

TRAVMA VE ACİL CERRAHİDE ACİL YARDIM SORUNLARI

Cemalettin ERTEKİN

Ülkemizin gerek çarpık kentleşme ve endüstrileşme, gerekse de aşırı nüfus artışı ile birlikte trafik, iş ve ev kazaları ile şiddet olaylarının artmasına bağlı olarak travmaya maruz kalan hasta sayısı giderek çoğalmaktadır. Travma 0-40 yaş gurubu insanlarda birinci, 45 yaş ve üzeri insanlarda ise dördüncü sırada ölüm nedenidir. Ayrıca beklenen yaşam süresi uzun olan genç insanların sakat ya da iş göremez hale gelmesine yol açarak ağır psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlara da neden olmaktadır (3,6,8,11,12). 1997 yılında *Economist Dergisi*'nde yayınlanan bir araştırmaya göre Türkiye her kat edilen 100 kilometrede meydana gelen trafik kazalarında ölüm oranında dünya birincisi olmuştur. Türkiye'de her 100 kilometrede olan 5134 kazada 11 kişi can verirken, ikinci sırada yer alan Güney Afrika'da bu sayı 10, 14'üncü sırada yer alan İsveç'te ise 1 kişidir. En çok ölümcül trafik kazasının meydana geldiği Amerika Birleşik Devletleri'nde ise her 100 kilometredeki ölü sayısı yalnızca ikidir. Ölümcül trafik kazalarının yoğunluğuna rağmen ölen insan sayısının bu kadar düşük olmasının nedeni hastane ve hastane öncesi travma organizasyonunun mükemmelliğine bağlıdır (8,12).

Türkiye'de son zamanlarda medyanın zorlaması ve Avrupa toplumuna uyum çabaları çerçevesinde travmalı hasta bakımı sık sık gündeme gelmeye başlamış, böylece bu konudaki organizasyonsuzluk kamuoyunun gözleri önüne serilmiştir. Kabul etmek gerekir ki, Avrupa'da trafik kazalarında birinciliği elinde tutan terör olayları ve toplu felaketlerin artarak sürdüğü ülkemizde travma bakım sistemlerinin ve travma eğitiminin Ulusal düzeyde organizasyonu artık kaçınılmaz hale gelmiştir. Travma ve Acil Cerrahi organizasyonunu Hastane Öncesi ve Hastane olarak iki başlık altında incelemek uygun olur.

Hastane Öncesi Organizasyon

a) Haberleşme: Ülkemizde günlük yaşamda karşılaşılan acil problemler karşısında görevlileri olay yerine çağırarak için aranması ve bilinmesi gereken bir çok telefon numarası vardır. Mevcut sistemde, acil sağlık problemleri için 112 telefon numarası ile ulaşılabilen Hızır Acil, adli sorunlar için 155 telefon no'lu Polis İmdat ve 156 no'lu Jandarma Merkezleri, trafik sorunları için 154 no'lu Acil Trafik hattı ve yangın için de 110 telefon no'lu İtfaiye Merkezi bulunmaktadır (11). Bu tablodan da görülebileceği gibi çok başlı bir acil olaylar sistemi mevcuttur. Halbuki gelişmiş birçok ülkede olduğu gibi bu olayların hepsini tek bir merkezden yönetmek ve beş ayrı telefon numarasını bir telefon numarasına indirmek mümkündür. Bu Amaçla Amerika Birleşik Devletleri'nde 911, İngiltere'de ise 999 no'lu telefonlar kullanılır.

maktadır (9,11). Böylelikle adli bir olay için merkezi telefon arandığında olay hakkında alınan kısa bilgi sonrası gerekli birimler (polis, ambulans, itfaiye) ayrı ayrı ya da aynı anda olay yerine yönlendirilmektedir. Yine ülkemizde büyük ek-sikliği hissedilen ambulans sistemleri ile acil merkezi ve merkez ile hastaneler arasında hızlı ve etkin bir haberleşme ağının kurulması son derece önemlidir.

b) Eğitim: Trafik kazalarına bağlı ölümlerin % 50'si anında olay yerinde meydana gelmektedir. Bu ölümleri engellemek için en etkin yol, travmaya neden olan etkenlere ve bu etkenlerden korunmaya yönelik halk eğitimi ile yetkili kişilerin koruyucu önlemleri alarak bunları titizlikle uygulamalarına bağlıdır. Örneğin trafik kazalarının önlenmesinde hız sınırlaması ve alkollü araba kullanılmasının engellenmesi, kazaları azaltırken, motosiklet kullananların kask, araba sürücülerinin ise emniyet kemeri kullanmaları kaza olsa dahi ölüm oranlarını düşürmektedir (3,6,8,11,12).

c) Araç-gereç: Hastane öncesi organizasyonun en önemli aracı olan ambulansların, gerek olay yerinde gerekse de transport sırasında hastaya hayat kurtarıcı her türlü müdahaleyi yapacak donanımına sahip olması gerekir (2,6,11). Travmatik ölümlerin % 30'u ilk 3 saat içinde olan ölümler olup bu hasta gurubunda ölüm oranlarının düşürülmesi hastane öncesi organizasyonun, dolayısı ile transport sistemlerinin başarısına bağlıdır. Hastaların olay yerinden ambulansla alınması, bu hastaya bilinçli ilk müdahalenin yapılması yanında hastanın yaralanma ciddiyetine göre tedavi edilebileceği en yakın hastaneye ulaştırılmasını ve hastanın hayatta kalması için çok önemli olan zaman kaybının en aza indirilmesini sağlar. Ülkemizde travmaya maruz kalan hastaların % 90'ından fazlasının halâ kendi imkanları ya da yardımsever vatandaşlar tarafından en yakın sağlık kuruluşlarına geldikleri dikkate alındığında bu konuda çok uzun mesafeler kat etmemiz gerekliliği açıktır.

d) Personel: Hastane öncesi organizasyonda ambulans sistemlerini yönetecek ve olay yerinde acil hastalara zamanında etkili müdahaleyi yapabilecek sağlık personellerinin varlığı mortalite ve morbiditeyi azaltmak açısından son derece önemlidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde bu amaçlar ile yetiştirilen Acil Tıp Teknisyenleri başarılı hizmetler vermektedir. Acil tıp teknisyenleri, kendi içlerinde gruplara ayrılmaktadırlar. Bunlar: 1- Ambulansta hizmet veren acil tıp teknisyenleri, 2- Ara hizmet veren acil tıp teknisyenleri, 3- Paramedikler'dir. Ambulansta hizmet veren acil tıp teknisyenleri kardiopulmoner resüsitasyon, hava yolu açma, kanama kontrolü, kırıkları atele alma, bandaj gibi girişimleri yapabilmekte ve ağır kurtarma gereçlerini kullanabilmektedirler.

Ara hizmet veren acil tıp teknisyenleri ise bir önceki gruba ek olarak; şok tanı ve tedavisini yapabilmekte, damar yolunu açabilmekte, entübasyon ve defibrilasyon uygulayabilmekte ve basit düzeyde EKG yorumu yapabilmektedirler. Paramedikler ise tüm bunların yanında, kardiovasküler acillerin farmakolojik tedavisi, pnömotoraks dekompresyonu gibi konularda bilgi ve beceri sahibidirler (7,10). Ülkemizde de son yıllarda bu amaca yönelik okullar açılmış ancak mezun olan insanların nerelerde görevlendirilecekleri henüz belirlenememiştir. Hızır acil ambulanslarında genellikle pratisyen hekimler ile bu hizmet verilmektedir. Bu hekimlerin özellikle travmalı hastaya bilinçli yaklaşımları konusunda Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Derneği aracılığı ile Travma ve Resüsitasyon Kursları düzenlenmektedir.

Hastane

Bina, araç-gereç: Özellikle Amerika Birleşik Devletleri gibi gelişmiş ülkelerde travma hastasına travma sonrası bakımın tüm aşamalarının gerçekleştirilebildiği travma merkezleri kurulmuştur. Bu merkezler özelliklerine göre birinci, ikinci ve üçüncü derece olarak sınıflandırılmıştır (7,10). ABD'deki bu merkezler ayrıca; lokal, çevresel ve bölgesel travma merkezleri olarak da sınıflandırılmaktadır. Lokal travma merkezlerinde temel yaşam desteği doktor ve yardımcı sağlık personeli tarafından uygulanır, özel bir bakım olmayıp diğer merkezlere nakil yapılmaktadır. Çevresel travma merkezlerinde tıbbi ve yardımcı sağlık personeli 24 saat boyunca yaşam desteği ve tam hasta bakımı yapabilmektedir. Bölgesel travma merkezleri ise üniversitelerde bulunmakta, ileri tedavi ve eğitim desteği sağlamaktadırlar.

Ülkemizde travma merkezleri bulunmadığından, derecelendirilmeleri de yapılamamıştır. Ancak sağlık kuruluşları birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak sınıflandırılmaktadır. Sağlık ocakları, semt poliklinikleri, ana ve çocuk sağlığı merkezleri, dispanser ve sağlık istasyonları birinci basamakta yer almaktadır. Devlet hastaneleri, SSK hastaneleri, MSB hastaneleri vb. ikinci basamak olarak adlandırılmaktadır. Üniversite hastaneleri ve özel dal hastaneleri gibi referans hastaneleri ise üçüncü basamakta kabul edilmektedir (4,5,11). Türkiye'de bir çok sağlık kuruluşunda daha plan aşamasında acil servislerin unutulduğu ve daha sonra zorlama alanlara acil servisler kurularak hizmet verilmeye çalışıldığı görülmektedir. Bu alanlar çoğunlukla basık, havasız ve birçok hastaya aynı anda hizmet vermeye uygun olmamaktadır. Seçme sansı olmayan hasta adeta bu şartlara mahkum edilmektedir. Acil ünite binaları geniş ve ferah olmalı, hasta kapıdan rahatça karşılanabilmeli, muayene tetkik ve müdahale alanlarına kolayca ulaşılmalıdır. Hastanelerin acil servislerinin girişleri ayrı olmalıdır. Bu amaçlarla acil üniteler hasta kabul ve triaj alanları, ayaktan tedavi alanı, acil tedavi ve resüsitasyon alanı, küçük cerrahi işlem alanı, gözlem alanı, acil ameliyathane, röntgen, laboratuvar, yoğun bakım, güvenlik birimi, ambulans rampası ve helikopter pisti ile morg bölümlerinden oluşmalıdır.

Sağlık ekibi: Türkiye'de tek işi travma hastalarına bakmak olan bir hekim grubu maalesef yoktur. Multipl travmalı hastalar, hastanın en fazla hangi cerrahi branşı ilgilendirdiğine inanılıyorsa o cerrahi branş tarafından üstlenilmekte, hasta bir bütün olarak ele alınmadığından da diğer yaralanmaların lokal ve/veya sistemik etkileri gözden kaçabilmekte, bu da hastanın mortalite ve morbiditesini arttırmaktadır. Ülkemizde travmalı hasta bakımının genellikle değişik cerrahi branşlardaki hekimlerin ikinci işi olarak yürütülmesi de bu hastaların bakım ve tedavisinde gecikme ve sorunlara yol açmaktadır. Ayrıca hekimlerin bunu ikinci bir iş kabul etmesi nedeni ile hasta bakımından daha önemli olan travmanın önlenmesi ve ilk yardım eğitimi ile travma organizasyonu konularında yeterli çalışma yapılamamaktadır. Türkiye genelinde 697 Genel Cerrahi uzmanı ile yapılan bir ankette cerrahların % 98'i travmalı hastaya yaklaşımda sorunları olduğunu belirtmiştir. Ülkemizde de travma ve acil cerrahi, travmayla sık karşılaşan, ancak buna rağmen ölüm ve sakat kalma oranları düşük olan gelişmiş ülkelerdeki gibi değişik branşlardaki cerrahların ikinci işi ya da angaryası konumundan çıkarılarak bu konuda ihtisaslaşmış ve travmayı kendine ilk ve tek iş olarak kabul etmiş travma ve acil cerrahi uzmanları tarafından koordine edilmelidir. Bu uzmanlar hem travma hastasının kısa sürede ve en iyi şekilde tedavi edilmesini, hem de bundan daha önemli olan travmadan korunma ve travma organizasyonunun geliştirilmesinde önemli görevler üstleneceklerdir (6,11).

Sonuç olarak

1. Ülkemizde Travma ve Acil Cerrahi hastalarının bakımı yeterli düzeyde değildir. Bunun nedenleri hastane öncesi travma organizasyonunun eksik oluşu, bir çok hastanemizin travmalı hastaların bakımı konusunda gerekli araç ve gerece sahip olmaması, eğitilmiş travma cerrahlarının bulunmayışındır.

2. İdeal travma sistemi, travmanın önlenmesine yönelik önlem ve eğitim, hastane öncesi organizasyon ve transport, hastanede tanı ve tedavi ile hastane bakımı sırasında ve sonrasında rehabilitasyon işlemlerinin uygulanmasını içerir. Ülkemizde bu alanların hepsinde önemli eksiklikler mevcuttur.

3. Eğitilmiş travma cerrahı ve travma bakım ekipleri olmayan ünitelerde travma olguları istenmeyen olgu özelliğini sürdürmektedir. Bunun nedenleri mortalite ve morbiditenin yüksek olması, ekonomik ve medikolegal problemler yanında travma sonrası bakımın yeterince bilinmemesidir.

4. Ülkemizde Travma ve Acil Cerrahi vakit geçirilmeden bir üst ihtisas dalı olarak kabul edilmeli ve travma olgu sayısı yeterli olan eğitim hastanelerinde Travma ve Acil Cerrahi bölümleri açılarak travma organizasyonu ve travma hastasının bakımında çok önemli olan Travma ve Acil Cerrahi uzmanları yetiştirilmelidir.

5. Travma ve Acil Cerrahi uzmanlarının yetiştirmelerine paralel olarak eğitim hastaneleri ve travmanın sık görüldüğü taşra hastanelerinde gerekli özelliklerde travma merkezleri kurulmalıdır. Bu merkezler bir taraftan hastalara gerekli bakımı sunarlarken, diğer taraftan da bölgelerinde travma ve hastane öncesi sistemlerin organizasyonunda rol almalıdırlar.

KAYNAKLAR

- 1- Adaş G: Hastanelerde acil ve kaza servislerinin planlanması ve fiziksel organizasyonu: İstanbul ilinde farklı statüde üç eğitim hastanesinin acil ve kaza servislerinin değerlendirilmesi, *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul (1996).
- 2- Campbell JP: Ambulance arrival to patient contact: the hidden component of prehospital response time intervals, *Ann Emerg Med* 22:1254 (1993).
- 3- Çakmakçı M: Travmaya genel yaklaşım, "Sayek İ (ed): *Temel Cerrahi*" kitabında cilt 1, s. 219 (1991).
- 4- Dadan K, Yapıcı G, Demircan Ç, Şahin Ü, Vehid S, Can G, Toprak S, Yüceokur AA, Kaypmaz A: İstanbul ilinde kamuya ve özel sektöre ait sağlık kuruluşlarının ilçelere göre dağılımı, *V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, İstanbul 1996.
- 5- Eren N: Kentlerde birinci basamak sağlık hizmetleri, *Toplum ve Hekim* 10:58 (1995).
- 6- Ertekin C, Belgerden S: Travmalı hastaya ilk yaklaşım ve resüsitasyon, *Ulusal Travma Derg* 1:117 (1995).
- 7- Fowler J: ABD'de sağlık hizmetlerinin organizasyonu, *Toplum ve Hekim* 9:36 (1995).
- 8- Jacobs BB, Jacobs LM: Injury epidemiology, "Moore EE, Mattox KL, Feliciano DV (eds): *Trauma*" kitabında s. 15, Appleton&Lange, Connecticut-USA (1991).
- 9- Rutherford HW: *Accident and Emergency Medicine*, s. 55, Churchill Livingstone Ltd., Edinburgh (1989).
- 10- Saletta JD, Geis WP: Initial assessment of trauma, "Moylan JA (ed): *Principles of Trauma Surgery*, 2nd ed." kitabında s. 1.2, Raven Press, (1992).
- 11- Taviloğlu K, Ertekin C, Türel Ö, Günay K, Güloğlu R, Kurtoglu M: İstanbul ilinde tıbbi acil yardım düzeyi ve sorunları konusunda saptama ve öneriler, *Ulusal Travma Derg* 4:95 (1998).
- 12- Trunkey DD: Trauma, *Sci Amer* 249:3 (1983).