

Yanık Hastalarında Hastane Seçiminin Önemi: 22 Olgunun Retrospektif Değerlendirilmesi

The Importance of Hospital Choice In Burn Patients: Retrospective Evaluation of 22 Cases

Fatin Rüştü Polat¹, Güner Çakmak², İlhan Bali¹, Onur Sakallı¹

1 Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi General Cerrahi A.D.

2 Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi General Cerrahi

Yazışma adresi: Doç. Dr. Fatin Rüştü Polat

Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi. General Cerrahi A.D. Tekirdağ

Tel: +905323961224

E-mail: polat22@hotmail.com

Geliş tarihi / Received: 20.01.2016

Kabul tarihi / Accepted: 29.02.2016

Not: Bu çalışma 10. Ulusal Travma ve Acil cerrahi kongresi 2015 de bildiri olarak sunulmuştur.

Öz.

Amaç: Çeşitli nedenler ile yanmış 22 hastanın tedavi yeri ve şeklinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve metod: Temmuz 2008 - Eylül 2014 tarihleri arasında yanık nedeniyle yanık odasında tedavi edilen 22 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Yanık nedeni; olguların %50(11)'inde sıcak su, %36,4(8)'inde yanıcı madde ile temas, ve %13,6(3)'inde tandıra düşmedir. Tüm olgulara antibiyotik ve açık pansuman uygulandı.

Sonuç: Genel cerrahi yanık odası; her türlü genişlikteki birinci derece yanık, komorbiditesi olmayan %10 altı ikinci derece yanık ve % 3'ün altı 3 derece yanık olguların tedavisinde yeterli bir ünite dir.

Anahtar Kelimeler: Yanık, Yanık Odası, Pansuman

Abstract

Objective: We aimed to evaluate the location and depth of the burn injury of 22 patients treated in local burn unit.

Materials and Methods : Data of 22 patients who were treated in the burn unit between July 2008 and September 2014, were reviewed retrospectively.

Results: Half of the injuries of the patients studied were due to hot water, %36.4 were due to direct contact with the burning material, %13.5 were due to fall into a heated natural cousine. All cases were treated by antibiotics and open dressing.

Conclusion: We found that this burn unit facilities can help to treat 1st degree burn injury of every kind, lower than %10 amount of 2nd degree burn injury treatment and less than %3 3th degree burn injury without transporting the patient to a big burn center.

Keywords: Burn, Burn-room, Dressing

Giriş

Ateş, radyasyon, kızgın cisim vb. çeşitli fiziksel ve yakıcı kimyasal etkenlere maruz kalma sonucu oluşan doku bozulmasına yanık denir(1,2). Yanığın şiddetini belirlemede yanığın genişliği, yanığın derinliği ve yanan vücut bölgesi ile değerlendirilir(1,2). Bu parametrelerin tesbiti ile hastanın hangi birimde tedavi edileceği belirlenir. Bu çalışmada çeşitli nedenler ile yanmış 22 hastanın tedavi yeri ve şekli literatür eşliğinde değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Çalışmamıza Temmuz 2008 – Eylül 2014 tarihleri arasında Toyota Acil Yardım ve Travma hastanesi genel cerrahi bölümüne yanık nedeniyle yatırılan 22 hasta alındı. Hastaneye yatış öncesi bütün hasta yakını ve hastalardan yazılı bilgilendirilmiş onam formu alındı. Hastaneye yatış endikasyonu; komorbiditesi olmayan %10'un altı ikinci derece yanık ve %3' in altı üçüncü derece yanık olan hastalar alındı. Bu değerlerin üstündeki olgular, perine ve kafa bölgesindeki yanıklı olgular, komorbiditesi ve/veya komplike olan 6 hasta üçüncü basamak hastanelerin yanık ünitesine veya merkezine sevk edildi.

Tüm hastalara acil serviste; yanık materyali temizlendi, olay zamanı tespit edilerek sıvı defisidi hesaplanarak başlandı(parenteral sıvı) ve tetanos aşısı yapıldı. Hastalar cerrahi servisinde izole yanık odasına alındılar(odalara refakatçi dışında kimse alınmadı). Parkland veya Curreri formülleri kullanılarak günlük sıvı ve enerji ihtiyacı hesaplandı ve uygulandı. Analjezik ilaç ikinci derece yüzeysel yanıklarda kontunu kullanılırken diğer olgularda on demand şeklinde kullanıldı. Ayrıca ilk 3 gün tüm olgulara parenteral antibiyotik (1 kuşak sefalosporin) ve vitamin

takviyesi yapıldı. Günde iki defa debritleme, topikal ajanlar ile pansuman uygulandı ve yara açık bırakıldı.

Sonuçlar retrospektif olarak hasta dosyası taraması yöntemiyle değerlendirildi. Bulguların istatistiksel analizi SPSS for Windows 16.00 paket programı kullanılarak yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde süreklilik gösteren değişkenler Student t testi, kategorik değişkenler Mann Whitney testi kullanılarak değerlendirildi. Korelasyon analizlerinde Spearman testi kullanıldı. P değerinin <0,05 olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Çalışmada yanık nedeniyle hastaneye yatırılan 22 olgu yer aldı. Veriler incelendiğinde, hastaların %90(20)'si erkek, %10 (2)'si kadındı. Hastaların yaş ortalamaları 31,47±9,47 (8-48) olarak bulundu. Çalışmada yer alan erkeklerin 32,83 (8-48) olan yaş ortalamaları, 23,25 (24-62) olan kadınların yaş ortalamalarından belirgin olarak daha büyüktü (p<0,05). Hastanede yatış süresi yaş arttıkça ve yanık derecesi yükseldikçe artmıştır. Hastaneye yatış süresi ortalama 14 (4-28) gün.

Yanık nedeni; olguların %50(11)'inde sıcak su, %36,4(8)'inde yakıcı madde ile temas, %13,6(3)'inde tandıra düşmedir. Yanık şekli ile yanık yüzdesi ve derinliği(derecesi) incelendiğinde, yanık yüzdesi ve derinliği tandıra düşen olgularda belirgin olarak fazla gözlemlendi(p<0,05). Hiçbir olgumuzda yara enfeksiyonu ve komplikasyon gözlenmedi.

Çalışmada yer alan hastaların yanık yüzdesi ve derecesi yaşlarına göre incelendiğinde; hastaların yaşı ile yanık yüzdesi ve yanık derecesi arasında güçlü pozitif korelasyon saptandı (p<0,05).

Tartışma:

Yanık; ısı, radyasyon, kızgın cisim, elektrik ve kimyasal maddeler ile dokuların tahammül edebileceğinden daha fazla enerjiyle karşılaşması

sonucu koagülasyon nekrozun gelişmesidir. Yanığın şiddetini belirlemede yanığın genişliği, yanığın derinliği ve yanan vücut bölgesi değerlendirilir. Bu parametrelerin tespiti ile hastanın hangi birimde tedavi edileceği belirlenir(1,2).

1.Yanığın genişliği; Erişkinlerde “dokuzlar kuralı” genel bir fikir verebilir. Çocuklar için daha hassas diyagramların kullanılması daha uygun olacaktır (Lund Browder şeması).

2.Yanığın derinliği; Genelde yanıklar derinliğine göre üç dereceye ayrılarak incelenir:

- Birinci derece yanık; epidermiste sınırlı,
- İkinci. Derece yanık(yüzeysel ve derin); epidermis ve dermisi içine alan yanık olup bül oluşumu vardır,
- Üçüncü derece yanık; derinin bütün tabakalarını ilgilendiren yanıktır.
- Ayrıca kemik veya beyin yanığı varsa 4 derece olarak değerlendirilir.

3.Yanan vücut bölgesi: Göz, kulak, yüz, el, ayak ve genital bölgenin yanıkları “özellikli bölge yanıkları” olup deneyimli bir yanık ünite/ merkezinde tedavi edilmesi gereklidir. Yanığın ciddiyetini belirleyen diğer faktörler ise; yaş, genel durum ve yanığın nedenidir.

Yanıklı hastalar ayakta veya hastaneye yatırılarak tedavi edilirler. Burada hastanın genel durumu, yanığın büyüklüğü, şiddeti ve yandaş hastalık durumuna göre yapılır.

Günümüzde hastanelerde 3 çeşit yanık birimi vardır;

- 1.Cerrahi kliniğinde izole yanık odası,
- 2.Hastane bünyesinde yanık ünitesi,
- 3.Yanık merkezi.

Hastaların hangi birimde tedavi edileceğine resüsitasyon sağlandıktan sonra hastanın genel

durumu ve yanığın şiddetine göre karar verilir. Tedavideki en önemli adım hava yolunun açık tutulması ve sıvı tedavisidir. Özellikle günlük sıvı ihtiyacı hesaplanırken yanığın olduğu an temel alınmalıdır. Tetanos profilaksisi, analjezik ve antibiyotik tedavisi daha sonraki basamağı oluşturur. >%15-20 ikinci veya üçüncü derece yanığı olan hastalar hemen resüsite ve monitörize edilmelidir. Akabinde yanık ünitesi veya merkezine sevk edilmeli. Ancak; stabil ve komorbiditesi olmayan %10'un altındaki ikinci derece yanıklar ve %3 ün altındaki üçüncü derece yanıklı olguların izole yanık odasında tedavi edilebilir. Bu değerlerde olan olgularımızın tamamı yanık odasında tedavi edildi. Bütün yanıkların %95'i birinci derecede yanıklardır. Bu hastalar genellikle poliklinik düzeyinde topikal tedavi uygulanır(2,4). Ancak ikinci(%10 üstü) ve üçüncü derece yanık olan hastalar yanık üniteleri veya yanık merkezlerinde interne edilmelidir(2,3). Kliniğimizde; %10'un altındaki ikinci derece yanıklar ve %3 ün altındaki üçüncü derece yanıklı olgular interne edildi, bu değerlerin üstündeki ve özellikli(komorbid ve perine ve baş yaralanmaları) olgular yanık ünitelerine veya merkezlerine sevk edildiler. Bu hastalara; eskar eksizyonu ve büller patlatıldıktan sonra topikal tedaviye geçilir. Yanıkta morbidite ve mortalitenin en önemli nedeni enfeksiyondur. Olgularımızın hiçbirinde enfeksiyon gözlenmedi. Yanık yüzeyinin erken ve devamlı kapatılması enfeksiyon riskini azaltabilir(1,3,5). Ancak yanık odasının izolasyonu ve hijyenin sağlanması ile yaranın açık bırakılması iyileşmeyi hızlandırır (2-4). Bizim olgularımızın tamamında yara açık bırakıldı. Özellikle yanık yüzdesi ve yanık derinli fazla olan olgularımızda debritleme işlemini diğer olgulara göre daha sık uyguladı. Bu süre içinde en önemli nokta yanık bakımında yeterli debritleme

ve topikal ajanların efektif oranda kullanılmasıdır.

Topikal ajanlar; Gümüş sülfadiazin(günde bir yada iki kere yaraya sürülür), Sulfomylon krem, mafenide sulfate (üzeri örtülmeksizin yanık yüzeyine sürülebilen gram pozitif ve clostridia ve pseudomonas aeroginosa türlerine etkili olabilen bir ilaçtır ayrıca az miktarda antifungal etkiside vardır) ve Basitrasin yada basitrasin/polymxin(daha çok küçük yanık yaralarında kullanılır). Ayrıca bazı yanık merkezleri % 0,5 Gümüş nitrat yada Povidon iodine(betadine) lokal olarak kullanmaktadırlar(1,2,6). Bütün

olgularımızda günde iki kez gümüş sülfadiazin kremini topikal uyguladık. Topikal ajanlarda deri/mukoza bütünlüğü bozulduğu durumlarda etkili olmaktadır. Bu ajanların su bazlı olması deri oksijenasyonu açısından önemlidir. Olgularımızın tamamında yara debritlemenin takiben günde en az iki defa topikal ajan olarak gümüş sülfadiazin kullanıldı. Sonuç olarak; komorbiditesi olmayan %10'un altındaki ikinci derece yanık ve %3 ün altındaki üçüncü derece yanık olguların tedavisi; hastanelerin genel cerrahi bölümü izole yanık odasında yapılması etkili ve güvenilir bir yöntemdir.

Kaynaklar

- 1.Güloğlu R. Yanık. Kalaycı G, Editör. Genel Cerrahi. İstanbul; Nobel Tıp Kitabevi. 2002. 283-95.
- 2.Çetinkale O. Yanık yaraları Ergüney S, Editör. Güncel Cerrahi Tedavi. İstanbul; Avrupa tıp kitapçılık. 2001. 986-92.
- 3.Yorgancı K. Yanıklar. Sayek İ, Editör. Temel Cerrahi. İstanbul; Güneş kitapevi. 2004. 494-508.

- 4.James H. Holmes, and David M. Heimbach. Burns. Seymour I. Schwartz, Editors. Principles of Surgery. Seventh edition. New york: McGraw-Hill International inc, 2006: 138-164.
- 5.Chan AC, Wilder-Smith E. Clinical Reasoning: Burning hands and feet. Neurology. 2015;84(19):e146-52.

- 6.Makkar RP, Arora A, Monga A, Gupta AK, Mukhopadhyay S. Burning feet syndrome. A clinical review. Aust Fam Physician. 2003;32(12):1006-9.