

# Multiple Trauma Approach and Pain Management in Earthquake

## Depremde Çoklu Travma Yaklaşımı ve Ağrı Yönetimi

Yucel Olgun<sup>1\*</sup>

1. Ağrı Training and Research Hospital, Department of Pain Medicine, Ağrı, Türkiye

Gönderilme Tarihi: 18/09/2024

Kabul Tarihi: 13/12/2024

Yayınlanma Tarihi: 01/02/2025

\*Corresponding Author:

Yucel OLGUN, MD,

Ağrı Training and Research Hospital, Department of Pain Medicine, Ağrı, Türkiye,

e-mail: dryucelolgun@gmail.com

ORCID: 0000-0003-4940-2740

Cite this article: Olgun Y. Depremde çoklu travma yaklaşımı ve ağrı yönetimi. Ağrı Med J. 2025; 3(1): 1-2.

Kalaycı ve arkadaşlarının 2023 yılında Ağrı Tıp Fakültesi Dergisi'nin ikinci sayısında yayımlanan "Depremde Çoklu Travma Yaklaşımı" başlıklı editöryal yazısını büyük bir ilgiyle okudum (1). Hekimlere, çoklu travma hastalarına yaklaşımda gerekli püf noktalarını hatırlatma açısından çalışmanın önemini takdir ediyorum. Yazarlar ve editör ekibine değerli katkıları için teşekkürlerimi sunuyorum. Bu mektupta, çoklu travma hastalarının en sık görülen semptomu olan ve hayati müdahale sırasında sıklıkla arka planda kalan ağrı yönetimini vurgulayarak ilgili yazıyı zenginleştirmeyi amaçlıyorum.

Kalaycı ve arkadaşlarının vurguladığı gibi, deprezede multitravma hastalarında öncelikle hastanın hayatta kalma şansını artırmak için hızlı triyaj yapılmalı ve hemodinami sağlanmalıdır (2). Ardından, yazıda detaylıca belirtildiği gibi hastanın etkilenen bölgelerine göre (torasik, abdominal, ekstremiteler) uygun akut travma kılavuzları doğrultusunda tedavi uygulanmalıdır. Travma hastalarının ana şikayeti %91 oranında ağrıdır (3). Multitravma hastaların yaklaşık %75'inde uygulanan analjezik tedavi yetersiz kalmaktadır (4). Retrospektif bir kohort çalışmasında ise travma hastalarının sadece %36'sında yeterli ağrı yönetiminin sağlandığı raporlanmıştır (5). Multitravma hastalarında uygun ağrı yönetiminin sağlanamamasının nedenleri arasında ağrının yeterince önemsizlenmesi, opiofobi, bilgi ve deneyim eksikliği, hemodinamik instabilite, altta yatan cerrahi durumların klinik belirtilerinin maskelenmesi endişesi, bilinç değerlendirmesinde ağırlı uyarana verilen yanıtın kullanılması ve standardize protokollerin olmaması sayılabilir (6).

Yetersiz ağrı kontrolü, güçlü bir inflamatuvar yanıtı tetikler ve kardiyovasküler, respiratuvar, gastrointestinal, immünolojik, santral sinir ve endokrin sistemleri fizyolojik olarak etkiler (4). Hayati sistemleri etkileyen bu inflamatuvar yanıt ciddi komplikasyonlara, şok tablosuna ve hatta hastanın ölümüne neden olabilir. Ayrıca, akut dönemde yeterli analjezik tedavi almayan travma hastalarında ağrı modülasyonu ve persepsiyonu bozulur ve ağrı kronikleşir. Ağrısı kronikleşen hastalarda ise beyin ve sinir sisteminde meydana gelen patolojik değişiklikler ağrı yönetimini çok daha zor hale getirmektedir. Hastaların %62'si travmadan 12 ay sonra bile ağrı şikayetlerinin devam ettiğini bildirmektedir (7). Bu nedenle, multitravma hastalarında ağrı

yönetiminin etkili ve erken dönemde yapılması elzemdir.

Ağrı, klinisyeni yönlendirici bir semptom olması ve iyi yönetilemediğinde ciddi komorbiditelere veya ölüme yol açabileceği için travma hastalarında karışık görüşler olmakla birlikte 5. vital bulgu olarak değerlendirilmesini öneren yayınlar mevcuttur (8,9). Etkili ağrı yönetimi; hastanın endişe ve stres düzeyini azaltır, olumsuz fizyolojik tepkileri azaltır, tanı ve tedavi yönetimini kolaylaştırır, hekim ile hasta ilişkisini ve hasta güvenini artırır. Hem ortak bir dil kullanmak hem de ağrı yönetiminin takibini etkin yapabilmek için hastanın ağrı şiddeti görsel, sayısal veya sözel derecelendirme skalaları ile değerlendirilmelidir. İletişimi olmayan hastalar için yüz mimiklerinde ağrı şiddetini değerlendiren Wong-Baker gibi skalalar kullanılmalı, bilinci olmayan hastalar için ise ağrının fizyolojik olarak kardiyovasküler ve respiratuvar sistemlere yanıtı izlenmelidir.

Ağrı şiddeti ve karakteri değerlendirildikten sonra uygun farmakolojik, nonfarmakolojik ve rejyonel ağrı tedavileri uygulanmalıdır. Farmakolojik tedavilerden sıklıkla asetaminofen, NSAİİ, opioidler ve adjuvan ajanlar kullanılır. Depremzedelerin travmatik stres bozukluğu ve opioid kullanımını azaltmak için bilişsel davranışsal tedaviler gibi nonfarmakolojik tedaviler programa eklenebilir. Torakal, abdominal ve ekstremiteler multitravmalarında ağrının şiddetli olması, medikasyon ile kontrol altına alınamaması ve ilaç yan etkileri durumunda girişimsel ağrı tedavileri uygulanmalıdır. Multitravma hastalarda periferik bloklar (interkostal, iliohipogastrik, ilioinguinal, brakial pleksus, femoral, siyatik blokları gibi), ultrason eşliğinde yapılan fasyal bloklar ve nöroaksiyal bloklar (epidural ve paravertebral blok) yapılabilir. Tedavilerin hiçbirini her yönüyle diğerlerine üstün değildir; bu nedenle hastanın durumu değerlendirilerek uygun multimodal analjezi kombinasyonları ve interdisipliner tedavi yaklaşımları uygulanmalıdır (10).

Sonuç olarak, multitravma hastalarında ağrı mutlaka değerlendirilmeli ve etkili bir ağrı yönetimi sağlanarak ağrının kronikleşmesi önlenmelidir. Farmakolojik tedavilerin dozunu azaltabilmek için girişimsel ağrı teknikleri, mümkünse, uygulanmalıdır. İlaçlar en düşük etkili dozda ve kısa süreli kullanılmalı, opiofobi ile mücadele edilmelidir. Yazar Kalaycı ve arkadaşlarına değerli katkıları için tekrar teşekkürlerimi

sunuyorum.

#### KAYNAKLAR

1. Kalaycı T, Aygün Ü, Sayır F. Depremde Çoklu Travma Yaklaşımı. Ağrı Med J. Haziran 2023;1(2):22-25.
2. Gautschi OP, Cadosch D, Rajan G, Zellweger R. Earthquakes and trauma: review of triage and injury-specific, immediate care. Prehosp Disaster Med. 2008;23(2):195-201.
3. Kejela S, Seyoum N. Acute pain management in the trauma patient population: are we doing enough? A prospective observational study. J Trauma Inj. 2022;35(3):151-158.
4. Karamchandani K, Klick JC, Linskey Dougherty M, Bonavia A, Allen SR, Carr ZJ. Pain management in trauma patients affected by the opioid epidemic: A narrative review. J Trauma Acute Care Surg. 2019;87(2):430-439.
5. Wazzan A, Albeladi YK, Altafi R, Alqahtani M, Bakheet R. Assessment of the effectiveness of pain management among trauma patients in the emergency department. Saudi J Er Med. 2021;2(3):257-261.
6. Cohen SP, Christo PJ, Moroz L. Pain management in trauma patients. Am J Phys Med Rehabil. 2004;83(2):142-161.
7. Rivara FP, Mackenzie EJ, Jurkovich GJ, Nathens AB, Wang J, Scharfstein DO. Prevalence of pain in patients 1 year after major trauma. Arch Surg. 2008;143(3):282-288.
8. Saranteas T, Kostroglou A, Anagnostopoulos D, Giannoulis D, Vasiliou P, Mavrogenis AF. Pain is vital in resuscitation in trauma. SICOT J. 2019;5:28.
9. Morone NE, Weiner DK. Pain as the fifth vital sign: exposing the vital need for pain education. Clin Ther. 2013;35(11):1728-1732.
10. Best Practices Guidelines For Acute Pain Management In Trauma Patients. American College of Surgeons. Accessed November, 2020. [https://www.facs.org/media/exob3dww/acute\\_pain\\_guidelines.pdf](https://www.facs.org/media/exob3dww/acute_pain_guidelines.pdf)