

Travma Sonrası Bakım

J. David Roccaforte, MD

Çeviri: Uz. Dr. Büşra Yorulmazlar Solgun, Doç. Dr Jülide Ergil

ÖNEMLİ NOKTALAR

- 1 Son 30 yılda travma hastalarının sağ kalım oranındaki iyileşme travma bakımındaki diğer tüm gelişmelerin toplamıyla karşılaştırıldığında büyük oranda hasar kontrol stratejilerinin benimsenmesinden kaynaklanmıştır.
- 2 Hasar kontrol stratejisi; kısa bir laparotomi, arteriyel kanamanın cerrahi kontrolü, enterik kaçakların geçici kontrolü, uzun kemik kırıklarının stabilizasyonu, venöz kanama kontrolü için abdominal packing ve şişmeyi kontrol altına almak ve kompartman sendromunu engellemek için yaraların geçici kapatılmasını içermektedir.
- 3 Ağır yaralı travma hastalarında başlangıçtaki hipotansiyon kontrolsüz kanamadan kaynaklanır. Oksijen taşıma kapasitesi eritrosit süspansiyonları ile idame ettirilmeli, koagülasyon sistemi plazma ve plateletler ile desteklenmeli, bu iki amaç tamamlandıktan sonra hipovolemi devam ediyorsa dengeli kristaloidler ile düzeltilmelidir.
- 4 Resüsitasyonun endpointleri olarak bölgesel organa özgü fonksiyonlar (örn. idrar çıkışı, ST segment anormallikleri ve bilinç durumu) veya global perfüzyon (laktat, baz açığı) izleme alınabilir.
- 5 Yaralanma sonrası 30 dakika içinde akut posttravmatik koagülopati gözlenebilir. Kanama cerrahi olarak belirlenene kadar, tromboelastografi rehberliğinde hedefe yönelik platelet, plazma, kriyopresipitat veya diğer uygun tedavilerin kullanılması optimal strateji olabilir.
- 6 Travma hastasının resüsitasyonunda abdominal kompartman sendromunun tanınması önemlidir. Kesin tedavi abdominal fasyanın cerrahi dekompresyonudur. Hipertonik glukoz solüsyonu ile intraperitoneal diyaliz bağırsak duvar perfüzyonunun optimize edilmesi, inflamasyonun azaltılması ve ödemin daha hızlı azalması açısından umut verici bir girişimdir.
- 7 Travmatik beyin hasarı sıklıkla majör künt travmaya eşlik eder. Şiddetli kanama, hipovolemi ve şok durumlarında artmış intrakranial basıncı (ICP) kontrol altına almak özellikle zordur. Artmış ICP varlığında serebral perfüzyon basıncının optimize edilmesi önceliklidir.
- 8 Spinal kord hasarında kortikosteroidler artık önerilmemektedir.
- 9 Pulmoner kontüzyon travmaya özgüdür ve direkt olarak künt travmaya bağlı veya indirekt olarak blast etkisi ve dokudan geçen merminin yarattığı basınç dalgası nedeniyle gelişebilir.
- 10 Torasik travma sonrası künt kardiyak yaralanma potansiyel olarak ölümcül bir sendromdur. Ekstremler vakalarda kardiyak rüptüre, valvüler disfonksiyona veya koroner

—Devamı sonraki sayfada

Ciddi yaralı bir travma hastasına bakıp onu fiziksel yaralarından kurtarmak ne kadar sevindirici olsa da hastanın psikolojik durumunu gözardı etmek başarının baltalanması demektir. Travma hastaları PTSD'a daha yatkın olup yoğun bakım yatışı sırasında erken tarama yapıp tedavi başlanabilir.¹⁸ Yoğun bir PTSD hastanın inkapasitasyonuna yol açabileceği gibi, posttravmatik anksiyete ve depresyon da madde kullanımı, alkolizm ve riskli davranışlara yol açabilir, ki bu travmanın nasıl kronik ve tekrar eden bir durum haline dönüşebildiğini kısmen açıklamaktadır.

Rehabilitasyon

Erken mobilizasyon ve ambulasyonun -ICU' dayken bile- belli yaralanma tiplerinde sonucu iyileştirdiği gösterilmiştir, fakat aynı zamanda uzamış yatak istirahati ve immobilité ise evrensel olarak artmış ICU komplikasyonlarıyla ilişkilidir. ICU'daki travma hastalarına fiziksel ve mesleki terapi yapılması iyileşmelerini hızlandırır ve bakımın bir sonraki safhasına geçmeyi kolaylaştırır.¹⁹

REFERANSLAR

1. Cirocchi R, Montedori A, Farinella E, Bonacini I, Tagliabue L, Abraha I. Damage control surgery for abdominal trauma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;3:CD007438.
2. Sagraves SG, Toschlog EA, Rotondo MF. Damage control surgery—the intensivist's role. *J Intensive Care Med*. 2006;21(1):5-16.
3. Kutcher ME, Kornblith LZ, Narayan R, et al. A paradigm shift in trauma resuscitation: evaluation of evolving massive transfusion practices. *JAMA Surg*. 2013;148(9):834-840.
4. Shere-Wolfe RF, Galvagno SM, Jr, Grissom TE. Critical care considerations in the management of the trauma patient following initial resuscitation. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2012;20:68.
5. Duan K, Yu W, Li N. The pathophysiology and management of acute traumatic coagulopathy. *Clin Appl Thromb Hemost*. 2015;21(7):645-652.
6. Tapia NM, Chang A, Norman M, et al. TEG-guided resuscitation is superior to standardized MTP resuscitation in massively transfused penetrating trauma patients. *J Trauma Acute Care Surg*. 2013;74(2):378-385.
7. Kirkpatrick AW, Roberts DJ, De Waele J, et al. Intra-abdominal hypertension and the abdominal compartment syndrome: updated consensus definitions and clinical practice guidelines from the World Society of the Abdominal Compartment Syndrome. *Intensive Care Med*. 2013;39(7):1190-1206.
8. Smith JW, Garrison RN, Matheson PJ, et al. Direct peritoneal resuscitation accelerates primary abdominal wall closure after damage control surgery. *J Am Coll Surg*. 2010;210(5):658-664.
9. Goldberg SR, Anand RJ, Como JJ, et al. Eastern Association for the Surgery of Trauma. Prophylactic antibiotic use in penetrating abdominal trauma: an Eastern Association for the Surgery of Trauma practice management guideline. *J Trauma Acute Care Surg*. 2012;73(5 suppl 4):S321-S325.
10. Brain Trauma Foundation; American Association of Neurological Surgeons; Congress of Neurological Surgeons. Guidelines for the management of severe traumatic brain injury. *J Neurotrauma*. 2007;24(suppl 1):S1-S106.
11. Marino PL, Sutin KM. *The ICU Book*. 3rd ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007:920-921.
12. Clancy K, Velopulos C, Bilaniuk JW, et al. Screening for blunt cardiac injury: an Eastern Association for the Surgery of Trauma practice management guideline. *J Trauma Acute Care Surg*. 2012;73(5 suppl 4):S301-S306.
13. Aryafar H, Kinney TB. Optional inferior vena cava filters in the trauma patient. *Semin Intervent Radiol*. 2010;27(1):68-80.
14. Akhtar S. Fat embolism. *Anesthesiol Clin*. 2009;27(3):533-550.
15. Zimmerman JL, Shen MC. Rhabdomyolysis. *Chest*. 2013;144(3):1058-1065.
16. Rozycki GS, Tremblay LN, Feliciano DV, McClelland WB. Blunt vascular trauma in the extremity: diagnosis, management, and outcome. *J Trauma*. 2003;55(5):814-824.
17. Burlew CC, Moore EE, Cuschieri J, et al. Who should we feed? Western Trauma Association multi-institutional study of enteral nutrition in the open abdomen after injury. *J Trauma Acute Care Surg*. 2012;73(6):1380-1387.
18. Zatzick D, Jurkovich G, Rivara FP, et al. A randomized stepped care intervention trial targeting posttraumatic stress disorder for surgically hospitalized injury survivors. *Ann Surg*. 2013;257(3):390-399.
19. Engels PT, Beckett AN, Rubenfeld GD, et al. Physical rehabilitation of the critically ill trauma patient in the ICU. *Crit Care Med*. 2013;41(7):1790-1801.