

KAFA TRAVMALARINDA HEMŞİRELİK YAKLAŐIMI

Dr. Sebahat ALTUNDAĐ

Hemşirelik yaklaşımının amacı;

Hastanın yaşamsal fonksiyonlarını destekleyecek, komplikasyonları önleyecek bakım girişimlerine, eğitime ve hastanın rehabilitasyonuna yer vermektir.

Öykü Alma

Yaralanmanın ciddiyetine bağlı olarak amnezi gelişebileceğinden, kafa travması şüphesi olan hastalarda sağlık öyküsü almak güç olabilir. Ciddi kafa travması geçiren hastalar, sıklıkla acil servise getirildiğinde konfüze ya da bilinçsizdir. Hastadan bilgi alınamadığında öykü, aileden, ilk yardımcılardan kaza ve olay ile ilgili tüm bilgiler alınmalıdır.

- Kaza/olay nasıl, ne zaman oldu?
- Kaza/olay nerede oldu? Trafik kazası ise; araç içi-araç dışı mı? Birey emniyet kemeri takılmış mı?
- Konvülsiyon olup olmadığı,
- Otore, rinore, siyanoz gözlendi mi?
- Kaza sonrası bilinç durumu? Bilincini kaybetmiş ise ne kadar zamandır bilinç kaybı vardır? Bilinç düzeyinde bir değişim var mıdır? Travmalı hasta yaralanma sonrası yanıt veremeyebilir ya da hasta başlangıçta yanıt verir ve birkaç dakika ile saat içinde hızla kötüleşebilir. Bir başka tipik göstergede, hasta birincil kafa travmasından sonra başlangıçta birkaç dakika için bilinçsizdir, daha sonra bilinci eski

haline geri döner ve beynin ikincil yaralanması sonucunda aniden kötüleşebilir.

- Hastanın allerjisi var mı? Öğrenilmelidir.

Fiziksel deđerlendirme

Kafa travması geçiren hastalar; mortalite oranını önemli derecede yükselten olası bir kafa içi basınç artışı yönünden değerlendirilmelidir. Hemşirelik tanılmasının amacı; temel bilgi oluşturmak ve kafa içi basınç artışını, sistemik hipotansiyon, hipoksi ya da hiperkapniyi önlemek ve erken tanılamaktır. Hastanın nörolojik durumunda değişiklikleri yakından izlenmelidir.

Kafa travmalı hastalarda ilk yapılacak girişim, hipoksi ve hipotansiyonun önlenmesi ve tedavi edilmesidir.

Nörolojik durumun tanılanması ve izlemi, Glaskow Koma Skoru ve beyin omurilik sıvısının (BOS) kulak / burundan gelip gelmediğinin belirlenmesi kafa içi basınç artışının önemli göstergeleridir.

- Tüm travmatik yaralanmalarda olduğu gibi hastanın havayolu (airway - A), solunum (breathing - B), dolaşım (circulation - C) ve yetersizliğe (disability - D) ilişkin primer tanılama yapılır,
- Servikal omur yaralanması olmadığı belirlenen hastaya, baş bir yana çevrili olarak prone pozisyonu verilir,

25-30 mmHg seviyesinde seçilmiş hastalarda SjO₂ monitorizasyonu ve serebral kan akımı monitorizasyonu ile birlikte etkinliği kanıtlanmamış olmasına rağmen son seçenek olarak uygulanabilir. Bu sırada hasta sedatize edilir. Uygulamadan 1 saat sonra KİB tekrar yükselir. Bunu önlemek için buffer (trometamin) kullanılır.

Hiperventilasyon ile kanın iskemik alanlara gönderilmesi sağlanır. Hiperventilasyona iyi yanıt vermeyen hastaların diğer tedavilere de iyi yanıt vermediği gözlenmiştir. Travmadan sonra ilk 24 saat içinde önerilmez ve hiçbir zaman KİBAS'ı önleyici bir girişim olarak kullanılmamalıdır. Çünkü her 1 mmHg PaCO₂ düşüşü için %3'lük serebral kan akım hızı düşmektedir. Travmadan sonra ilk saatlerde beyni iskemik bırakma riski vardır.

KİBA'da Hemşirelik Girişimleri

- Termoregülasyonun sürdürülmesi
- Boşaltımın sağlanması
- Hijyenik bakımın sağlanması
- Mobilizasyon
- Duyusal uyarıların ve psikolojik desteğin sağlanması
- Evde bakımın sağlanması.

Hafif Kafa Travmalı Hasta ve Ailesine Yönelik Eğitim Rehberi

Acil servisteki kafa travmalı hastanın takibi hasta ve ailesi için endişe verici ve güç bir durumdur. Hemşirenin, hasta ve ailesine, yakın izlemin gerekliliği hakkında bilgi vermesi gerekir. Hafif kafa travması geçiren hastaların acil serviste izlenmesine gerek duyulmayabilir. Hastanın evde izleminde, hasta ve ailesi eğitilmeli ve yazılı materyal verilmelidir. Eğitim doğrultusunda verilebilecek bilgiler:

- İlk gün hasta uyuyorsa 3-4 saatte bir uyandırılmalı, ismi, nerede olduğu vb. sorular sorulmalıdır.
- Hastanın ilk 24 saat baş ağrısı, bulantı ve baş dönmesi oluyorsa ve geçmiyorsa hekime haber verilmelidir.
- Baş ağrısı için 4 saate bir hafif etkili bir analjezik verilebilir.
- Hastaya en az 24 saat sedatifler, uyku ilaçları

ya da alkol içeren içecekler verilmemelidir.

- Hastanın en az 48 saat için yorucu aktivitelere katılmasına izin verilmemeli, otomobil kullanma, ağır cihazları kullanma, teması gerektiren spor aktivitelerinde bulunma ve sıcak banyo yapmaktan kaçınması bildirilmelidir.
- Komplikasyon belirti ve bulguları görüldüğünde, hemen sağlık ekibine bildirilmelidir.

Görülecek komplikasyon belirti ve bulguları;

- Uyuma isteği,
- Görme güçlüğü (bulanık görme vb.)
- Pupillerde eşitsizlik
- Kulak ve burundan akıntı gelmesi (BOS sıvısı),
- Bulantı ve/veya kusma,
- Baş ağrısında artış
- Epileptik nöbetler,
- Davranış değişiklikleri (hassasiyet, huzursuzluk, öfke vb.)
- Motor sorunlar (yürümede güçlük, heceleleri karıştırarak konuşmak, kol ve bacaklarda güçsüzlük hissi vb.)
- Duyusal bozukluklar (hissizlik, uyuşma hissi vb.)
- Kalp hızında azalma, olarak sıralanabilir.

Kaynaklar

- American Association of Neuroscience Nurses. Nursing management of adults with severe traumatic brain injury. Glenview (IL): American Association of Neuroscience Nurses; 2008. p. 20. <https://www.guideline.gov/content.aspx?id=13576> Erişim: 06.07.2016
- Algier L, Abbasoğlu A, Pınar G, Şahin Z, Temurlenk H, Atay D. ve ark. Travmalı Hastalarda Hemşirelik Girişimleri Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004; 7 (2): 59-65.
- Arbour RB. Interventions for Critically Ill Clients with Neurologic Problems, In: Workman ML, Ignatavicius DD, eds. Medical Surgical Nursing, Critical Thinking for Collaborative Care. 5th ed. St. Louis: Elsevier Saunders; 2006. p. 1027-1069.
- Berker M, Mut M. Kafa Travmasına Yaklaşım. Yoğun Bakım Dergisi 2002; 2(1): 38-47.
- Cobb S, Batin B. Second- Impact Syndrome. The Journal of School Nursing 2004; 20(5): 262-7.
- Eti Aslan F. Kafa Travmaları, In: Şelimen D. eds. Acil Bakım. 3. Baskı, Tavaslı Matbaası: İstanbul; 2004. 231-259.
- Erdil F. Sinir Sisteminin Cerrahi Girişimi Gerektiren Hastalıkları ve Bu Hastalıkların Tedavi ve Bakımı, In: Erdil F, Özhan Elbas N, eds. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. IV. Baskı, Aydoğdu Ofset Ltd: Ankara; 2001. 161- 201. <http://studynursing.blogspot.com.tr/2011/02/head-injury.html>. Erişim: 06.07.2016
- Feldman Z, Kanter MJ, Robertson CS, Contant CF, Hayes C, Sheinberg MA, et al. Effect of head elevation on intracranial pressure, cerebral perfusion pressure, and cerebral blood flow in head-injured patients. J Neurosurg 1992; 76: 207-11.
- Geyer K, Meller K, Kulpan C, Mowery BD. Traumatic Brain Injury in Children: Acute Care Management. Pediatric Nursing 2013; 39 (6): 283-289.

Kerr M, Crago EA. Acute Intracranial Problems, In: Lewis SM, Heitkemper MM, Dirksen SR, eds. Medical Surgical Nursing. 6th ed. St. Louis: Mosby Inc; 2004. 1499-1511.

Öztekin D. Kafa Travması Geçiren Hastada Hemşirelik Girişimleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009; 4 (11): 145-157.

Procaccio F, Stocchetti N, Citero G, Berardino M, Beretta L, Della Corte F, et al. Guidelines for the treatment of adult with severe head trauma (part I). Initial assesment. *J Neurosurg Sci* 2000; 44(1): 1-10.

Procaccio F, Stocchetti N, Citero G, Berardino M, Beretta L, Della Corte F, et al. Guidelines for the treatment of adult with severe head trauma (part II). Criteria for medical treatment. *J Neurosurg Sci* 2000; 44(1): 11-8.

Pryor J. What Environmental Factors Irritate People with Acquired Brain Injury?. *Disability & Rehabilitation* 2004; 26 (16): 974-980.

Stein SC, Ross SE. Moderate head injury. A guide to initial management. *J Neurosurg* 1992; 77: 562-4.

Wright JE. Therapeutic Hypothermia in Traumatic Brain Injury. *Crit Care Nurs* 2005; 28(2): 150-161.