

Birinci basamakta yara ve yanık bakımı Wound and burn management in primary care

Oktay Sarı¹, Tamer Onar², Ümit Aydoğan¹

¹Yrd.Doç.Dr., Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Etlik/Ankara, Türkiye

²Asistan Dr., Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Etlik/Ankara, Türkiye

Özet

Yanıklara birinci basamakta sık rastlanır. Çoğu hasta aile hekimlerince tedavi edilebilir. Hastanın yaşı, yanık bölgesinin genişliği, derinliği, yanık sebebi ve doğru bir ilk yardım, prognozda etkilidir. Yanık yüzey alanını ve sevk kriterlerini bilmek, birinci basamak hekimleri için önem taşır. Yanıklı hastada ilk yardımın bilinmesi çoğu vaka için kurtarıcı olabilir. Bu olayları önlemek için tedbirler alınması da özellikle çocuklar ve yaşlılar için çok önemlidir. Son 50 yılda yanık tedavisinin patofizyolojisinin daha fazla anlaşılmasıyla birlikte mortalite ve morbidite oranları azaltılmıştır. Amaç yara iyileşmesinin mümkün olduğu kadar erkene alınması ve mortalitenin azaltılmasıdır. Yaralıya ilk birkaç saatte yapılan tıbbi yardım yanık tedavisinin sonucunu büyük oranda belirler.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak, yanık, yara

Abstract

Burns are common in primary care. Family physicians can treat most cases. Age, extent of burn area, depth, agent and correct medical intervention determining to prognosis. It is important for physicians to know the surface area and referral criteria. Most cases can be the savior for everyone to know first aid. Measures to prevent these events is very important especially for children and the elderly. Further understanding of the pathophysiology of burn treatment in the last 50 years with reduced mortality and morbidity rates. Wounded in the first few hours of medical assistance largely determines the outcome of treatment of burns.

Key words: Primary care, burn, wound

Kabul tarihi:5 Kasım 2011

Giriş

Yanıklar, özellikle ev kazaları sonucunda oldukça yaygın karşımıza çıkan vakalardır. Büyük fiziksel ve ruhsal yıkım yaratırlar. Önemli derecede skar bırakır ve tedavisi için özel merkezler gerekir (1). ABD’de her yıl tahminen 1,25 milyon yanık vakası olmakta, 12500 hasta yanık ünitelerinde tedavi görmektedir (2). Epidemiyoloji konusunda ülkemizde yapılmış bölgesel yayınlar mevcuttur (3,4,5). Yanık vakalarının yarısına yakını çocuklar oluşturmaktadır (6). Yanık etkenleri sıklık sırasına göre haşlanma ve alev yanıkları, elektrik yanıkları ve kimyasal yanıklardır. En sık üst ve alt ekstremitelerde yanıklar görülür ve ikinci derece yanıklar en fazladır. Tüm vakaların yaklaşık yarısı pansumanla iyileşir. Diğer vakalar cerrahi işleme ihtiyaç duyar. Mortalite oranı %6–7 civarındadır. Sepsis ve inhalasyon yanıkları en sık mortalite nedenleridir (7). Ailelerce yapılan bilinçsiz müdahaleler de (yoğurt, diş macunu vs. sürülmesi) mortalite ve morbiditede önemli bir etken olarak tespit edilmiştir (1,3,4,5,6).

Çocuklarda mortalite nedenleri arasında, yanıkların hem yaş hem de bölge olarak 2-3. sıralarda olması anne babaların daha dikkatli olmasını gerektirmektedir (8). 3 yaş altı hareket özgürlüğünün arttığı, bilinçsiz davranışların görüldüğü bir dönemdir. Bu yaşlardaki çocuklara sahip ebeveynlerin koruyucu hekimlik açısından bilinçlendirilmesi çok önemlidir (6). Haşlanma yanıkları en sık, sıcak su, süt, sıcak yemek gibi sıvıların dökülmesiyle oluşmaktadır. Sıcak sıvılar çocukların uzanabileceği yerlere bırakılmamalı veya kolay devrilmeyecek şekilde dengeli kaplar kullanılmalıdır. Köylerdeki bahçelerde kullanılan tandır, ekmek fırını, mangal gibi cisimlere çocukların yaklaşmaması için tedbirler alınmalıdır. Okul çağı çocuklarında da merak artışına bağlı elektrikli aletler, priz gibi cisimleri kurcalama sonucu elektrik yanıkları görülmektedir. Buna yönelik eğitimler, çocuk kilitleri gibi tedbirler kurtarıcı olabilir. Yaşlılarda görülen yanıkların da neredeyse tamamına yakını haşlanma ve alev yanıkları olduğundan bu bireylerin günlük yaşamına yönelik düzenlemeler yapılması yerinde olacaktır (3,4,5,6,7, 9).

Tablo 1: Yanıkların derinliğine göre sınıflandırılması ve özellikleri (10).

Derece	1	2	3	4
Derinlik	Yüzeysel	Orta	Derin	Çok derin
Etkilenen doku	Epidermisin bir kısmı	Epidermisin tamamı, dermisin bir kısmı	Epidermis ve dermisin tamamı	Kas, kemik
Klinik görünüm	Kuru deri, eritem	Ödem, vezikül, bül	Kuru deri, eskar	Eskar
Ağrı	Ağrılı (+)	Çok ağrılı (+++)	Ağrısız	Ağrısız
Epitelizasyon	Var	Var veya yok	Yok	Yok
Skar	Genelde kalmaz	Sıklıkla kalır	Kalır	Kalır

Yanık alanı ve yanığın derinliği, sınıflandırmada kullanılan yöntemlerdendir. Yanığın, total vücut yüzeyinin ne kadarını içerdiği bilinmelidir. Birinci derece yanıkların ikinci derece yüzeysel yanıklardan ayırt edilmesi ve yanık alanının doğru tespit edilmesi prognoz ve tedavide çok önemlidir (11,12). Yanığın derinliği ajana maruziyet süresi, ajanın sıcaklığı, cilt kalınlığı ve kan akımına bağlı olarak da değişir (13,14).

Yanık yüzdesini bilmek, prognoz ve tedavi için önemlidir (7,15,16). Yanık alanını hesaplamakta pratik bir yöntem 9'lar kuralıdır (2,17). Hatırlanması kolaydır. %20'den küçük yanıklarda kullanışlıdır, %40'ın üstündeki yanıklarda ise tahmin zorlaşır (18). Bebek ve çocuklarda erişkinlere göre kafa büyük ve alt ekstremiteler küçük olduğundan kafa %18 ve alt ekstremiteler %14 olarak hesaplanır (13). Lund-Browder yöntemi, yanık oranını tahmin etmekte daha doğru sonuç verir, ama akılda tutmak zordur. Hastanın avuç içi parmakları dâhil toplam vücut yüzeyinin %1'i kadardır.

Son zamanlarda tanımlanan yeni bir yöntem ardışık ikiye bölme yöntemidir. İlk olarak yanık vücudun yarısını etkilemiş mi bakılır. Yanık %50'den küçükse bu kez de %25'den büyük mü küçük mü bakılır. %25'den küçükse bu kez de üçüncü adımda %12,5'dan büyük mü küçük mü karar verilir (18,19). İnfant ve küçük çocukların vücut yüzeyi erişkinlere göre büyük olduğundan sıvı ve ısı kaybı daha fazla olur. İnfantlar ve yaşlılarda cilt daha ince olduğundan yanık derinliği daha fazla olur (12).

Birinci derece yanıklarda sadece epidermis etkilenir. Epidermis kızarıklık, kuru, ağrılı ve hassastır. Yanık deri birkaç gün içinde soyulur. Epidermis ve yüzeysel dermisin etkilendiği ikinci derece yüzeysel parsiyel yanıklar; kızarıklık, sulu ve çok ağrılıdır. Bül oluşumu genelde görülür. Ortalama 7 ile 21 günde minimal iz bırakarak iyileşir. Derin parsiyel yanıklarda, epidermis

ve dermisin büyük kısmı, saç folikülleri ve glandüler doku etkilenir. Kızarıklık, kuru ve çok ağrılıdır. 2 ile 4 haftada belirgin iz bırakarak iyileşir. Tam kat yanıktan ayrılması çok zordur (13,15).

Tam kat yanıklarda ise, epidermis ve dermis tamamen yanmıştır. Kuru, kollajen harabiyetine bağlı kösele kıvamında ve yakıcı ajana göre değişen renktedir. Sinir uçları da yandığı için ağrısızdır (13).

Çeşitli etkenlere bağlı yanıklarda ne yapalım? Termal yanıklar

Eğer hastaya olay yerinde müdahale edilecekse öncelikle hem yaralının hem de müdahale edenin güvenliği için yaralı hemen yangından uzaklaştırılır. Yaralının koşması veya yerde yuvarlanması engellenir. Bu şekilde, alevler vücudu iyice sararak yanmamış vücut bölgeleri de etkilenebilir veya travmalar yaşanabilir. Yaralı yürüyemiyorsa, bilinçsizse (duman inhalasyonu) sırtüstü yatırılır, bacaklarından çekerek sürükleyerek çıkarılır. Olay yerinde duman varsa kurtarıcı yüzüne bir örtüyü maske gibi bağlayarak veya ıslak mendille kapatılarak tedbir alınmalıdır. Isınan hava yükseleceği için sürünerek ilerlemek toksik gaz, duman maruziyetini en aza indirir. Yaralının üzerindeki alevler su, musluk, hortum gibi bulunan ne varsa onlarla söndürülür. Hortum gibi basınçlı su kullanılacaksa yaranın üzerine doğrudan tutulmamalıdır, ağrılıdır ve yaralanmayı artırabilir. Battaniye, kilim gibi pamuklu örtülere sarılabilir. En ideali yangın söndürücülerdir. Kum veya çamur gibi malzemeler kullanılmamalıdır. Daha sonra yaralı sırtüstü yatırılır. Gerekliyse resüsitasyon yapılır.

Kimyasal yanıklar

Kurtarıcı eldiven, gözlük, maske giyilmelidir. Eksternal irrigasyonun düzgün olması için giysi, takı, kemer, çorap vs. her şey çıkarılır. Yaranın suyla güzelce yıkanması boyut ve ciddiyetini önemli ölçüde azaltır.

Yıkama çeşme altında asit yanıklarında 2 saat, alkali yanıkla 12 saate kadar sürmesi önerilir. Sodyum, potasyum, kalsiyum gibi metal yanıklarında su kullanılmaz. Alevlenme, patlama oluşabilir. Bu vakalarda fırça ile temizliğin ardından basınçlı su ile artıkların temizlenmesi önerilir. Spesifik antidotların aranması zaman kaybına neden olur.

İrrigasyonda acele edilmelidir; çünkü organik bileşikler cilt yoluyla hızlıca emilerek sistemik toksisiteye neden olurlar. İrrigasyon hastaneye varana kadar devam etmelidir. Asitler bazlarla, bazlar asitlerle nötralize edilmemelidir, ekzotermik reaksiyonla ısı üretimi olur ve yanık genişler. Etkenin tamamen temizlendiği turnusol kâğıdı ile kontrol edilebilir. Yanlışlıkla içilen kostik yanıklarında hasta kusturulmaz, süt gibi tampon görevi gören sıvılar içirilir.

Göze kimyasal maruziyeti ise ciddi bir durumdur. Özellikle alkali yanıkları korneal ülserasyon ve görme kaybına yol açabilir. Salin veya normal su ile hemen yıkamaya başlanır, spesifik antidot aranmaz. Göz kapakları güzelce kaldırılır ve forniksler, medial ve lateral kantuslar yıkanır. Ağrı ve blefarospazm nedeniyle ikinci bir kişinin yardımı gerekebilir. Büyük partiküller forsepsle alınır. Yıkama esnasında basınçlı su kullanılmaz, zarar verebilir. Etkilenen göz tarafına başın eğilmesi kimyasal maddenin nazolakrimal kanala girerek ödem ve fibrozis gelişimini engeller. Göz hekimine ulaştırılana kadar irrigasyon devam etmelidir. Hem yüz hem de göz yanığı varsa öncelikle göz hekimine görünmelidir (1).

Katran yanıkları

Katran genelde erimiş halde çatı ve zemin kaplamalarında kullanılır. Cilde yapışmış katranın uzaklaştırılması travmatik olabilir. Bu yüzden ilk yapılacak işlem katranı soğutmaktır. Erimiş katranın cilde temasında hemen basınçlı suyla 30 dakika yıkama önerilir. Nadiyen sıvı yağ ile hassas bir şekilde uzaklaştırılması yapılabilir. Gazyağı, benzin gibi maddelerle temizlenmeye çalışılması sistemik toksik etkilere neden olur. Yıkama işleminden sonra büllerin üzerine yapışık katran debridman yoluyla uzaklaştırılabilir, bül bulunmayan alanlar ise debride edilmez. Polimiksin B+basitrasın+çinko karışımı

kremler birkaç günde katranın çözülmesine yardımcı olur (1,19,20).

Elektrik yanıkları

Kurtarıcı, yaralanmamak için dikkatli olmalıdır. Öncelikle elektriği kesmek gerekir. Güç kaynağı gibi bazı cihazlarda akım kesilse bile bir miktar elektrik olabilir, bu yüzden yaralıya hemen temas edilmez. Yalıtkan bir cisimle elektrik irtibatı kesilir. Sonra solunum ve dolaşım kontrol edilir ve gerekiyorsa hemen resüsitasyona başlanır. Bu sırada çevreden acil yardım istenir. Elektrik çarpmaları, kalpte ritim bozukluklarına yol açabilir.

Yıldırım çarpması

Müdahale aynen elektrik çarpmaları gibi yapılır. Maruziyet sonrası koma ve nörolojik defisitler sık görülür. Bu durum sıklıkla birkaç saat veya birkaç gün içinde geriler. Bu yaralılara yapılacak resüsitasyon uzun sürmelidir. Muhtemelen elektrik akımının hücrel metabolizmayı durdurmasına bağlı bir gecikme görülür. Fix dilate pupiller bu tür yaralılarda ölüm belirtisi olarak değerlendirilmemelidir (1).

İnhalasyonlar

Yangından kurtarılmış, bu esnada özellikle kapalı yerde kalmış her hastada inhalasyondan şüphe edilmelidir. Yüz, kirpik, kaşlarda ve boyunda yanıklar, öksürük, dispne, wheezing, seste kabalaşma gibi belirtileri vardır. Bu yaralılar öncelikle olay yerinden uzaklaştırılarak temiz havaya çıkarılmalıdır. Solunum ve dolaşım kontrol edilir ve gerekliyse resüsitasyona başlanır. Çevreden sağlık ekibi çağırılması için yardım istenmelidir. Hastaneye sevk, oturur pozisyonda ve %100 O₂ eşliğinde yapılmalıdır. Genelde olay yerinde entübasyon gerekmez ancak solunum yolunda ilerleyen zamanda ödem gelişebilir. Ödemli havayoluna entübasyon yapmak tecrübe gerektirdiğinden, endotrakeal entübasyon ve mekanik ventilasyon tedavileri yoğun bakım şartlarında gerçekleştirilmelidir (1). Ayrıca bu hastalarda karbonmonoksit zehirlenmesi ihtimali de olduğundan bu yönde de tetkik yapılması doğrudur. Arteriye karboksihemoglobin seviyesi > %10 ise hiperbarik oksijen tedavisi endikasyonu vardır (20).

Tedavi: İlk yardım

Yangınlar her zaman her yerde ortaya çıkabilir ve genelde etrafta sağlık personeli yoktur. Yaralıya müdahale etmek için bir sağlıkçının gelmesini beklemek de zaman kaybıdır. Olaya şahit olan kişilerin ilk yardımı yapması gerekir. Bu yüzden herkes bu konuda eğitim sahibi olmalıdır. Hızlı ve sistemli yapılan ilk yardım yanığın genişlik ve derinliğini, dolayısıyla mortaliteyi azaltır.

Bu konuda iki nokta önemlidir:

1. Müdahale ederken kendimizi etkenden korumak
2. Önce tıbbi yardım yapmak, çevredeki ateşi söndürmeyi sonraya bırakmak (1).

Yanık kurbanları bilinç kaybı veya panik sonucu olay yerinden kaçarken yüksekten düşebilir veya sert cisimlere çarpabilir. Özellikle düşme sonucu uzun kemik ve spinal fraktürler olabilir. Kafa travması ve spinal kord travmalarında veya şüphesinde yaralı hareket ettirilmemelidir. Bu tür durumlarda ilk yardım yanıktan önce kırıklara yapılmalıdır. Letarjik, bilinci kapalı hastada kafa travması, spinal travma, inhalasyon, göğüs-batın travması, şok gibi ihtimaller düşünülmelidir (1).

Emosyonel stres ve sinir uçlarının açığa çıkmasından dolayı yaralı ağrı hisseder. Yanığı soğutmak, ilk yardımda uygulanacak ana tedavidir. Doğru şekilde uygulanan soğutma tedavisi yanık alanının sonradan genişlik ve derinliğinin büyümesini engeller. Yanıklı bölgeye soğuk suyla yıkama ilk 10 dakikada ağrıyı ve ödemi azaltmada etkilidir. Hastanın ağrısını azaltmak için soğutma tedavisi yeterli olmazsa öncelikle oral analjezikler (nonsteroid antiinflamatuvarlar vb.) verilir. Bazen bunların yetersiz kaldığı hallerde IV analjeziklerin (morfin ve türevleri) verilmesi gerekebilir (20). Ancak bununla beraber 10 dakikadan sonraki soğutmanın yararı tartışmalıdır. %25'den büyük yanıklarda uzun süreli soğutma hipotermiye neden olabilir. Belirgin ısı kayıpları aritmilere, hatta ventriküler fibrilasyona neden olabilir. Yanıklı alan üzerine doğrudan buz uygulanmamalıdır. Bu işlem vazokonstrüksiyona yol açar ve azalmış kan akımı yanığın verdiği hasarı artırır. Yapılmış olan prospektif bir çalışmada, vücut ısısındaki her bir santigrat derece düşüş ile prognozun kötüye gittiği gösterilmiştir. Ayrıca hipotermi enfeksiyon gelişimini artırır ve yara iyileşmesini geciktirir. Yanık yüzeyinden kaybedilen sıvı nedeniyle IV sıvı tedavisi yapmak gerekir. Elektrolit kaybını yerine koymak için Ringer laktat kullanılabilir. Hastane öncesi tedavide erişkinlerde saatte 1–2 L, 30 kilonun altındaki çocuklarda 0,5 L

Ringer laktat IV verilmelidir (1,18,21). Yanık alanı üzerine ilaç harici krem, pudra vs. sürülmemelidir, yararlı değildir aksine zarar verir (1,18). Yara temizliği nazik bir şekilde yapılmalıdır. Yara üzerine klorheksidin, betadin benzeri antiseptikler kullanılması yara iyileşmesini engeller. Bu yüzden temizlik sabun ve akan su ile yapılmalıdır (15,20). Kontaminasyonu engellemek için temiz bir örtü ile sarılmalıdır. Yaranın sarılması enfeksiyon ihtimalini azaltır, sinir uçlarının açığa çıkmasından kaynaklanan ağrıyı azaltır, hastaneye sevk esnasında yarayı korur. Ayrıca yanık alanı %25'den büyükse oral sıvı ve gıda alımı kesilmelidir (1).

Aile sağlığı merkezinde tedavi

Birinci derece yanıkları kapatmak gerekmez. Güneş yanıkları bu gruptadır. Yaranın temiz tutulması çok önemlidir. Nazik bir şekilde sabun ve su ile temizlenmelidir. Nemlendirici kremler, soğuk kompres ve analjeziklerle semptomatik tedavi yapılır ve ortalama bir haftada iz bırakmadan iyileşir. Topikal antibiyotiklere gerek yoktur. Bir yıl süreyle ciltte renk değişiklikleri oluşmaması için güneş koruyucu kremler kullanılması gerekir. Nadiren geniş yüzeyel yanıklarda ağrı tedavisi amacıyla kısa süreli hastane tedavisi gerekebilir. Hastanın tetanoz aşısı gerekiyorsa öncelikle aşı yapmak gerekir (13,15,22).

İkinci derece derin yanıklar ve tam kat yanıklarda %1 gümüş sülfadiazin kullanılabilir. Yara iyileşmesini geciktirdiği için epitelizasyon başladığı zaman kullanımı sonlandırılmalıdır. Sülfonamid alerjisi, gebeler, emziren anneler ve 2 aydan küçük infantlarda kullanımı sakıncalıdır. Daha sonra yaranın üzeri yapışmaması için vazelin emdirilmiş gazlı bez veya bactigras gibi malzemelerle kapatılır ve elastik bandaj ile sarılır. Ayrıca alternatif olarak PVC film gibi örtüler hem yarayı temiz tutar hem de şeffaf olduğu için iyileşme durumu görülebilir (13). Biyolojik örtüler (biobrane, bizmutlu örtüler, allograft) topikal antibiyotiklere alternatif bir uygulamadır. Pahalı ve uygulaması zor olmasına rağmen, enfeksiyon oranı daha azdır ve iyileşme daha çabuk olur. Yanık oluştuktan sonra ilk 6 saat içinde uygulanmalıdır (22). Bu pansuman direnaja miktarına göre günde 1–2 kere değiştirilebilir. Yanık sargıları yarayı nemli ve temiz tutmalı, dış çevrenin zararlarından koruyabilmelidir. Eklemlerin hareketine izin verecek şekilde uygulanmalıdır. Kullanılabilecek çeşitli sargılar vardır. Birinci basamakta basit ve ekonomik sargılar kullanmak genelde yeterlidir. Ekonomik nedenlerle pansuman malzemesi temin edemeyen kişiler elastik bandaj yerine temiz eldiven, çorap, çamaşır gibi giysileri günlük değiştirmek şartıyla kullanabilirler.

Hastanede yanık bakımında kullanılan çok çeşitli bakım malzemeleri mevcuttur. Bu malzemeler alginat, hidrofiber, köpük gibi maddeler içerir. Çoğunluğu antimikrobiyal olarak gümüş ihtiva eder (15).

Eklemler ve parmaklar harekete engel olmayacak sıklıkta sarılmalıdır. Bandajın çok sıkı sarılması eksüdanın direnağına izin vermeyeceğı için anaerobik bir ortam yaratır.

İkinci derece yanıklarda rüptüre olmuş büller debride edilmelidir. Sağlam kalmış büllerin tedavisi tartışmalıdır. Bazı yazarlar dokunulmamalı derken, bazıları da debridman yapılması gerektiğini ifade etmektedir. Ayrıca bül içindeki sıvının aspire edilerek derinin bırakılması şeklinde de bir görüş vardır. Canlı cilt enfeksiyonlarına karşı koruma sağlar. Canlılığını yitirmiş cilt dokusu ise enfeksiyona neden olur, bu yüzden uzaklaştırılması savunulmaktadır. Bül içindeki sıvıda yara iyileşmesini geciktiren ve immünsüpresyon yapan maddeler olduğu bilinmektedir. Saçlı deri, kıllı bölgelerin tıraş edilmesi debridman işlemini kolaylaştırır ve daha etkin yapılmasını sağlar (13,23).

Üçüncü derece yanıklar çok küçük olmadıkça kendiliğinden iyileşmez. Amputasyon veya rekonstrüksiyon gerektirebilir (13,15).

Yanık yaraları olaydan 24 saat sonrasına kadar genellikle steril olduğundan, uzun süreli antibiyotik kullanımına gerek yoktur. Birinci basamakta rutin kültür alınmasına da gerek yoktur. Yanıklı bölgede ödem gelişmesi, enfeksiyon ihtimalini artırır. Hastalar duydukları ağrıdan dolayı yanıklı bölgeyi sarkıtarak hareketsiz tutmayı tercih ederler. Yanıklı bölgenin kalp hizasında elevasyonu, hem ödem ve ağrıyı hem de enfeksiyon ihtimalini azaltır (13,15,16).

Kafa, yüz ve boyun bölgesi yanıklarında kontaminasyon nadir görüldüğünden, genelde açık bırakılır. İnce tabaka basitrasın pomad ve %1 gümüş sülfadiazin kullanılabilir. Fakat gün ışığına maruz kalırsa renk değişikliği oluşabilir (13).

Ekstremiteleri, göğüs ve batın duvarını çepeçevre saran yanıklarda önemli bir sorun da kompartman sendromudur. Periferik nabızların alınamaması, solukluk, paraliz, parestezi belirtileri görülür. Bu belirtiler dolaşım bozukluğunu gösterir, renkli doppler ultrasonografi veya pulse oksimetre ile kesin tanı konur. Pulse oksimetre de %90, kimi yazarlara göre de %95' in altındaki değerler dolaşım bozukluğunu gösterir. Bir süre sonra doku hasarı ortaya çıkar ve sonra ilerleyerek doku nekrozu gelişir. Miyosit nekrozu ve periferik sinir fonksiyon bozuklukları ortaya çıkabilir. Yanık

merkezine sevk zaman alacağı durumlarda dekompresyon tedavileri yapılması gerekir. Eskarotomi, genelde yanıklarda kullanılan dekompresyon işlemidir. Ekstremitelerde longitudinal, göğüs ve batın duvarında longitudinal ve vertikal yönde cilt, ciltaltı dokuları kesilerek dolaşımın rahatlatılması esasına dayanır. Kesi yapıldıktan sonra da dolaşım takibine devam edilmesi gerekir. Yeterli olmazsa kesilerin genişletilmesi, yeni kesiler açılması gerekir. Burada dikkat edilmesi gereken nokta dekompresyon endikasyonunun doğru konulmasıdır. Gereksiz yapılacak bir girişim kan kaybı, tendon-sinir kesileri gibi morbiditeleri getirir (1,23).

Hasta sevk kriterleri

1. Erişkinlerde >%15 ikinci derece ve >%2 üçüncü derece yanıklar
2. Çocuklarda >%10 ikinci derece ve herhangi miktarda üçüncü derece yanıklar
3. Özel bölge (el, ayak, yüz ve genital bölge) yanıkları
4. İki yaş altı , 65 yaş üstü
5. İnhalasyon yanıkları (23).
6. Kimyasal yanıklar
7. Yanıkla birlikte kırık olması halinde (10).

Sonuç

Yanıklar, tedavisi uzun sürebilen, pahalı olabilen ve kötü sonuçlar bırakabilecek travmalardır. Tedavisinden çok önlenmesi önem taşımaktadır. Özellikle çocuklar ve yaşlılar risk altındadır. Yanık hastalarının ilk yardımı prognozda çok önemli olduğundan bu konuda tüm toplum bilgi sahibi olmalıdır. Yurdumuzda yapılan çalışmalarda kötü kozmetik sonuç ve artmış mortalitenin nedeninin ailelerin yanlış yaptığı ilk yardımların olduğu belirtilmiştir. Yanık vakalarının büyük kısmı birinci basamak hekimlerince gerçekleştirilebilir niteliktedir. Sağlık personeli yanık tedavisi konusunda bilgi sahibi olmak zorundadır. Uzmanlık dalı ne olursa olsun meslek hayatında her hekim mutlaka yanık vakalarıyla karşılaşmıştır. Sağlık personeli, bu şekilde başvuran hastaları eğiterek toplum sağlığına katkıda bulunabilirler.

Kaynaklar

1. Shrivastava P, Goel A. Pre-hospital care in burn injury. Indian J Plast Surg 2010; 43:15–22.
2. Mcphee J, Papadakis MA. Güncel Tıbbi Tanı ve Tedavi (çeviri ed) Müftüoğlu E, Kadiroğlu AK, Kara İH. 49. baskı, Adana, Nobel kitabevi. 2010: 1408-1415
3. Coban YK, Erkiliç A, Analay H. Our 18-month experience at a new burn center in Gaziantep, Turkey. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2010; 16(4):353–356.

4. Şakrak T, Köse AA, Karabağlı Y, Çetin C. Yanık Ünitemizde Yatarak Tedavi Gören Hastalara Ait 10 Yıllık Tarama Sonuçlarımız. Turk Plast Surg 2010; 18(3):111–114.
5. Aytaç S, Özgenel GY, Akın S, Kahveci R, Özbek S, Özcan M. Güney Marmara Bölgesindeki Çocuklarda Yanık Epidemiyolojisi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2004; 30 (3):145.
6. Doğan F, Çoruh A, Kemalöglü AC, Günay GK. Çocuk Hastalarda Yanık Travması ve Koruyucu Önlemler. Erciyes Tıp Dergisi 2011; 33(1):35.
7. Paulman AA, Harrison JD. Taylor Aile Hekimliği El Kitabı. (çeviri ed) Başak O, Demirağ SA. 3. baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitapevleri. 2011: 739-745.
8. Osborn LM, DeWitt TG, First LR, Zenel JA. Pediatri. (çeviri ed) Yurdakök M. Ankara, Güneş Kitapevi. 2007; 1:279.
9. Al B, Güllü MN, Okur H, Öztürk H, Kara İH, Aldemir M. Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde haşlanma ve alev yanıklarının epidemiyolojik özellikleri. Tıp Araştırmaları Dergisi 2005; 3(1):14–18.
10. Koyuncuer A. Yanıklı Hastalarda Hastaneye Sevk ya da Hastaneye Yatırma Kriterleri. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2004; 13(7):249–251.
11. Mertens DM, Jenkins ME, Warden GD. Outpatient burn management. Nurs Clin North Am 1997; 32(2): 343–364.
12. Baxter CR. Management of burn wounds. Dermatol Clin 1993; 11(4):709–714.
13. Moss LS. Treatment of the burn patient in primary care. Adv Skin Wound Care 2010; 23(11):517–524.
14. ABLIS Advisory Committee. Advanced Burn Life Support Providers Manual. Chicago IL, American Burn Association, 2005; 14–22.
15. Morgan ED, Miser WF, Marx JA, Grayzel J. Treatment Of Minor Thermal Burns. [http://www.pediatrics12deoctubre.com/servicios/pediatrics/urgencias/pdf/Manual_Urgencias_Pediatrics_12_de_Octubre.pdf] adresinden 11.04.2011 tarihinde erişilmiştir.
16. Hartford CE, Kealey GP. Care of outpatient burns. “Total Burn Care içinde. Herndon DN, Jones JH, ed. Philadelphia, PA:WB Saunders. 2007; 67.
17. Smith JJ, Malyon AD, Scerri GV, Burge TS. A Comparison Of Serial Halving And The Rule Of Nines As A Pre-Hospital Assessment Tool in Burns. Br J Plast Surg 2005; 58:957–967.
18. Muehlberger T, Otoman C, Toman N, Dailager A. Emergency pre-hospital care of burn patients. The Surgeon 2010; 8:101–104.
19. Waitzman AA, Neligan PC. How to Manage Burns in Primary Care. Can Fam Physician 1993; 39:2394–2396.
20. Morgan ED, Bledsoe SC, Barker J. Ambulatory Management of Burns. Am Fam Physician 2000; 62: 2015–2026.
21. Lonnecker S, Schoder V. Hypothermia in Patients with Burn Injuries: Influence of Prehospital Treatment. Chirurğ 2001; 72:164–167.
22. Zor F, Ersöz N, Külahçı Y, Kapı E, Bozkurt M. Birinci Basamak Yanık Tedavisinde Altın Standartlar. Dicle Med J 2009; 36(3):219–225.
23. Orgill DP, Piccolo N. Escharotomy and Decompressive Therapies in Burns. J Burn Care Res 2009; 30:759–768.

İletişim:

Yrd.Doç.Dr. Oktay SARI

GATF Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Gn.Dr.Tevfik Sağlam Cad. 06018 Etlik Ankara/Türkiye

tel: +905323252762 +903123043145

mail: osari@gata.edu.tr