

Batın Travmalı Hastaya Yaklaşım

Mahmut Fırat KAYNAK¹

Giriş

Batın travmaları genel olarak künt ve penetran travma olarak iki grupta incelenir. Bu ayrımın sebebi temel olarak travma mekanizmasına bağlı olarak oluşabilecek yaralanmanın bölgesi, şiddeti ve dolayısıyla da hasta yönetimindeki farklılıklardan dolayıdır. Abdominal bölge; peritoneal kavite, retroperitoneal alan ve pelvik kavite olmak üzere 3 ana bölgeden oluşur. Travma hastasının değerlendirilmesinde bu 3 bölgenin gözden geçirilmiş olması oldukça önemlidir.

Yapılan çalışmalarda travmaya bağlı her beş ölümden birinde sebep abdominal yaralanma olduğu saptanmıştır (1). Batın travmalarında genel olarak en sık yaralanan organ karaciğer olmasına rağmen spor yaralanmalarında dalak yaralanmalarının daha sık görülmektedir (2). Abdominal travma sonrası ölümler genellikle masif kanamaya bağlı hipovolemik şok gelişmesi nedeniyle olmaktadır (3). Bu ölümler de genellikle uygun ve hızlı müdahale yapılamamasına bağlı olarak travmadan sonraki saatler içinde olmaktadır. Hayatta kalan hastalar için ise hastanedeki tedavi dönemlerinde infeksiyon sonucu sepsis gelişimi, çoklu organ yetmezlikleri, mortalite ve morbiditeye neden olmaktadır (3). Başta motorlu araç kazaları olmak üzere, bisiklet kazaları, yüksekten

düşmeler, darp vakaları muhtemel bir abdominal yaralanma açısından önemli risk taşırlar. Bu nedenle olayın oluş şeklinin öğrenilmesi olası gözden kaçabilecek yaralanmalar açısından uyarıcı olabilir. Ayrıca anatomik yapıların yerleşimini de gözden kaçırmamak gerekir.

İlk başta torakal yaralanma olarak görülen bir vakada abdominal yaralanmada eşlik ediyor olabilir. Ya da tersi bir durum, batın yaralanması gibi görülen bir yaralanmada torakal yaralanmada eşlik ediyor olabilir.

Meme başı hizasının altındaki yaralanmalar (delici kesici alet yaralanmaları, ateşli silah yaralanmaları, kot fraktürleri vb.) batın içi yaralanmaya da sebep olabilmektedirler. Zira tam ekspriyumda diafragma 4. kosta hizasına kadar yükselebilmektedir. Arkada skapula altı hizasında önde meme başı hizasının altındaki yaralanmalar toraks ve batın içi yaralanma olarak değerlendirilmelidir. Aksi ispat edilene kadar hastanın yönetimi buna yönelik yapılmalıdır.

Anatomik Alanların Tanımı:

Batın Bölgesi: Önde meme başlarından inguinal kıvrımlara, arkada skapula alt ucundan kalçada gluteal kıvrımlara kadar uzanan bölge batın olarak kabul edilir.

¹ ER Consultant, Al Emadi Hospital, Katar, md_kaynak@yahoo.com

edilen hastalar hangi durumlarda tekrar acile başvurmaları gerektiği konusunda iyi bilgilendirilmelidir. Ateş, artan ağrı, baş dönmesi, kusma, yorgunluk, güçsüzlük, gibi semptomlar geliştiğinde tekrar değerlendirme için acil servise başvuru yapılması konusunda hasta bilgilendirilmelidir.

Hastaları ilk değerlendiren ekip acil sağlık hizmetlerine bağlı ambulans ekipleri ve sonrasında acil servis ekipleridir. Bu nedenle en önemli rol ve sorumluluk da bu ekiplerin üzerindedir. Zira yanlış tanımlar, gecikmiş müdahaleler tıbbi ve hukuki sorunlara yol açabilmektedir. Bu nedenle dikkatli anamnez ve tüm vücut fizik muayenesi oldukça önemlidir. Ayrıca yapılan tüm işlemlerin ve taburculukta hasta ya da yakınlarına yapılan bilgilendirilme ve uyarıların saatiyle birlikte kayıt altına alınması gerekir. Hasta ve yakınlarıyla iyi iletişim kurmak ve onların anlayacağı şekilde durumu açıklamak, oluşabilecek komplikasyonları anlatmak ileride olabilecek pek çok iletişim sorununu ve hukuki sorunları önleyebilecektir. Travma vakaları olayın doğasından dolayı çoğunlukla adli bir olayın parçasıdır (trafik kazası, darp, iş kazası vb.). Hastane kayıtları ileride adli makamlar tarafından incelenme ihtiyacı duyulabilecektir. Bu nedenle kayıtların düzenli, okunaklı ve zaman bilgisi de olacak şekilde düzenlenmesi önemlidir.

Kaynaklar

1. Demetriades D, Murray J, Charalambides K, et al. Trauma fatalities: time and location of hospital deaths. *J Am Coll Surgeons*, 2004;198:20-6
2. Intravia JM, DeBerardino TM. Evaluation of blunt abdominal trauma. *Clin Sports Med*. 2013;32: 211-8.
3. American College of Surgeons, 2018, Advanced Trauma Life Support, 10th edition, Chicago, ABD
4. Tintinalli JE, Stapczynski JS, Ma JO, et al. 2011, Emergency Medicine a Comprehensive Study Guide, 9th edition, McGraw Hill, ABD
5. Rozycki GS, Root HD, The diagnosis of intraabdominal visceral injury. *J Trauma*. 2010;68:1019-23
6. Wu CH, Wang LJ, Wong YC, et al: Contrast-enhanced multiphasic computed tomography for identifying life-threatening mesenteric hemorrhage and transmural bowel injuries. *J Trauma*. 2011;71:543-8
7. Malinoski DJ, Patel MS, Yakar DO, et al. A diagnostic delay of 5 hours increases the risk of death after blunt hollow viscous injury. *J Trauma*. 2010;69:84-7
8. Martinelli T, Thony F, Declety P, et al. Intra-aortic balloon occlusion to salvage patients with life-threatening hemorrhagic shocks from pelvic fractures. *J Trauma*. 2010;68:942-8
9. Lahiri R, Bhattacharya S: Pancreatic trauma. *Ann R Coll Surg Engl*. 2013;95:241-5.
10. Muroi, M, Provenza G, Conte S, et al. Diaphragmatic rupture with right colon and small intestine herniation after blunt trauma: a case report. *J Med Case Rep*. 2010;4: 289.
11. Ma OJ, Mateer JR, Ogata M, et al. Prospective analysis of a rapid trauma ultrasound examination performed by emergency physicians. *J Trauma*, 1995;38 879-85.
12. Rozycki GS, Ochsner MG, Feliciano DV, et al: Early detection of hemoperitoneum by ultrasound examination of the right upper quadrant: a multicenter study. *J Trauma*, 1998;45:878-83.
13. Wherrett LJ, Boulanger BR, McLellan BA, et al. Hypotension after blunt abdominal trauma: the role of emergent abdominal sonography in surgical triage. *J Trauma*. 1996; 41: 815-20.
14. Khawaja OA, Shaikh KA, Al-Mallah MH. Meta-analysis of adverse cardiovascular events associated with echocardiographic contrast agents. *Am J Cardiol*, 2010;106:742-7.
15. Valentino M, Ansaloni L, Catena F, et al. Contrast-enhanced ultrasonography in blunt abdominal trauma: considerations after 5 years of experience. *Radiol Med* .2009;114:1080-1093.
16. Liao YY, Lin HJ, Lu YH, et al. Does CT evidence of a flat inferior vena cava indicate hypovolemia in blunt trauma patients with solid organ injuries? *J Trauma*, 2011;70:1358-61.
17. Johnson JJ, Garwe T, Albrecht RM, et al. Initial inferior vena cava diameter on computed tomography scan independently predicts mortality in severely injured patients. *J Trauma*, 2013;74:74-5.
18. Broder JS, Hamedani AG, Liu SW, et al. Emergency department contrast practices for abdominal/pelvic computed tomography: a national survey and comparison with the American College of Radiology Appropriateness Criteria. *J Emerg Med*, 2013;423-33.
19. Cha JY, Kashuk JL, Sarin EL, et al. Diagnostic peritoneal lavage remains a valuable adjunct to modern imaging techniques. *J Trauma*, 2009;67: 330-4.
20. Scott DJ, Eliason JL, Rasmussen TE, et al. A novel fluoroscopy-free, resuscitative endovascular aortic balloon occlusion system in a model of hemorrhagic shock. *J Trauma Acute Care Surg*. 2013;75:122.