

KAFA TRAVMASI VE ŞUUR BOZUKLUKLARI

Dr. Aydın PAŞAOĞLU**

Ö Z E T :

Kafa travmalı hastaların şuur seviyesi ve fokal nörolojik özelliklerinin klinik olarak izlenmesi bu hastaların tedavilerini yönlendirmede temeli oluşturur. Şuur bozuklukları değerlendirmelerinin önemine rağmen kliniklerimizin çoğunda bu konuda belirli bir sistem mevcut değildir.

S U M M A R Y :

«Head Injury and Impaired Consciousness»

Clinical monitoring of conscious level and focal neurological features is the foundation of the management of head injured patients. In spite of the importance of assessing impaired consciousness there is no determined system exists in most of our clinics.

Kafa travmasında olaya karışabilecek üç oluşumdan (Kafa derisi, kafa tası ve beyin) herhangi biri diğerleri takılmaksızın zedelenebilir. Bu nedenle kafa travmasını tanımlayan kesin kriterleri belirlemek zorlaşmaktadır. Kafa travmasında önemli olan husus beyin zedelenmesi veya daha sonra zedelenmeye sebep olabilecek olayların oluşmasıdır. Jennett ve ark. (6), kafa travmasının tanımında, kafaya bir darbenin kesin hikayesi, alın veya kafa derisi kesisi ve çok kısa süreli bile olsa şuur değişmelerini kriter olarak kullanmışlardır. Ağır kafa travmasının tanımı ise tartışma konusudur. Bu tanımlamada en büyük zorluk çarpma harabiyetinin şiddeti ile onu izleyen ikincil olayların harabiyet derecesini birbirinden ayırt etmededir. Sonucu her iki olayın birleşimi belirlemekle birlikte öyle durumlar vardır ki bunların ayırt edilmesi hayati önem taşır. Son yıllarda, kafa travmasından sonra yaygın nöronal nekrozların ve diğer infarkt tiplerinin çoğunlukla ikincil bir olay

(**) E. Ü. Tıp Fak. Nöroşirürji Anabilim Dalı Öğr. Üyesi.

olarak ortaya çıktığı anlaşılmıştır (4, 5).

Kafa travmasının ağırlığını tanımlamaya yönelik çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Patolojik temele dayanan International Classification of Diseases (ICD) sınıflandırması (18), klinik alanda ağırlık derecesini ifade etmekten uzaktır. Hastanede kalma süresi ölçü olarak ileri sürülmüşse de uzun süre kalmanın genellikle ekstrakranial travmalara bağlı olduğu ve bu gibi kalma süresinin güvenilir bir rehber olmadığı belirtilmiştir (10).

Tam şuurumsuzluk ile beyin harabiyetinin ağırlığı arasında sıkı bir ilişkinin olduğu gözlenmiş ve şuurun yeniden kazanılması sırasında hastanın en son geri dönen beyin fonksiyonunun «hafıza» olduğu tesbit edilmiştir (12). Post travmatik amnezi (PTA) olarak anılan, travma ile hafızanın geri dönmesi arasındaki sürenin kafa travmasının çeşitli şekilleri ile yakın ilişkiler gösterdiği ve dolayısı ile travmanın ağırlığı ile uygunluk içerisinde olduğu belirtilmiştir (7, 9, 13, 14). Bununla beraber travmanın erken döneminde PTA'nin bir anlam taşımayacağı açıktır. Retrospektif bir ölçü niteliğinde olan PTA süresi hastaların geç takip ve değerlendirilmesinde önem kazanırsa da ya hastanın kendi ifadesi ya da yakınlarının gözlemlerine dayanmak zorunluluğu gibi genede eski bir yönü kalır.

Yarım asır önce Symonds (15) kapalı kafa travmaları sonucu gelişen beyin harabiyetinin derecesini belirlemede «şuurumsuzluk» süresi'nin bir ölçü olabileceğini ileri sürmüştür. Beynin orta hat yapıları, orta beyin ve beyin sapının ılımlı harabiyeti, şuur kaybı veya bozukluğunu doğurur (2). Serebral korteksin şuur kaybı veya bozukluğunu ortaya çıkarabilmesi için şiddetli ve yaygın harabiyete uğraması lazımdır (11). Böylece şuurumsuzluk ve onun süresi, yaygın beyin harabiyeti ve şiddeti hakkında güvenilir bir ölçü niteliği göstermektedir.

Şuur seviyesinin bozukluğu, beyin harabiyeti ve şiddetinin bir ölçüsü olmakla birlikte ağır fokal beyin harabiyeti olan fakat komada olmayan hastalarda şiddetli veya yaygın nörolojik fonksiyon kaybı görülebilmektedir. Bu yüzden tek başına «şuur seviyesi» nörolojik fonksiyon kaybının her zaman mutlak belirleyicisi değildir. Ancak beyin harabiyetini ölçmede kolay ve her an uygulanabilen aynı zamanda tedavinin etkinliği ve şekli, hastanın prognozu ve elde edilecek sonuçların diğer hastalara uygulanması yönünden

önemli ve pratik bir kriterdir. Şuursuzluk veya komanın ne olduğunu tanımlamadan onun süresini de belirlemek mümkün değildir. Plum ve Posner'e (11) göre koma «dış ve iç uyaranlardan haberdar olma veya cevap verme yeteneğinden yoksun olma hali» dir. Dünyü Nöroşirürji Cemiyetleri Federasyonunun kafa travması komitesi komayı «gözlerin sürekli kapalı olma, süre göz önünde bulundurulmaksızın uyanık olmama, cevap vermeme durumu» olarak tanımlar (3). Teasdale ve Jennett (16) komadaki hastayı «emirleri yerine getirmeyen, kelimeler söylemeyen ve gözlerini açmayan» olarak tanımlamışlar ve değişik şuur seviyelerini yansıtan pratik bir çizelge önermişlerdir. Yazarlar bu tanımlama ile komanın en az 6 saat sürmesi halinde kafa travmalı hastayı «ağır kafa travması» geçirmiş olarak nitelendirilmektedirler (8, 16, 17).

Gözler açık	_____	Spontan	4
	_____	Sese	3
	_____	Ağrıya	2
	_____	Hiç	1
Verbal cevap	_____	Oriente	5
	_____	Konfü	4
	_____	Uygunsuz kelimeler	3
	_____	Anlamsız sesler	2
	_____	Hiç	1
Motor cevap	_____	Emirleri yerine getiriyor	6
	_____	Ağrıyı lokalize ediyor	5
	_____	Normal fleksiyon (çekme)	4
	_____	Anormal fleksiyon (kasılma)	3
	_____	Ekstansiyon	2
	_____	Hiç	1

Teasdale ve Jennett'in önerdikleri «Glasgow koma çizelgesi» (17) tek başına komalı hastaların beyin fonksiyon bozukluğunu yeterince açıklamamakla birlikte hastanın şuur seviyesini izleme yönünden basit, pratik ve hasta takibinden asıl sorumlu olan hem-

şire tarafından kolayca uygulanabilir olması açısından büyük de-
ğer taşımaktadır. Bu çizelgenin diğ er önemli bir yanı da hastanın
vereceğ i her cevap için belirli bir puanın olması ve toplam puan
sayısından hasta hakkında yeterli bir fikir edinilebilmesidir.

Ağır kafa travması değ iş ik seviyelerde şuur bozuklukları ile
seyreder ve bunları tanımlamak için, çoğ u kez kavram kargaşası
yarat an bir takım terimler kullanılır. Pratikte koma kelimesinin
kullanım alanı genişletilmiş ve bazen de objektif olmaktan uzak
kalmıştır. Bilindiğ i gibi kliniklerde semi koma, ağır veya hafif
koma, stupor, somnolans ve şuur bulanıklığı gibi terimler gelişi gü-
zel kullanılmakta olup çoğ u kez gerçek anlamını yansıtmamakta-
dır. Kafa travmalı hastaların şuur seviyelerini değ erlendirmede,
travmanın ağırlık derecesini belirlemede her ş eyden önce kavram
ve kriterlerin standartlaşması gereğ i ortadadır.

K A Y N A K L A R

1. Field, J. H. : Epidemiology of head injuries in England and Wales. Her Majesty's Stationery office, London. 1979.
2. French, J. D., and Magoun, H.W. : Effects of chronic lesions in central cephalic brain stem of monkeys. Arch Neurol. Psychiatry, Chicago 68 : 591 - 604, 1952.
3. Frowein, R.A. : Classification of coma. Acta Neurochir. 34 : 5 - 10, 1976.
4. Graham, D. I., and Adams, J.H. : Ischemic brain damage in fatal head injuries. Lancet i : 265 - 266, 1971.
5. Graham, D.I., Adams, J.H., and Doyle, D. : Ischemic brain damage in fatal non - missile head injuries. J. Neurol. Sci. 39 : 213 - 234, 1978.
6. Jennett, B., Murray, A., Mc Millan, R., et al. : Head injuries in Scottish hospitals. Lancet ii : 696 - 698, 1977.
7. Jennett, W.B. : An Introduction to Neurosurgery. End Edn. Henemann, London, 1970 pp. 235.
8. Jennett, B., and Teasdale, G. : Aspects of coma after severe head injury. Lancet i : 878 - 881, 1977.
9. Lancet. Editorial : The best yardstick we have. ii : 1445 - 1446, 1961.
10. Mac Millan, R., Strang, I., and Jennett, B. : Head injuries in primary surgical wards in scottish hospitals. Health Bull. (Edinb.) 37 : 75 - 81, 1979.
11. Plum, F., and Posner, J.B. : The Diagnosis of Stupor and Coma. 3 rd Edn. Davis, Philadelphia, 1980 pp. 1 - 30.