

# Abdominal Travmada Hemşirelik Yaklaşımları (\*)

## *Nursing Approaches in the Abdominal Trauma*

Güler AKSOY\*\*, Gülay ALTUN UĞRAŞ\*\*\*

İletişim / Correspondence: Güler Aksoy Adres / Address: İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği A.D. Tel: 0212 440 00 00- 270 10 E-mail: guleraksoy@yahoo.com

### ÖZ

Ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer alan abdominal travmalar, bireyi ve aynı zamanda tüm toplumu fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel ve ekonomik açıdan dinamik tutan üretken yaş grubunu etkileyen, önlenbilir yaralanmalardır. Acil olarak çözülmesi gereken ciddi bir sorun olarak, sağlık çalışanlarının karşılaştığı bu durumda, korunmaya yönelik önlemlerin, hızlı tanı, doğru tedavi ve bakımın verilmesi ile morbidite ve mortalite oranında azalma sağlayacağı açıktır.

Bu makale, acil hemşiresinin, abdominal travmalardan korunma, hızlı tanı, tedavi ve bakımına yönelik yaklaşımlardaki rolüne odaklanmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Abdominal travma, acil hemşiresi, acil bakım.

### ABSTRACT

Abdominal traumas, listed at the top of the list of causes of death, are the preventable injuries affecting the productive age group that is the dynamics of individual and the entire society as well on the physical, psychological, social, cultural, and economic sides. The issue that is encountered often by medical staff, requires an immediate resolution. So it is obvious that there be decrease in the rates of morbidity and mortality with the protective cautions, quick diagnosis and by providing proper treatment and care.

This article focuses on the critical role of an emergency nurse at the cases of protection from abdominal traumas, quick diagnosis and her approaches to the procedures of treatment and care.

**Key Words:** Abdominal trauma, emergency nurse, emergency care.

### GİRİŞ

Travma, eksternal bir enerjiden kaynaklanan gücün, bedende yapısal ve fizyolojik değişimlere yol açması sonucu oluşan yaralanmalardır. Yalnızca hasta bireyi değil, aile, yakınlar ve arkadaşların yanı sıra tüm toplumu olumsuz etkileyen travmanın, evrenin manevi ve maddi açıdan maliyeti en yüksek sağlık sorunları arasında yer aldığı yadsınamaz. Travma, özellikle yaşam gibi evrenin en önemli varlığının kaybedilmesi, çeşitli düzeylerde ağrı ve acının yaşanmasına ek olarak sosyal çevreden ayrılmaya neden olmaktadır. Ayrıca hastanede yatma süresi, üretim kaybına bağlı maliyet artışını beraberinde getirerek, ortalama sağlık harcamalarının büyük oranda bu alana kaydırılmasına neden gösterilmektedir. Yaşan-

nan bu olumsuzluklar nedeniyle travmadan korunmak için verilecek çabaların çok önemli olduğu vurgulanmaktadır (Aksoy 2002; Güneysel 2004; Penetrating Abdominal Trauma 2004).

Ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer alan abdominal travmalar, tüm travmatik yaralanmaların ortalama % 25'ini oluştururken, aynı zamanda % 13-15 gibi yüksek bir mortalite oranına sahiptir (Aresco 2005; Herman 2003). Abdominal yaralanmalarda hastaların yaş ortalaması diğer travma gruplarında olduğu gibi 25-30 yaş arasındadır (Güloğlu ve Yanar 2005). Ülkemizde, travma yaşı olarak belirlenen 1-44 yaş arası üretken nüfusun, toplam nüfusun % 81,8'ini oluşturduğu dikkate alındığında, konunun önemi kendiliğinden ortaya çıkmaktadır (Günay 2005). Toplamı sos-

\* IV. Acil Hemşireliği Sempozyumunda panel konuşması olarak sunulmuştur (26-28 Mayıs 2005).

\*\*Prof. Dr. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu

\*\*\*Uz. Hem. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu

yal, kültürel ve ekonomik açıdan dinamik tutan bu yaş grubunda önlenebilir olan bu yaralanmalar, acil olarak çözülmesi gereken ciddi bir sorun olarak sağlık çalışanlarının karşısına çıkmaktadır (Aresco 2005; Güloğlu ve Yanar 2005; Günay 2005; Thelan, Urden, Lough ve Stocy 1998).

### Abdominal Travmaların Tipleri

Abdominal travmanın sıklıkla çoğul travma ile ilişkili olduğu belirtilmekte, künt ve penetran travma olmak üzere iki grupta ele alınmaktadır (Aresco 2005, Güloğlu ve Yanar 2005). Abdominal travmalar arasında, künt travmalara daha sık rastlanmaktadır. Abdominal bölgede, dalak, karaciğer, mide, safra kesesi, pankreas, diyafragma, ince ve kalın bağırsaklar, aorta, vena kava süperiyor, hepatic ven, iliak arter ve ven gibi yapılar yer almakta ve bunlardan mide ve bağırsaklar içi boş, dalak, pankreas ve karaciğer ise, içi dolu (solid) organları oluşturmaktadır. Abdominal bir travma sırasında solid organlarda daha çok yırtılma, parçalanma gelişirken, içi boş olanlarda kollaps (sönme) ya da rüptür oluşma olasılığının yüksek olduğundan söz edilmektedir (Aresco 2005). Abdominal travmalar genellikle; karaciğer laserasyonu, pankreas travması, büyük damarların yırtılması, dalak, mide ya da bağırsak rüptürü ile sonuçlanabilir (Aksoy 2002; Aresco 2005; Bliss ve Sawchuk 2004; Boehmke 2006; Herman 2003; Thelan ve ark 1998).

Künt travmaların en sık rastlanan nedeni, motorlu araç kazaları olmakla birlikte düşme, saldırı, temas sporları ve patlama (patlama sonucu odun, çelik parçaları, şarapnel gibi yabancı cisimler) da yaralanmalara neden olmaktadır (Herman 2003; Aresco 2005; Güloğlu ve Yanar 2005). Saldırı ile yüksekten düşmelerde, kent merkezleri başta gelirken, motorlu araç kazalarına ilişkin insidansın, şehirlerarası yollarda, kırsal alanda yükseldiğine dikkat çekilmektedir. Travmadan ölümlerde, 2. sırada olan yüksekten düşmeler, hastaneye kabul edilen hastaların % 20'sini oluşturmaktadır. Ayrıca son yıllarda yaşanan deprem ve giderek artış gösteren trafik kazaları ile bireylere yönelik bi-

linçli ya da bilinçsiz zarar verici şiddet uygulamalarına ilişkin istatistik veriler, travmanın denli önemsenilmesi gerektiğini gösteren açık kanıtlardır (Aksoy 2002; Aresco 2005; Bliss ve Sawchuk 2004; Boehmke 2006; Güloğlu ve Yanar 2005; Güneysel 2004; Herman 2003; Smeltzer, Bare, Hinkle ve Cheever 2008; Thelan ve ark 1998).

Penetran travmalar büyük bir çoğunlukla (%80) ateşli silahlarla yanı sıra delici- kesici aletlerle oluşabilmektedir (Boehmke 2006). Künt ya da penetran travmalar sonucu oluşabilen içi boş organ perforasyonlarının, kanama ve peritonit gibi yaşamı ciddi ölçüde riske sokan iki önemli komplikasyonun gelişimine neden olduğu vurgulanmaktadır (Bliss ve Sawchuk 2004; Boehmke 2006; Thelan ve ark 1998).

Ezilme, düşme, darbe alma, ateşli ya da delici - kesici aletlerle yaralanma gibi nedenlerle oluşan travma, beden anatomik ve fonksiyonel yapısında ani ve beklenmedik değişimlere yol açabilmektedir. Son yıllarda travmalı hastanın tedavi ve bakım girişimlerinde; izlenen önemli gelişmelerin ancak hastane öncesi, transfer sırası ve acil birimlerdeki hastanın tedavi ve bakımına yansıtılabilir olması ile değer kazanacağı açıktır. Travma sonrası gerçekleşen ölümlerin hemen hemen yarısının tıbbi yardım almadan meydana gelmesi nedeniyle, toplumun bilgilendirilmesi, hızlı iletişim, hastane öncesi ve transfer sırası bilinçli yaklaşımlar yanı sıra nitelikli bakım hizmeti sunan acil birimlerin bulunabilirliğinin önemi yadsınmaz. Abdominal travmalı hastaların ilk tanılama sonrası tedavi/bakım girişimleri ile travmanın olduğu an arasındaki zamanı olabildiğince kısaltarak, hastanın bir travma merkezine ulaşımının sağlanması ve üst düzeyde hastane öncesi yaklaşımların, yaşam şansının yakalanmasında ön koşul olduğuna dikkat çekilmektedir (Aksoy 2002; Avtan 2002; Güneysel 2004).

### Abdominal Travmadan Korunma

Abdominal travmalardan korunmaya ilişkin önlemlerin, üretkenliğini dorukta olduğu bir dönem-

de, bireylerin yaşamlarının yitirilmesi, yetersizliklerle baş etmeleri, çeşitli düzeyde ağrı ve acı yaşamaları gibi sorunların en aza indirgenmesinde etkin olacaktır (Aksoy 2002). Acil hemşiresi ve diğer sağlık çalışanları, uygulama alanlarında “kaza” kelimesini kullanmaktan kaçınarak, travmayı “kader” ya da “tesadüf”ten daha çok “önlenbilir” bir durum olarak algılamalıdır. Toplumun üretken insanların yaşamını koruma ve travma insidansını azaltmada, travmanın önlenmesi büyük önem taşımaktadır. Travmalardan korunmanın üç bileşeninden söz edilmektedir (Smeltzer ve ark 2008).

Bunlar arasında birinci sırada eğitime yer verilmektedir. Acil hemşiresinin rollerinden birisinin de, iletişim kurduğu her hastaya travmadan korunma yollarına ilişkin bilgi verilmesi olduğu savunulmaktadır. Bilgilendirme ve eğitim materyali verilmesinin, bireylere, evde ve araçlarda güvenliği sürdürme ve şiddetten korunma gibi konularda yardım edeceği bilinmektedir. Travma riski ya da tekrar travmaya maruz kalma olasılığı olan bireyler tanımlanarak, travmayı önleme ve tehlikeli davranışlarını değiştirme konularında danışmanlık yapılması ve eğitim verilmesi, önlenmesine ortam hazırlayabilir (Smeltzer ve ark 2008).

Travmaların önlenmesinde ikinci bileşenin, yasalar olduğu, hemşirelerin bölgesel ve ulusal düzeylerde güvenlik yasalarında aktif olarak yer almasının önemi üzerinde durulmaktadır (Smeltzer ve ark 2008).

Üçüncü bileşenin ise; hava yastığı ve otomatik emniyet kemeri gibi bireysel girişimlere gerek kalmaksızın güvenliği sağlayan otomatik koruma araç gereci olduğu dikkati çekmektedir (Smeltzer ve ark 2008). Abdominal travma nedenleri arasında ilk sırada sözü edilen trafik kazalarını kontrol altına almada, uygun yol düzenlemelerinin yanı sıra trafik kurallarına uymada bilinçlenme, kontrollü sürat, yeni araba tasarımlarında güvenli donanım, emniyet kemeri, çocuklar için özel kemer, hava yastığı, özel fren sistemleri gibi önlemlerin alınması etkin rol oynayacaktır (Günay

2005). Yüksekten düşme ve ateşli silahlarla yaralanmalarda, toplumun bilinçlendirilmesi, duvar, merdiven gibi yerlerin korkuluklarla güvenceye alınması, çocuklar ve yaşlılar için ek güvenlik önlemlerinin (yalnız bırakmama, yürüteçleri kontrole alma, banyoda tutunacak kol varlığı vb.) travmaları azaltmada yardımcı olacağı bildirilmektedir. Medya, konunun önemi üzerinde durmalı ve temel konuları güncel olarak işlemelidir. Konunun önemi ve toplumun özelliğine göre alınmış kararların hayata geçirildiği bir ortamda travma nedeniyle geçici veya kalıcı sakatlıklar ya da ölümler en aza indirilebilir. Bu da toplumun eğitim ve denetimi daha da önemlisi eğitim ve sağlık konularının devlet politikalarında hak ettiği yeri alması ile mümkündür (Aksoy 2002; Boehmke 2006; Demir ve ark 2002; Günay 2005; Smeltzer ve ark 2008).

#### **Abdominal Travmalı Hastada Tedavi/Bakım**

Travma hastalarının tedavi ve bakımı, yaralanmaların hızlı bir şekilde değerlendirilmesi ve yaşamı tehdit edici durumların ortaya konulmasını gerektirir. Travmalı hastaya yaklaşımda en önemli unsur zamandır (Rauen ve Sinks 2006). Abdominal travmalarda hemşirelik girişimleri, yardım arandığı andan başlayarak, bireyin pozitif ya da negatif sonuca ulaşmaya kadar süregelen uzun bir dönemi kapsamaktadır. Bu dönemde sistemik bir yaklaşımın, yaşam şansını elde etmede belirli bir girişim sıralamasını gerektirdiği açıktır. Tedavi/bakım girişimlerinin hastane öncesi, triyaj, ilk tanılama, acil birime transfer ve resüsitasyon, ikincil tanılama, planlanan bakım, ameliyat dönemi, yoğun bakım ve rehabilitasyon gibi süreklilik gösteren fazları içerdiği bilinmektedir (Aksoy 2002; Aresco 2005; Taviloğlu 2003).

Morbidite ve mortalitenin, yaralanan organın türü ve sayısı, yaralanmanın ciddiyeti, ekstra abdominal yaralanmanın varlığı tedavi ve bakım girişimlerinin uygulanma süresi ve zamanı, hastanın travma öncesi sağlık düzeyi ile değişebileceğine dikkat çekilmektedir. Abdominal yaralanmaların gözden kaçırılması ya da tanı koymada gecikme-

nin, yaşamı tehdit edici olabileceği düşünüldüğünde, tam donanımlı bir travma merkezi ve ekibi ile iletişim sağlanmasının, olasılıkları değerlendirme ve yaşamı korumada en önemli adım olduğu vurgulanmaktadır (Aksoy 2002; Demir ve ark 2002; Herman 2003; Thelan ve ark 1998).

Acil birimde, abdominal travmalı hastanın tedavi/bakımı; hızlı tanılama, sürekli gözlem, hemodinamik stabilite ve gerektiğinde hızla cerrahi alana transferde odaklanmaktadır (Boehmke 2006; Herman 2003; Smeltzer ve ark 2008; Şelimen 2002; Thelan ve ark 1998).

**Hasta Tanılaması:** Abdominal travmanın belirlenmesinde hasta tanılmasının önemi üzerinde durulmakta ve yaralanmaya ilişkin spesifik bulgular olmaksızın, acil birime gelen hastada karaciğer, dalak gibi kan rezervi büyük organ yaralanmalarının, hızla intravasküler alandan kayıplara neden olabileceğinin daima göz önünde bulundurulması gereği belirtilmektedir. Yaşamı tehdit edici abdominal yaralanmaların görünür bir belirti vermemesinin oluşabileceği, bu gibi durumlarda yakın izlemi gerçekleştiren acil hemşiresinin, hastanın değerlendirmesinde olasılıklar konusunda ilgili birimleri uyarmasının, hızla eyleme geçişi sağlayacağına dikkat çekilmektedir (Aresco 2005; Güneysel 2004; Herman 2003; Şelimen 2002).

**Hasta öyküsü:** Herhangi bir enerji kaynağının 4. kostadan kalçaya kadar, bireyin herhangi bir beden alanına uygulanmasında, abdominal travma olasılığı yüksektir. Abdominal travması olan hastada açık bir biçimde yaralanma belirtisi görülmeyebilir. Motorlu araç kazalarında, bedenin yan ya da gövde bölümüne yönelik penetran yaralanması olan hastalarda, abdominal travma olasılığı göz ardı edilmemelidir. Penetran travmalarda, yaralanmanın görünümü, yaralanma hakkında az da olsa fikir verirken, künt abdominal travmada görünür bir hasar olmadığından, yaralanma tanılanmasının oldukça güç olacağı açıktır. Hastaya ağrının varlığı, yeri ve niteliği hakkında sorular sorularak, yanıtlar ışığında abdominal travma değerlendirilir. Abdominal travma insidansı ile bireyin coğrafik

yerleşimi arasındaki doğrudan ilişkinin, yaralanma mekanizmasının künt ya da penetran olduğunu tanımlamada, acil hemşiresi ve diğer sağlık çalışanlarına kolaylık sağlayacağı ifade edilmektedir (Aresco 2005; Boehmke 2006; Güloğlu ve Yanar 2005; Güneysel 2004; Herman 2003; Smeltzer ve ark 2008; Şelimen 2002; Thelan ve ark 1998).

**Fiziksel Tanılama:** Hasta, yakınları ya da görgü tanıklarından travma olayının öyküsü alınırken, abdominal bölge, simetrisi, penetran yaralar, çürük, kontüzyon, abrasyon, laserasyon, ekimoz gibi yaralanma belirtileri açısından gözlenmelidir. Abdomenin fiziksel tanılmasında, bağırsak sesleri sürekli dinlenerek olası değişiklikler saptanmalı, bağırsak seslerindeki değişime eşlik eden, abdominal distansiyonda artış, hassasiyet, ağrı, adale rijiditesi, spazm ya da rebound tendernes gibi peritoneal iritasyonun belirtileri, hipotansiyon ve şokun belirti ve bulguları da dikkatle ele alınmalıdır. Umblikal alan çevresinde ekimoz (Kullen belirtisi), intraabdominal ya da retroperitoneal kanamanın göstergeleri olacağından, bu açıdan abdomen gözlenmelidir. Perküsyon sırasında, dalak rüptürünün belirtisi olan Ballance's belirtisi (sol yanına yatan hastada sağ yanda rezonans ses duyulması), mide ve bağırsaklar gibi normalde gaz içeren içi boş organlarda, sıvı ya da kan olduğunun gösteren dullness (tok ses) sesinin varlığı yönünden hasta değerlendirilmelidir. Palpasyonla, alt kosta fraktürleri saptandığında, karaciğer ya da dalağın yaralanma olasılığı üzerinde durulmalıdır. Dalak yaralanmalarına özgü intraabdominal kan varlığının diyafragma ön yüzü ve frenik siniri irite etmesi sonucu, omuza yansıyan ağrı (Kehr's belirtisi) açısından da hasta incelenmelidir. Bunlara ek olarak, intraabdominal yaralanmaya sıklıkla eşlik eden alt kosta kırıkları, femur kırığı ve torasik yaralanmalar gibi göğüs ve diğer sistemlerin travmaları da değerlendirme kapsamına alınmalıdır (Aresco 2005; Bliss ve Sawchuk 2004; Boehmke 2006; Güloğlu ve Yanar 2005; Herman 2003; Rauen ve Sinks 2006; Smeltzer ve ark 2008; Thelan ve ark 1998).

**Yaralanma Mekanizması:** Abdominal travmalarda morbidite ve mortaliteyi engellemede, öncelikle yaralanma mekanizmasının bilinmesinin ilk aşamayı oluşturduğundan söz edilmektedir. Abdominal travma oluşumunda koşulların ve zamanın bilinmesi, gerekli yardımı sağlanmasının en kritik yönü olarak ele alınmaktadır. Motorlu araç kazalarında yaralanma, bireyin arabadaki yeri, aracın hızı, kemer kullanımı, hava yastığı ve dışarı fırlama ile yakından ilgilidir. Kemer kullanımının yaralanmaya bağlı mortaliteyi azaltmada etkin olduğu üzerinde durulurken, Kemer Sendromu'na ortam hazırladığı da bilinmektedir. Kemerin yerleştiği alandaki karaciğer, dalak, mide, ince bağırsak, kolon, vasküler yapılarda ve spinal kordda yaralanmalar olabileceği belirtilmektedir (Herman 2003). Yüksekten düşmelerde, düşme yüksekliği, yüzeyin durumu, yere vuran beden bölümü, yaralanmalarının ciddiyetine farklılıklar getirmektedir. Çamur, balçık, su gibi, gücü absorbe edici alanlar üzerine düşme sonucu gelişen travmanın, beton, çelik gibi sert zeminler üzerine düşmeden daha az ciddi olabileceği belirtilmektedir (Herman 2003). Künt bir obje ile saldırı yaralanmalarında, yaralanmanın oluşum şekli, objenin cinsi ve ağırlığı konusunda bilgilenmenin değerlendirilmede kolaylık sağladığı bildirilmektedir. Penetran yaralanmalar ise yaralanmayı oluşturan etkenin (silah/batıcı araç) belirlenmesi ayrıca yakınlık, kaç kere vurulduğu, delici objenin uzunluk, genişlik ve yapısal özellikleri ve bedene giriş hızı konusunda bilginin, tedavi/bakımı yönlendirici olacağı vurgulanmaktadır (Herman 2003). Özellikle penetran travmalarda, enfeksiyon riski üzerinde durulmakta, objenin giriş yerinin dik ya da eğik olmasının yaralanmanın boyutlarını belirlemede önemine dikkat çekilmektedir (Aksoy 2002; Aresco 2005; Herman 2003; Smeltzer ve ark 2008; Thelan ve ark 1998).

**Başlangıç Stabilizasyonu:** Abdominal travmalı hastaya bakım veren acil hemşiresi, ilk stabilizasyonda tüm major travmalı hastalardaki bakım önceliklerini izlemelidir. Künt travmalı hastalarda, bir boyunluk ile omurga immobilizasyonu sağlan-

malı, hastanın havayolu (airway-A), solunum (breathing-B), dolaşım (circulation- C) ve yetersizliğe (disability- D) ilişkin primer değerlendirilmesi yapılmalıdır. Sonrasında da, hemşire, iki ayrı geniş çaplı intravenöz (IV) kanül yerleştirerek, direktif edilen sıvı replasmanı yoluyla arteriyal kan basıncını (AKB) normal sınırlarda sürdürmeye odaklanmalıdır. Eksternal kanama odaklarının varlığında, bu konuda uzman sağlık çalışanının, yaraya direkt basınç uygulayarak kanamayı kontrol altına alması gerekir. Açılan ven yollarından direktife uygun replasman gerçekleştirilmelidir. Ayrıca bir damar yolu açılarak, laboratuvar testleri için örneklerin alınması (arteriyal kan gazı, tam kan sayımı, serum elektrolit, glukoz, amilaz, kan üre nitrojen (BUN), karaciğer fonksiyon testleri ve pıhtılaşma faktörü testleri vb.) ve ilgili birimlere ulaştırılması önemlidir. Hastanın hemen cerrahi alana transferi gerekmiyorsa, nazogastrik tüp ve foley kateter yerleştirilmesinin koruyucu etkisi olduğu belirtilmektedir (Aksoy 2002; Aresco 2005; Bliss ve Sawchuk 2004; Boehmke 2006; Herman 2003; Smeltzer ve ark 2008).

**Tanısal değerlendirme:** Spesifik tanı çalışmaları; tam kan sayımı, idrar tetkiki, abdominal röntgen, ultrason (USG), bilgisayarlı tomografi (BT) ve tanısal peritoneal lavajı (TPL) içermektedir. TPL, hemodinamik stabilitesi sağlanamayan hastaların intraabdominal kan, safra varlığını belirlemek üzere kullanılmaktadır. Ateşli silah yaralanmalarında, yaralanma öncesi geçirilen abdominal girişim, karın duvarı hematomu, obesite, abdominal distansiyon belirlenen hastalarda, cerrahi girişim gerekli olsa da önerilmemektedir; hastanın sürekli gözlem altında tutulması prognozu doğrultusunda cerrahi girişim uygulanması önerilmektedir. Stabil hastalarda, peritoneal ve retroperitoneal yaralanmaları değerlendirmede, kanamanın lokasyonunu ve iskelet yaralanmalarını belirleme de BT kullanılmaktadır. USG, abdominal boşlukta serbest hava varlığını saptama, stabil olmayan hastalarda, periton içine kanamayı ve perikardiyal tamponadı hızla belirleyerek cerrahi girişimi başlatma avantajını sağlarken, bu tanı yöntemi ile retrope-

ritoneal ve diyafram yaralanmasının belirlenemesi, obez ve ajite hastalarda sınırlı kullanımı, dezavantaj olarak düşünülmektedir (Aresco 2005; Bliss ve Sawchuk 2004; Boehmke 2006; Güloğlu ve Yanar 2005; Herman 2003; Papavasileiou ve ark 2002; Penetrating Abdominal Trauma 2004; Rauen ve Sinks 2006; Smeltzer ve ark 2008; Sovtsov 2002).

### Abdominal Travmalı Hastanın Acil Birimde İzlemi

Acil birime kabul edilen hastalarda, sürekli hemodinamik izleme hemen başlanmaktadır. Abdominal travma sonrası her 15-30 dakikada bir, daha sonra saatlik izleme geçilerek; mental durum, yaşamsal bulgular, bulantı, rijidite ya da rebound tenderness gibi klinik bulgular, cilt sıcaklığı, bağırsak sesleri ve idrar atımı izlenir. Abdominal travmalı hastanın meatüsünde kan görülüyor ise üriner kateter yerleştirilmesi gerekli olabilir. Her saat, idrar dansitesi ve kanama yönünden idrar atımı değerlendirilir; laboratuvar testleri ile idrarda protein ve kan varlığı saptanır. Açık abdominal yara ya da eviserasyon varlığında, özel bir hekim istemi yoksa, organların nemini kaybetmemesi ve kurumaması için alan beden sıcaklığında steril, nemli, serum fizyolojik pansumanla kapatılmalıdır. Peritonit riskini azaltmak için önerilen antibiyotikler uygulanır. Bu dönemde klinik belirtileri maskeleyenmesi ya da gözden kaçırılmaması için, hasta ve ailesine nedeni açıklanarak ağrıya yönelik analjezikler kullanılmamalıdır. Cerrahi bir girişim gerekli ise, hastanın oral alımı önlenerek, cerrahi girişim sırasında aspirasyon riskini azaltmak için nazogastrik ile mide içeriği aspire edilmelidir (Boehmke 2006; Rauen ve Sinks 2006; Smeltzer ve ark 2008).

Acil birimde yatış süresince, hemşire hastanın sağlık durumundaki değişiklikleri erken tanılama açısından yakın izlem yapmalıdır. İzlem sırasında, şok belirtileri gözleendiğinde, kan kaybı kontrol altına alınamadığında, diyafragmanın altında serbest hava, eviserasyon ya da hematüriden şüphelenildiğinde, zaman kaybetmeden, hasta hızlı bir şekilde cerrahi alana transfer edilmelidir

(Smeltzer ve ark 2008).

**Cerrahi Tedavi:** Tüm abdominal ateşli silah yaralanmalarında, cerrahi eksplorasyon yapılmasına karşın, delici-kesici aletlerle yaralanmalarda cerrahi girişim yapılmasına gerek olmadığı bildirilmektedir. Ciddi abdominal travmalı hastalarda, peritoneal irritasyonun belirtileri saptandığında, eksploratif laparotomi ve sonrasında onarım önerilmektedir (Boehmke 2006; Smeltzer ve ark 2008).

**Taburculuk Eğitimi:** Abdominal travma sonucu hastanede yatan hastalara cerrahi girişim yapılsın ya da yapılsın, hastaneden taburcu olmadan önce acil hemşiresinin, künt travmalardan sonraki birkaç hafta içinde abdominal kanama gelişme olasılığı nedeniyle, kanama belirti ve bulgularına ilişkin bilgilendirme yapması önemlidir. Hastaya, abdominal ağrı, bulantı, kusma, kanlı ya da siyah renkli gaita, hematüri, ateş, güçsüzlük ve baş dönmesi gibi belirtileri not etmesi ve hemen bir sağlık kuruluşuna başvurması konusunda bilgi verilmeli, ayrıca yara bakımı öğretilmelidir (Boehmke 2006).

Sonuç olarak, ölüm nedenleri arasında üst sıralarda yer alan abdominal travmalar, yalnızca hasta bireyi değil tüm toplumu olumsuz yönde etkileyen, ancak korunmaya yönelik önlemler, hızlı tanı, doğru tedavi/bakım ile istenmeyen sonuçların en aza indirileceği yaralanmalar olarak ele alınmaktadır. Travmalı hastanın bakımında önemli rol üstlenen acil hemşiresi, tüm olasılıkları göz önünde bulundurarak risk faktörleri devre dışı bırakılana kadar, yaralanmanın nasıl olduğu konusunu önemseme, yaralanma mekanizması, hasta tanınması ve yakın izleme odaklanarak, yaşamın korunmasında temel bir rol üstlenmektedir.

### KAYNAKLAR:

- Aksoy, G. (2002). Nursing Care in Multiple Trauma. 5th European Congress of Trauma and Emergency Surgery, 01-05 Ekim, İstanbul.
- Aresco, C. A. (2005). Trauma. Morton, P. G., Fontaine, D. K., Hudak, C. M., Gallo, B. M. (Eds.). Critical Care Nursing, A Holistic Approach. 8th. Edition, Lippincott Williams

& Wilking, Philadelphia, 1277-1300.

Avtan, L. (2002). The role of thoracoscopy in thoraco-abdominal trauma. *Ulusal Travma Dergisi*, 8: 41-44.

Bliss, D. Z., Sawchuk, L. (2004). Nursing management lower gastrointestinal problems. Lewis, S. M., Heitkemper, M. M., Dirksen, S. R. (Eds.). *Medical Surgical Nursing Assessment And Management Of Clinical Problems, Sixth Edition*, Mosby, St.Louis, 2: 1052-1103.

Boehmke, M. M. (2006). Interventions For Clients With Noninflammatory İntestinal Disorders. Ignatavicius, D. D., Workman, M. L. (Eds.). *Medical Surgical Nursing Critical Thinking For Collaborative Care., Fifth Edition*, Elsevier Saunders, St.Louis, 2: 1312-1367.

Demir, U., Kalyoncu, A., Ağca, B., Kaya, C., Duran, Y., Mihmanli, M. (2002). Abdominal trauma. *TJTES Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery*, İstanbul, 253.

Güloğlu, R., Yanar, H. (2005). Karın Yaralanmaları. Ertekin, C., Taviloğlu, K., Güloğlu, R., Kurtoğlu, M. (Eds.). *Travma. 1. Baskı*, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 875-885.

Günay, S. (2005). Travmadan korunma. Ertekin, C., Taviloğlu, K., Güloğlu, R., Kurtoğlu, M. (Eds.). *Travma. 1. Baskı*, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 11-32.

Güneysel, Ö. (2004). Karın travması. 7. Türkiye Acil Tıp Sempozyumu & Acil Hemşireliği ve Paramedik Sempozyumu, Gaziantep, 30-33.

Herman, M. L. (2003). Gastrointestinal trauma. Newberry, L. (Ed.). *Sheehy's Emergency Nursing Principles And Practice*. Mosby Company, St. Louis, 294-303.

Papavasileiou, A. ve ark (2002). Challenges in abdominal injuries for the surgeon and the role of actinodiagnostics. *TJTES Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery*, İstanbul, 252.

Penetrating Abdominal Trauma: Guidelines Evaluation (09.08.2004), <http://www.trauma.org/index.php/main/article/414/> (30.07.2007).

Rauen, C. A., Sinks, J. B. (2006). Trauma. Chulay, M., Burns, S. M. (Eds.). *AACN Essentials of Critical Care Nursing*. The McGraw-Hill Companies, USA, 371-379.

Taviloğlu, K. (2003). Staged Abdominal Re-operation For Abdominal Trauma. *Ulusal Travma Dergisi*, 9(3): 149-153.

Thelan, L. A., Urden, L. D., Lough, M. E., Stacy, K. M. (1998). Trauma. *Critical Care Nursing Diagnosis And Management*. Third Edition, Mosby, St. Louis, 1051-1096.

Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., Cheever, K. H. (2008). Emergency nursing. *Brunner&Suddarth's Textbook Of Medical Surgical Nursing*. Eleventh Edition, Lippincott Williams& Wilkins, Philadelphia, Volume 2: 2516-2557.

Sovtsov, S. (2002). The new standard of inspection of a trauma of bodies abdominal cavity. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery*, İstanbul, 252.

Şelimen, D. (2002). Nursing care in abdominal trauma, *Ulusal Travma Dergisi*, (Suppl.8): 143-146.