

Ateşli Silah Yaralanmaları ve Patlamalar

Şaban IRMAK¹

1. Ateşli Silah Yaralanmaları

Ülkemizde ve dünyada artan şiddet ve terör olayların bağlı olarak ateşli silah yaralanmaları ve buna bağlı ölümler gün geçtikçe artmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) bir yılda yaklaşık 30.000 kişi ateşli silah yaralanmaları sebebiyle hayatını kaybederken yaklaşık 120.000 kişi ise yaralı olarak tedavi edilmektedir. Ülkemizde ise her yıl yaklaşık 3000 kişi ateşli silah yaralanması sebebiyle hayatını kaybetmektedir. Ateşli silah yaralanmaları önlenebilir ölümlerde ilk sıralarda yer almaktadır (1).

1.1. Ateşli Silahlar

İlk ilkel ateşli silah 1300'lü yıllarda Çinliler tarafından icat edilmiş ve kullanılmıştır (2). İlk modern tüfekler ise 1400'lü yıllarda İtalyanlar tarafından üretilmiş olup, Osmanlı devletinde tüfeklerin kullanımına ilk olarak 1421 yılında Düzmece Mustafa hadisesinde rastlanmıştır (3).

Ateşli silahlar namı diğer özelliğine göre yivli ve yivsiz silahlar olmak üzere iki ana grupta incelenebilir. Yivsiz silahlar daha kısa menzilli ve genellikle saçma adı verilen irili ufaklı taneler atarlar. Yakın mesafede ciddi hasarlar oluşturabilirler. Sıklıkla av tüfeği olarak kullanılmaktadırlar. Yivli

silahlar ise namı diğer içerisinde bulunan yivler ve setler sayesinde daha uzun menzile ve daha yüksek tahribat gücüne sahiptirler. Askeri silahlar ve tabancalar yivli silahlar grubundadır (4).

Av tüfekleri yivsiz silahlar grubundadır ve avlanacak hayvanın özelliğine göre 6 ila 19 mm'lik büyüklükteki saçmalar kullanılır. Bazen bir fişekte onlarca saçma tanesi bulunabilir (4).

Tabancalar namı diğer uzunluğu 5-15 cm arasında olan ve mermisinde tek çekirdek bulunduran yivli-setli silah grubunda bulunan taşınması ve kullanılması kolay silahlardır (4).

Askeri tüfekler ise çatışma anında hedefi insan olan güçleri ve menzili çok yüksek silahlardır. Mermileri menzili uzun tutmak ve tahribatı artırmak amacıyla sivri uçludurlar (4).

1.2. Atış Mesafesi

Atış mesafesi ateşli silahın atışı esnasında namı diğer ve cilt arasındaki mesafe olarak tanımlanır. Bu mesafe 0-3 cm arasında ise bitişik atış, 3-100 cm arasında ise yakın atış, 100 cm üzerinde ise uzak atış olarak tanımlanmaktadır. Bitişik atış ve yakın atışta cilt ve kıyafetler üzerinde yanmamış barut izleri, barut gazları, duman ve alev gibi atış artıkları izlenebilir (4).

¹ Acil Tıp Uzmanı, Kayseri Şehir Hastanesi, dr.sabanirmak@gmail.com

çalışması gerekmektedir. Kafa kaidesi kırığından şüphelendiren bulgular var ise ya da kıriform plağın yırtılması ya da kırılması gibi bir durum söz konusu ise herhangi nazofarangeal enstrümantasyon işlemi potansiyel olarak tehlikelidir (9).

3.6.7. Solunum Hızı ve Arter Kan Gazı Değerlendirilmesi

Hastanın solunumunu yeterli oranda sağlanıp sağlanmadığı solunum sayısı ve arter kan gazı ile değerlendirilebilir. Kolorimetrik karbon dioksit detektörü ekshalasyon gazında karbondioksit tespit edebilen bir cihazdır. Kolorimetri veya kapnografi, endotrakeal tüpün hastanın solunum yolunda mekanik ventilasyonda düzgün bir şekilde bulunduğu ve özofagusta olmadığını doğrulamak için kullanılır.

3.6.8. Hasta Transferi İhtiyacı

Birincil bakı ve resüsitasyona esnasından hastadan sorumlu sağlık personeli hastanın başka bir merkeze sevk ihtiyacı olup olmadığı kanaati için gerekli bilgiyi toplayabilir. Transfer işlemi resüsitatif ve koruyucu işlemler devam ederken hızlıca başlatılmalıdır.

Sonuç

Ateşli silahların kullanımında artış, artan terör olayları ve gelişen sanayiye bağlı olarak görülen patlama yaralanma daha sık görülmeye başlamıştır. Yaralılar multitravma olarak değerlendirilmekte ve en sık ölüm sebebi hemorajik şoktur. Yaralılara yapılacak hızlı ve etkin bir müdahale yaralıları hayata bağlamak açısından son derece önemlidir. Bu anlamda 112 acil sağlık hizmeti çalışanlarına çok ciddi iş düşmektedir.

Kaynaklar

1. Erkol, Z., Çolak, B., Yayıcı, N., & İnanıcı, M. A. (2011). Kahramanmaraş'ta meydana gelen ateşli silah yaralanmasına bağlı ölümler. *Adli Tıp Dergisi*, 25(1), 1-10.
2. Needham, J (1986), Science & Civilisation in China, V:7: The Gunpowder Epic, Cambridge University Press, s. 222.
3. İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Tarih Dergisi, 30. Sayı, 1979, s. 301.
4. Yılmaz, Ahmet. Ateşli Silahlarla Oluşan Yaralanmalar. 2004.
5. Rozenfeld, M., Givon, A., Rivkind, A., Bala, M., Pegg, K., Alfici, R., ... & Klein, Y. (2019). New trends in terrorism-related injury mechanisms: is there a difference in injury severity?. *Annals of emergency medicine*, 74(5), 697-705.
6. Janak, J. C., Mazuchowski, E. L., Kotwal, R. S., Stockinger, Z. T., Howard, J. T., Butler, F. K., ... & Shackelford, S. A. (2019). patterns of Anatomic injury in critically injured combat casualties: A network Analysis. *Scientific reports*, 9(1), 1-10.
7. Özer, M. T., Coşkun, K., Ögünç, G. İ., Eryılmaz, M., Yiğit, T., Kozak, O., & Apaydın, K. (2010). Patlama yaralanmalarının gizli yüzü: Şok dalgaları. *Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi*, 16(5), 395-400.
8. Mayo, A., & Kluger, Y. (2006). Blast-induced injury of air-containing organs. *ADF Health*, 7(1), 40-44.
9. American College of Surgeons Committee on Trauma. "Advanced trauma life support student course manual." *Chicago, IL: American College of Surgeons* (2012).
10. Dakessian, A., Bachir, R., & El Sayed, M. (2019). Impact of trauma level designation on survival of patients arriving with no signs of life to US trauma centers. *The American journal of emergency medicine*, 158390.
11. Wightman, J. M., & Gladish, S. L. (2001). Explosions and blast injuries. *Annals of emergency medicine*, 37(6), 664-678.
12. Bjerketvedt D, Bakke JR, Van Windergen K. Gas explosion handbook. *J Hazardous Materials* 1997; 52: 1-150.
13. Department Of The Army Technical Manual (2014). Military Explosives 2014. (22.02.2020 <https://www.epa.gov/sites/production/files/2015-03/documents/9546041.pdf>)
14. Guy, R. J., Glover, M. A., & Cripps, N. P. (1998). The pathophysiology of primary blast injury and its implications for treatment. Part I: The thorax. *Journal of the Royal Naval Medical Service*, 84(2), 79-86.