

Kulak Burun Boğaz Travmalı Hastanın Değerlendirilmesi

Prof. Dr. Erkan Karataş

ARAÇLAR	<ul style="list-style-type: none">- Işık kaynağı, abeslang- Otoskop, kulak spekulumu- Diyapozon- Burun spekulumu
YouTube	
Basamak Numarası	BASAMAKLAR
1. *	Solunum zorluğu bulguları yönünden hastayı değerlendirir. ¹
2.	Kanama açısından hastayı değerlendirir. ²
3.	Maksillofasiyal muayene (Orbita kemikleri, mandibula, nazal kemikler, zigoma, maksilla, dişler, yüz cildi) bimanuel palpasyon ile yapar. ³
4.	Aurikula kepçesi, dış kulak kanalı ve timpanik membranlara otoskop yardımı ile bakar. ⁴
5.	Burun içini ışık kaynağı ve burun spekulumu ile değerlendirir. ⁵
6.	Oral kavite, dil, ağız tabanı, bukkal mukozayı abeslang ve ışık kaynağı ile değerlendirir. ⁶
7.	Boyununun tüm bölgelerini bimanuel palpasyon ile değerlendirir. ⁷
8.	İşitme kaybı açısından hastayı değerlendirir. ⁸
9.	Baş dönmesi açısından hastayı değerlendirir. ⁹
10.	Periferik fasiyal paralizi açısından hastayı değerlendirir. ¹⁰

* Altın standart basamağı göstermektedir

¹ Kulak Burun Boğaz (KBB) bölgesi üst hava yolunu oluşturur. Oral kaviteden ve burundan hava girer, ve burun içinde ısıtılır, nemlendirilir. Daha sonra orofarinks, hipofarinks ve larinksden geçerek trakeaya oradan da akciğerlere ulaşır. Travmalı hastada oral kavite ve dildeki yaralanmalar, kanama ve hematoma havanın orofarinksden alt solunum yoluna gitmesini engelleyebilir. KBB travmalı hastada bu neden ile öncelikli olarak ağız içine dile bakmak gerekir. Dil geriye doğru kaymış, laserasyona uğramış olabilir, kanama ağız içini doldurmuş olabilir, dişler kırılmış ve ağız içini tıkamış olabilir. Bu tür durumlar ciddi solunum sıkıntısına yol açar, patolojiler düzeltmez ise hasta solunum arrestinden ex olabilir. Acil olarak trakeotomi açmak gerekebilir. KBB travmalı hastada öncelikli olarak solunum yollarının kontrol edilmesi gerekir, üst hava yolu açık hale getirilemiyor ise, beklemeden trakeotomi açılmalıdır.

² KBB travmalı hastada kanama oluşabilir. Burun kanamaları sık görülür. Burun içi mukozasında yüzeysel binlerce kapiller damarlar bulunur. Travmaya sekonder olarak burun içinde kan gelebilir. Kontrol altına almak için burun içi aspire edilmelidir, anterior veya posterior tampon konulmalıdır. Ağız içi yaralanmalarına bağlı ağızda kan birikebilir, acil üst hava yolu obstrüksiyonu yapabilir. KBB travmalı hastada ağızda kanama mevcut ise aspire edilmeli ve durdurulmaya çalışılmalıdır. Boyun travmalarında da vasküler yaralanmalar olabilir, ciddi boyutlara ulaşan hematomlar gelişir ve üst solunum yolu problemi oluşturabilir. Boyun ve yüz cildinde kesilere bağlı kanamalar olabilir, kesiler sütüre edilince kanamalar da durur.

³ KBB travmalı hastada maksillofasiyal muayene önemlidir. Bölge cildinde bir kesi olabilir. Eldiven giyilerek bimanuel olarak göz çevresinde orbital kemikler palpe edilir. Kemikte krepatasyon, ağrı ve simetrisi değerlendirilir. Alında frontal kemik bölgesi palpe edilir. Çökme kırığı olup olmadığına bakılır. Her iki zigoma kemiği simetrik olarak palpe edilir. Üst çene maksilla kemiği palpe edilir ve öne doğru çekilir. Ağız içinden de sert damağı oluşturan maksilla, parmaklar ile yoklanır. Kemik bütünlüğü kontrol edilmiş olur. Nazal kemiklerde tek el ile palpe edilir, ağrı, krepatasyon ve nazal aks deviasyonu olup olmadığına bakılır. Mandibula kondilden ve ramusdan başlanarak, gövdesine kadar sağ ve solda aynı anda bimanuel palpasyon ile muayene edilir. Kemik direncine, fraktür hattına bakılır. Ağız içinden de oklüzyona bakılır. Alt ve üst molar dişlerin bir araya gelip gelmediğine, üst ve alt çenenin hareketlerine ve diş kaybı olup olmadığına bakılır. Ağız içinden bimanuel olarak mandibula kondilleri değerlendirilir.

⁴ Aurikula kepçesinde kesi, kopma ve laserasyonlar oluşabilir. Otoskop ve uygun kulak spekulumu ile dış kulak kanalı incelenir. Kafa tabanı ve temporal kemik fraktürlerinde dış kulak yolu arka üst bölgesinde kanama ve beyin omurilik sıvısı kaçağı olabilir. Dış kulak yolu cildi kanayabilir. Timpanik membranlara yine otoskop yardımı ile bakılır. Kafa tabanı ve temporal kemik fraktürlerinde, orta kulakda kan birikebilir, timpanik membranda hemotimpanum görüntüsü oluşur. Timpanik membranda travmatik perforasyonlar oluşabilir. Atipik ve kenarları kanamalı perforasyonlar direkt görülebilir.

⁵ Sağ ve sol nazal pasajlara ışık kaynağından aydınlatılarak burun spekulumlar ile ayrıntılı bakılmalıdır. Travmaya bağlı septum lükse ve sublukse olmuş olabilir. Çocuk hastalarda septum kırıkdağı ve mukoperiostum arasında kan birikip septal hematomlar gelişebilir. Çocuklarda burun travmasında 2-3 gün sonra gelişen burun tıkanıklıklarında septal hematom düşünülmelidir. Septum veya konka mukozasında laserasyonlar ve kanamalar olabilir. Kafa tabanı kırıklarında, burun içinden beyin omurlik sıvısı kaçağı gelişebilir. Septumda perforasyonlar oluşabilir.

⁶ Oral kavite, dil, ağız tabanı, bukkal mukoza, abeslang ve ışık kaynağı ile değerlendirir. Oral kavite içine dişler dökülmüş olabilir, kanama ve hematom nedeni ile hasta solunum sıkıntısı çekebilir ve bu neden ile hemen aspire edilmelidir. Dil geriye kaçmış olabilir, acil solunum yolu obstrüksiyonu olur ve hasta solunum arresti ile ex olabilir. Hemen dil kontrol edilmeli, geriye kaçmış ise el ile düzeltilmelidir. Dilde kesiler ve kanamalarda oluşabilir ve oral kavite kan ile dolar, solunum sıkıntısı oluşur. Abeslang ile bukkal mukozalar kontrol edilir, üst 2. molar diş hizasında parotis bezi stenon kanalı ağızda yaralanma olup olmadığına bakılır. Abeslang ve palpasyon ile dil altında ağız tabanına bakılır, submandibuler glandların açılma delikleri olan wharton kanalı ağızları kontrol edilir. Dile abeslang ile bastırılarak yumuşak damak, uvula, tonsiller ve orofarinks kontrol edilir. Bu bölgelerde travmaya bağlı hasarlar olup olmadığına bakılır.

⁷ KBB travmalı hastada boyunda da yaralanmalar oluşabilir. Boyun cildinde yüzeysel ve derin kesilere bağlı kanamalar da oluşur. Boyunda önemli vasküler yapılar, travmaya bağlı hasar görülebilir. Ven ve arter yaralanmaları boyunda kanama, hematom ve şişliğe neden olur, çok ileri durumda solunum sıkıntısına da yol açar. Boyunda büyük arter ve venler kesi yaralanmalarına bağlı hasarlanabilir ve hayatı tehdit eden kanamalara neden olur. Acil olarak patolojilerin düzeltilmesi gerekir. Boyun künt yaralanmasında larinks kırıkdağı çatısı fraktürü görülür, bu durumda hastada ani ses kısıklığına ve solunum sıkıntısına yol açabilir. Larinks bölgesinde cilt de ödem ve ekimoz oluşabilir.

⁸ Kulak ve temporal bölge künt yaralanmalarında işitmenin değerlendirilmesi gerekir. Orta kulak travmalarında, longitudinal temporal kemik fraktürlerinde ve timpanik membran perforasyonuna bağlı veya orta kulak kemikçiklerinin subluksasyonuna bağlı iletim tipi işitme kaybı görülür. Transvers temporal kemik fraktürlerinde kırık hattı iç kulaktan veya koklear sinirden geçebilir. Bu durumda ilgili taraftaki kulakta sensörinöral işitme kaybı görülür. Hastanın bilinç durumu açık ise diyapozon testleri ile hasta başı işitme değerlendirilmesi yapılır. Rinne testinde, 512 Hz'lik diyapozon titreştirilir. Titreşen diyapozon alt ucundan, test yapılacak kulağın mastoid kemik tepesine yerleştirilir. Hastaya, diyapozon titreşiminin duyulup duyulmadığı sorulur. Hasta titreşimi duyuyor ise, titreşim sesi bitene kadar mastoid kemik üzerinde diyapozon bekletilir. Hasta sesin bittiğini söylediği anda, diyapozon hızlıca aurikula dış kulak yolu önüne getirilir. Hastaya, dış kulak kanalından diyapozon titreşimini duyup duymadığı sorulur. Hasta sesi duymuyor ise Rinne negatif sonuç ile o kulakta iletim tipi işitme kaybı vardır. Titreşen diyapozonu mastoid kemik üzerinde hasta duymuyor ise, o kulakta total işitme kaybı vardır.

⁹ İç kulak denge merkezidir. Kafa travmalarına sekonder iç kulakta utrikül ve sakkülde bulunan otolit yapılar semisirküler kanala kaçabilir. Bu durumda BPPV (Benign pozisyonel paroksizmal vertigo) oluşur. Baş dönmesi pozisyonla ilişkilidir, saniyeler içinde olur ve geçer. Transevers veya longitudinal temporal kemik fraktürlerinde kırık hattı iç kulakta vestibül veya semisirküler kanallardan geçer. Bu durumda çok şiddetli baş dönmesi oluşur, günlerce devam eder ve her pozisyonda oluşur.

¹⁰ KBB travmalı hastada periferik fasiyal paralizi görülebilir. Fasiyal sinir muayenesi yapılmalıdır. Yüz bölgesinin kesici aletler ile yaralanmasına bağlı, fasiyal sinirin yüzün mimik kaslarına giden

dallarında kesilebilir ve periferik fasiyal paralizi oluşur. Temporal kemik kırıklarında da periferik fasiyal paralizi görülebilir. Longitudinal ve daha çok transvers temporal kemik travmalarında kırık hattı fasiyal sinirin labirentin, timpanik veya mastoid segmentinden geçebilir. İşitme kaybı ile birlikte periferik fasiyal sinir paralizi de görülür.