergoing craniotomy: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 14:15
12. McGarvey, H. E., Chambers, M. G. A., Boore, J. R. P. (2000). Development and definition of the role of the operating department nurse: A review. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5): 1092-1100.
13. Morrison, J. D. (2000). Evolution of the perioperative clinical nurse specialist role. *AORN Journal*, 72(2): 227-232.

14. Nilsson I, Karlsson A, Lindgren L, Bergenheim T, Koskinen LO, Nilsson U.(2015). The efficacy of P6 acupressure with sea-band in reducing postoperative nausea and vomiting in patients undergoing craniotomy: A randomized, double-blinded, placebo-controlled study. *J Neurosurg Anesthesiol.* 27:42-50
15. Özbayır, T. (2010). Ameliyat dönemi bakım. Karadakovan, A., Eti Aslan, F. (Eds.). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım.* Nobel Kitabevi, Adana, 309-344.
16. Peón AU, Diccini S. (2005). Postoperative pain in craniotomy. *Rev Lat Am Enfermagen.* 13(4):489-95.
17. Phillips, N. (2007). *Neurosurgery of the brain and peripheral nerves.* Berry & Kohn's Operating Room Technique. 11th ed., Mosby Elsevier, St.Louis, 787-806.
18. Riker RR, Fugate JE. and Participants in the International Multidisciplinary Consensus Conference on Multimodality M. (2014). Clinical monitoring scales in acute brain injury: assessment of coma, pain, agitation, and delirium. *Neurocrit Care;* 21 (Suppl 2):27-37
19. Rocha-Filho PA, Gherpelli JL, de Siqueira JT, Rabello GD. (2008). Post-craniotomy headache: characteristics, behaviour and effect on quality of life in patients operated for treatment of supratentorial intracranial aneurysms. *Cephalalgia.* 28(1):41-8.
20. Salmaggi A, Simonetti G, Trevisan E, et al. Perioperative thromboprophylaxis in patients with craniotomy for brain tumours: a systematic review. *J Neurooncol* 2013; 113: 293-303.
21. Siegemund M., Luzius A. (2015). Postoperative care of the neurosurgical patient. *Steiner. Curr Opin Anesthesiol,* 28:487-493
22. Smith M. Neuromonitoring. *Anaesth Intensive Care Med* 2014; 15:155-60.
23. Subhas K., Smith M. Intensive care management after neurosurgery. DOI:10.1093/med/9780199600830.003.0369
24. Vacas S. and Van de Wiele B. (2017). Designing a pain management protocol for craniotomy: A narrative review and consideration of promising practices. *Surg Neurol Int.* 8: 291.