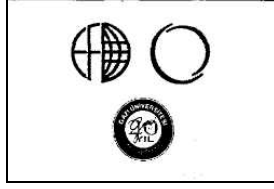

YARALAR

**Birinci Basamak Sağlık Hizmeti
Veren Hekimler için El Kitabı**





AMERICAN SOCIETY OF PLASTIC SURGEONS

Plastic Surgery Educational Foundation

YARALAR

Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Veren
Hekimler için El Kitabı

Bu kitapçık, Plastic Surgery Educational Foundation izni ile
Türkçe'ye çevrilmiş ve basılmıştır.

YAZARLAR:

Jack C. Fisher, MD
Bruce M. Achauer, MD
Garry S. Brody, MD
David H. Frank, MD
R. Barrett Noone, MD
Martin C. Robson, MD
Wendel Smooth III, MD
Frank L. Thorne, MD

ÇEVİRİ EDITÖRLERİ:

Yrd. Doç. Dr. Sühan AYHAN
Prof. Dr. Kenan ATABAY

ÇEVİRENLER:

Dr. Yavuz BAŞTERZİ
Yrd. Doç. Dr. Sühan AYHAN

YAYIN KURULU:

Dr. Salih MOLLAHALİLOĞLU
Dr. Özlem COŞKUN
Dr. A. Esra TİRYAKİOĞLU
Dr. Ümit BASARA

Copyright 1991 Plastic
Surgery Educational Foundation
444 E. Algonquin Road
Arlington Heights, IL, 60005
USA

Tüm hakkı saklıdır.
Mayıs 2003

Baskı: Onur Matbaacılık Ltd. Şti. Tel: 0.312 287 99 98
5000 Adet - ANKARA

İÇİNDEKİLER

Bölüm 1 -	Yara bakımının önemi	11
Bölüm 2-	Yara nasıl iyileşir?	13
Bölüm 3 -	Hedef sterilite değildir.....	16
Bölüm 4 -	Yara bakımında öncelikler.....	20
Bölüm 5 -	Güven vermek, sedasyon ve analjezi	25
Bölüm 6 -	Lokal anestezi	29
Bölüm 7 -	Araçların seçimi.....	31
Bölüm 8 -	Kanama nasıl durdurulur?.....	34
Bölüm 9 -	Dikiş atmanın İlkeleri.....	38
Bölüm 10 -	Yara pansumanı	45
Bölüm 11 -	Hastanın izlenmesi	48
Bölüm 12 -	Hafif yanıklar	50
Bölüm 13 -	Isırık yaraları	52
Bölüm 14 -	Parmak ucu yaralanmaları	55
Bölüm 15 -	Skarlar ve keloidler	58
Bölüm 16 -	Ne zaman danışmalı?	61

Ülkemizin hangi bölgesinde olursa olsun, "Yaralanmalar" gerek sağlık ocaklarında gerekse hastanelerde çalışan hekimlerimizin oldukça sık karşılaştıkları sağlık problemlerinden biridir. Bu durum sadece bizim ÷lkemize özgü değil tüm dünya için geçerlidir. Öyle ki dünyada birçok ÷lkede sadece yaralara yaklaşım konusunda tıp eğitimi müfredatına dahil edilen dersler mevcut olmakta iken bizde pratik tıp uygulamaları içerisinde özellikle ele alınan bir konu değildir.

Hal böyle iken, hekimlerimizin her türlü küçük yaralanma konularını ele alıp dikiş atma yöntemlerinden başlayıp lokal anestezi, kanamanın durdurulması, pansuman gibi teknik konuları ve özel yaralara; hayvan ısırığı ve yanıklar gibi, nasıl yaklaşım getirileceği konusunda yardımcı olacak tüm dünyaca kabul görmüş doğru yaklaşımları içeren bir kaynağın kullanımlarına sunulması yerinde olacaktır.

Bu kitabın tercümesi, adaptasyonu ve basımında emeği geçenlere teşekkür eder, çalışmalarının devamını dilerim.

Prof. Dr. Recep AKDAğ
Sağlık Bakanı

TEŐEKKÜR

Amerikan Plastik Cerrahi Derneği'nin eğitim kolu olan Amerikan Plastik Cerrahi Eğitim Vakfı tarafından hazırlanan bu kitapçık, g¼nl¼k yaşamda sık karşılaşılan yaralanmalarda ¼nem taşıyan yara iyileşmesi ilkelerini g¼zden geçirmek amacıyla tasarlanmıştır. ¼zellikle acil servislerde, sağlık ocaklarında çalışan hekimler ile aile hekimleri gibi birinci basamak sağlık hizmeti veren t¼m sağlık personelinin g¼nl¼k hasta bakımında yararlanacağı yara iyileşmesine ait pratik bilgileri içeren bir materyaldir.

Bu kitapçığın hazırlanmasındaki destek ve katkıları nedeniyle Gazi ¼niversitesi Tıp Fak¼ltesi, Plastik ve Rekonstr¼ktif Cerrahi Anabilim Dalı başkanı Prof. Dr. M. Cemalettin ÇELEBİ başta olmak ¼zere çeviriyi gerçekleştiren Dr. Yavuz BAŞTERZİ, Yrd. Doç. Dr. S¼han AYHAN ve Prof. Dr. Kenan ATABAY'a teŐekk¼r ederiz.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinat¼rl¼đ¼ olarak; bu kitapçığın acil servislerde, sağlık ocaklarında çalışan hekimler ile aile hekimleri gibi birinci basamak sağlık hizmeti veren t¼m sağlık personeline ve Tıp Fak¼ltesi ¼đrencilerine yararlı bir kaynak oluşturacağını d¼ř¼n¼yoruz.

Dr. Salih MOLLAHALİLOğLU

yanarın sonraki iyileşme fazlarının sorunsuz ilerleyebilmesi için gerekli bir aşamadır.

İyileşmenin biyokimyasal yapıtaşları bir araya geldikten sonra fibroblastlar çoğalmaya ve yerleşmeye başlarlar. Fibroblastların ana görevi kollajen sentezidir. Kollajen içeriği arttıkça yara yerinin direnci de artar. Dikişler, lokalizasyonlarına göre 3-14. günler arasında alınmalıdır. Bununla beraber yaranın kollajen içeriği ve gerilme direnci takip eden haftalar içinde artış gösterir; yara içi kollajen dönüşümü ise süresiz olarak devam eder. Yara iyileşmesinin bu ikinci safhasına "Fibroblastik evre" veya "Kollajen evresi" adı verilir.

Askorbik asit, kollajen oluşumunda önemli rol alır. C vitamini yokluğunda prolin, hidrokspiroline dönüşemez ve dolayısı ile kollajen sentezi durur. Herman Melville'in "Moby Dick" adlı eserindeki skorbütlü denizcilerin uzun sürede kapanmayan yaralarını hatırlayacak olursak, bugün bunun nedenini bilmekteyiz. Askorbik asit eksikliğinde kollajen rezorbsiyonu aynı hızla devam ederken, sentezi durmakta ve sonuçta yara iyileşmesi duraklamaktadır.

Yara iyileşmesinin en uzun evresi son evresidir. Bu "maturasyon" veya "remodeling" evresi birkaç yıl sürebilir ve yaranın görünümünde de bir düzelmeye meydana gelir. Bu süre boyunca progresif kollajen replasmanı yumuşak ve daha az dikkat çeken bir skarla sonlanır. Maturasyon, yaranın derece derece düzelmesi açısından önemlidir.

DERİ KAYBI OLAN YARALAR

Deri kaybıyla sonlanan ciddi yanık, derin abrazyon veya avülsiyon gibi akut travmatik yaralanmalarda da iyileşmenin aynı evrelerinden geçilmektedir. Bununla beraber yara kapanması iki ek biyolojik mekanizmayı gerektirir. Bunlar epitel göçü ve yara kontraksiyonudur.

Epitelizasyon: İyileşme için gereken biyokimyasal ve hücresele substratlar toplandıktan hemen sonra ve bakteriyel kontaminasyon 10⁵ organizma/gram miktarının altına düşer düşmez, epitel proliferasyonu başlar ve yara yüzeyine epitel göçü olur. Eğer yara yüzeyel bir yanık veya abrazyon ise epitel hızla ter bezleri ve kıl foliküllerinden yayılmaya

başlar ve 10-14 gün içinde tüm yara yüzeyini kaplar. Derinin tüm katmanları kaybedildiğinde ise sadece yara kenarlarından epitel göçü olabilir. Epitelizasyon çok yavaş gelişen bir olaydır ve yaranın erken kapanması genellikle mümkün olmaz. Ayrıca burada dermal katmanların eşlik etmediği bir epitel göçü söz konusudur ve bu nedenle travmalara karşı daha hassastır.

Göç eden epitelin histolojisi genellikle neoplastik görünümündür. Yıllarca kapanmayan kronik bir yara üzerinde zaman içinde malign bir ülserasyon, yani ilk tanımlayan Fransız cerrahın adıyla anılan Marjolin ülseri oluşabilir. Bu nedenle ciddi ve yaygın yaralar karşısında rekonstrüktif cerrahlar yalnızca epitelizasyona güvenmemeyi öğrenmişlerdir. Bunun yerine yara kapanması için greft ve fleplerden yararlanırlar.

Yara kontraksiyonu: Açık yaralar, zamanla iç kuvvetlerin etkisiyle kapanmaya yönelirler. Yaranın "granüle olması" demek, yara yüzeyinin kapiller ve fibroblast proliferasyonu ile oluşan pürüzlü görünümdeki granülasyon dokusu ile dolması demektir. Açık bir yarada granülasyon dokusunun oluşması, primer yara iyileşmesinin fibroblastik fazına karşılık gelmektedir. Granülasyondan sonra yara dudakları kenarlara doğru çekilir; ancak bu kayma tek başına epitelizasyon ile açıklanamaz. Yara yüzeyinin derece derece küçülmesine yara kontraksiyonu adı verilir ve henüz tam olarak aydınlatılmamış bir süreçtir. Bugün bu kontraksiyonu, yüksek derecede özelleşmiş bir tür fibroblast olan, myofibroblastların düz kas hücreleri gibi davranarak oluşturduğuna inanılmaktadır.

Ağır bakteriyel kontaminasyon varlığında ne epitel göçü, ne de kontraksiyon ilerleyemez (10^5 organizma/gm). Kısmi kalınlıkta deri greftleri uygulanması ile kontraksiyon yavaşlatılabilirken; tam kalınlıktaki deri greftleri ile kontraksiyon neredeyse durdurulabilir. Biobrane gibi bazı sentetik membranlar da yara kontraksiyonunu inhibe edebilir.

Büyük yara defektları ise en iyi cerrahi kapama ile tedavi edilebileceğinden, bunların kendiliğinden iyileşmesine izin verilmemelidir.

Hedef Sterilite Değildir!

... Yara hazırlığı için sadece fizyolojik solüsyonlar kullanın ve yaray kapatmadan önce ölü dokuları tamamen uzaklaştırın...

Hekimler arasında bir kamuoyu yoklaması yapıldığında, sorular genellikle bakteriyel kontaminasyonun önlenmesi ya da sterilitenin sağlanması amacıyla antiseptik solüsyonların veya antibiyotiklerin kullanımı ile ilgili olmaktadır.

Steriliteye gereğinden fazla önem verilmesinin dezavantajı, yara iyileşmesinde çok daha önemli unsurların gözden kaçmasına sebep olabilmektedir. Zaten sterilite, deri yüzeyi için olmazsa olmaz bir koşul değildir.

Travmatik bir yaralanmanın yokluğunda, sağlıklı deride patojen ve patojen olmayan bakteriler birlikte uyum içinde bulunurlar. Kantitatif doku biyopsisi araştırmaları, normal deri üzerinde bakteri yoğunluğunun 10^3 organizma/gr olduğunu göstermiştir. Deri yüzeyinde bulunan çoğu bakteri, ter bezleri, kıl kökleri ve diğer deri ekleri gibi epidermal girintilerde yaşarlar. Böylece deri, enfeksiyona karşı önemli bir engel oluşturur.

Derideki bakteriyel gelişim, deri pH'sı, dış deri katmanlarının kuruluğu ve lokal sekresyonlar gibi çeşitli değişkenlere bağlıdır. Sebace bezlerde üretilen yağ asitleri, streptokokların çoğalmasını önlemede oldukça etkilidir.

Ancak bir yaranın bu dengeyi önemli ölçüde değiştirir. Elektif cerrahiden önceki gece yapılan traş gibi minimal bir travma bile bakteri düzeyini 10 kat veya daha fazla arttırabilir. Yanıklar, bakteriyel invazyonu önleyen keratin tabakasını tahrip eder. Bir laserasyon derin doku katmanlarını açığa çıkarır. Ezici darbeler ise daha fazla hücre hasarına neden olur. Tedavi geciktiğinde sorunlar artar. Yara toprakla kontamine olduğunda bakteri sayısı artar.



Antiseptik solüsyonların hiçbirisi görünür kiri gidermek dışında, diğer faktörleri değiştirecek kadar etkili değildir. Bir solüsyon, bakteriyi yok edemediği gibi, hücre ölümünü geriye döndüremez ya da gecikmiş tedavinin olumsuz etkilerini hafifletemez. Aslında yaygın olarak kullanılan temizleme solüsyonlarının bazıları iyileşme ortamını daha da kötü hale getirir. Örneğin alkol ya da hidrojen içeren solüsyonlar sağlıklı hücreler için de ölümcüldür; kuvvetli deterjan içeren solüsyonlar ise fizyolojik bir sabun olmaktan öte bir şey değildir. Yüksek konsantrasyonda pigment içeren solüsyonlar ise yarayı boyar, canlı ve cansız dokular arasındaki farkı görmeyi engeller.

Yaraya müdahale edileceği zaman yaranın traş edilmesi diğer bir popüler ritüeldir. Ancak bunun abartılı yapılması, özellikle acil servise saçlı deride küçük bir laserasyon ile başvuran hastaların acil servisten saçsız alanlarla çıkması ile sonuçlanmaktadır. Temelde, saç deriden

daha kirli olmamakla beraber; ne steril, ne de alışılmadık şekilde kontaminedir. Ancak, sa bir proteindir ve yara dudakları içine girerse bir yabancı cisim gibi davranır. Bu nedenle, saın yara içine girmemesine zen gösterildiği takdirde, yara çevresindeki sa ve kılların traş edilmesine gerek yoktur.

Peki tatmin edici bir yara hazırlığı nasıl olur? Öncelikle 50 cc.lik bir enjektöre serum fizyolojik çekin ve yarayı basınçlı olarak yıkayın. Böylece bir makrofaj gibi davranarak yaradan pıhtıyı, nekrotik dokuları, yabancı cisimleri ve bakterilerin bir kısmını uzaklaştırmış olursunuz. Bu çok önemli basamak, halihazırda bulunan bakterileri seyreltir ve l dokuyu iyileşme bölgesinden uzaklaştırarak enfeksiyon riskini azaltır ve komplikasyonsuz iyileşme olasılığını arttırır. Bu işlemi yapmadan önce lokal anestezi yapmaktan çekinmeyin; enfeksiyonu yaymazsınız; hatta sinir uçlarını dinlendirmekle olduğa iyi bir iş yapmış olursunuz.

Yaranın içine hücelere daha fazla zarar verebilecek herhangi bir madde koymayın. Bütün alkol ve deterjan içeren solüsyonlardan uzak durun. Basit ve dengeli bir tuz solüsyonu, hem preparat hem de irrigan olarak tamamıyla uygundur. Daha kuvvetlisine ihtiyaç yoktur.



YARALAR

Eğer elinizin altında povidon iyodin (Batticon, Betadine) bulunuyorsa, deterjanını değil, solüsyonunu kullanın ve sonra fizyolojik serum ile yıkayın. Yalnız bu uygulamanın enfeksiyon riskini azalttığını düşünerek kendinizi kandırmayın. Yarayı temizledikten sonra artık bir myofibroblast gibi davranıp yara dudaklarını birbirine yaklaştırabilirsiniz. Dikiş teknikleri ile ilgili ayrıntıları 9. Bölümde bulabilirsiniz.

Yaralarda enfeksiyonun ölçülmesi üzerinde durmakta yara vardır. Biyopsi kültürü, bakteriyel yoğunluğun sayısal olarak belirlenmesini sağlar. Çalışmalar, kantitatif kültürlerde 10^5 organizma/gm'dan büyük değerler bulunduğu yara dikilirse enfeksiyon riskinin yüksek olacağını göstermiştir. Bu rakamın altındaki değerlerde ise, gergin kapama, yetersiz debridman gibi teknik hatalar yapılmamışsa nadiren enfeksiyon görülür. Streptokoklar bu kuralın dışında kalır; bunlar hangi miktarda bulunursa bulunsun tehlikelidir.

Eğer işiniz gereği kötü şekilde kontamine olmuş yaralarla sık sık karşılaşılıyorsanız, kapatmayı geciktirmeyi tercih edip, eğer varsa, mikrobiyoloji laboratuvarınızdan biyopsi kültür teknolojisiyle size destek olmasını isteyebilirsiniz. Sekonder kapama, yara iyileşmesinin inflamatuvar fazının bakteriyel yoğunluğu güvenli düzeye düşürmesinden sonra en iyi şekilde tamamlanabilir

Yara Bakımında Öncelikler

...En görünür yaranın ötesine bakmayı unutmayın ve diğer ciddi yaraların işaretlerini kontrol edin...

A kut yumuşak doku yaralanmalarında en uygun bakım sırasıyla aşağıdaki basamakları içermelidir:

a) İnceleme: Hasta geldikten hemen sonra yaraya hızlıca bakın. Kanamanın kontrol altında olup olmadığı ve yaranın büyüklüğünün o andaki olanaklarınızın ötesinde olup olmadığı konularında karar vermeniz gerekecektir. En görünür yaranın ötesine bakmayı unutmayın ve diğer ciddi yaraların işaretlerini kontrol edin.



Karmaşık bir yara için bir konsültanla sorumluluğu paylaşmaya karar verebilirsiniz. Aksi takdirde buna benzer ya da çok daha güç sorunlar yüzünden geçici olarak yetkiniz elinizden alınabilir. Böyle bir durumda uygun olan çözüm yolları; yardım istemek ve daha sonra harekete geçmek veya yara hafif ise, hastadan ve ailesinden beklmelerini rica etmektir. Son iki durumda tedavinin bir ya da iki saat gecikmesiyle hiçbir şey kaybedilmeyeceği konusunda hasta ve yakınlarını ikna etmeniz gerekir. Bu sırada hastanın rahat bir yerde beklemesini sağlayın. Tedaviye başlamadan önce yaranın özelliklerini belirleyin, hastanın geçmiş tıbbi öyküsünü, allerjilerini, aldığı tedavileri ve aşılarını içeren anamnezini alın.

b) Güven verme, sedasyon, analjezi: Birçok doktor kazazedeleri tedavi etme telaşı içinde bu basamağı unuttur. Hem hastanın, hem de ailesinin güvene ihtiyacı vardır. Yaşam ve ölüm arasındaki çizgi, yaralanmanın boyutları açıklanıncaya kadar onların zihinlerini meşgul eden en temel düşüncedir. Bilinçli ya da bilinçsiz olarak durumun gizlenmesinde hiçbir yarar yoktur.

Konuşmayı seven ve istekli hekimler, hastaları ve ailelerini olumlu yönde etkiledikleri gibi daha az farmakolojik sedasyon ve lokal anesteziye ihtiyaç duyarlar. Mümkünse konuşmayı hastanın yönlendirmesine izin verin, mümkün değilse siz yönlendirin. Diğer hastaların durumu hariç, hemen her konu yarar sağlar. Sağlık personeli bile kendileri tedavi olurken diğer hastaların ya da yaralıların kötü durumu hakkında bir şey duymak istemezler.

Hastanızın önemli bir kafa travmasına maruz kalmadığından eminseniz, bir sedatif ya da narkotik kullanmaktan çekinmeyin. Her kazazedeyi ilaçlardan uzak tutmak gibi bir alışkanlık edinmeyin. Acil servislerde tedavi edilen birçok hasta narkotik analjezik kullanabilir.

Dışarıda bekleyen hasta yakınlarını unutmayın. Onlar ihtiyacı sakinleştirici bir ilaçtan çok sizin söyleyeceğiniz birkaç güven verici sözcüktür. Yaraya girişimde bulunmadan önce dışarı çıkın ve onlarla konuşun; ya da onları içeri alıp hastayı görmelerine ve hastayı rahatlatmalarına izin verin.

c) Anestezi: Yaraya herhangi bir girişimde bulunmadan önce mutlaka lokal anestezi uygulanmalıdır. Yaranın içindeki kir görünür olsa dahi, önce yüzeyi infiltre edin; daha sonra irrigasyon ve debridmanı uygulayın. Yaptığınız iğnenin kontaminasyonu yaygınlaştıracığı doğru değildir. Komşu deriden değil yaranın içine doğrudan enjeksiyon, enfeksiyon riskini arttırmayacağı gibi daha az acı verir. Yeterli irrigasyon ve debridman, ancak yara iyi uyuşturulduysa başarılabilir. Anestetik madde vermeden yarayı hazırlıyorsanız başarı şansınız azalır.

Xylocaine (Lidokain)' nin toksik sınırının 7mg/kg/saat olduğunu hatırlayın. Bu 70 kg. ağırlığında bir kişiye her bir saatte 50 ml %1'lik Xylocaine'e karşılık gelir, %1'lik solüsyonun 1 ml'si 10 mg ilaç içerir. Dolayısıyla 5 kg'lık bir bebek 3.5 ml'yi güvenli bir şekilde alabilir. Toksikitenin erken işaretleri; eksitasyon ve takip eden konvülsiyon, daha sonra depresyon, arrest ve hatta ölümdür. Lokal anesteziden önce sedasyon kullanımı hata payını artırır.

d) Antiseptik solüsyon: Bir çok hekimin hangi hazırlık solüsyonunu kullanacağı konusunda endişesi vardır. Ancak, bu konu yara tedavisinin başarısını etkileyen konular içerisinde en az önemlisidir.

Canlı dokulara zarar veren ajanları asla kullanmayın. Alkol, peroksit ya da kuvvetli deterjanlar içeren hazırlık solüsyonları yarardan çok zarar verir. Bakterileri öldürürler, ama aynı zamanda fibroblast ve epitel hücrelerini de öldürürler. Yüksek konsantrasyonda pigment içeren solüsyonlar ise yaranın görünümünü değiştirir ve doku canlılığını belirlemeyi zorlaştırır.

Solüsyon kullanımını tamamıyla gözardı etmeyin. Yaranın çevresini bu solüsyonlarla temizleyebilirsiniz. Hastalar sizden bunu bekleyecektir. Bir sonraki ve en önemli basamak olan irrigasyon için kullanacağınız en uygun solüsyon basit, dengeli bir tuz solüsyonudur.

e) Irrigasyon ve debridman: Çok küçük ve çok yüzeysel olanlar hariç tüm yaralar yıkamadan yarar görür. Bu, bir yarayı kapamaya hazırlamak için esas basamaktır. Bu fizyolojik yıkama solüsyonu mevcut bakteri konsantrasyonunu dilüe eder. Ayrıca kir parçacıklarını yerinden çıkarır ve en önemlisi kısmen kopmuş yağ parçacıklarının ve diğer

cansız dokuların tanımlanmasını sağlar. Bunlar debride edilmezse varolan mikroorganizmalar için gıda oluşturur. En uygun irrigasyon kuvvetini sağlamak için 50 cc'lik bir enjektör ve 25 gauge iğne kullanın.



f) Karar - Kapatmak ya da kapatmamak: Yaralanmadan sonra uzun zaman geçtiği durumlarda ya da fazla kontamine olmuş ezici yaralanmalarda kapamayı üç beş gün ertelemek en iyi yoldur. Bu süre içinde iyileşmenin inflamatuvar fazı en üst düzeye ulaşır.

Geçmiş savaşlardan öğrenilen en önemli cerrahi derslerden biri, idealden daha kötü koşullarda tedavi edilen bir yaranın geçici olarak açık bırakılmasının daha fazla yarar sağladığıdır. Hemen dikiş atma, daha yüksek enfeksiyon riski oluşturur. Bu genel kuralın belki de tek istisnası yüz yaralanmalarıdır. Etkili irrigasyon ve debridman sağlandığından emin olduğunda, bir yüz laserasyonunun geciktirilmeden dikilmesi, baş ve boyun bölgesinde kanlanmanın iyi olması nedeniyle sorun oluşturmaz.

g) Dikiş atma: Bir sonraki basamak dikiştir. Ayrıntılar için Bölüm-9'a bakınız.

h) Yaranın sarılması: Kapamadan sonra sargı dikkatle uygulanmalıdır. Daha fazla bilgi için Bölüm 10'u okuyunuz.

i) Tetanoz profilaksisi: Küçük önemsiz yaralar bile tetanoza

neden olabilir. Bu bakımdan, daha önceki tetanoz profilaksisini sorgulamak çok önemlidir. Daha önceki bir tetanoz aşısıyla üç enjeksiyon gerektiren tam profilaksi arasındaki farkları bilmek önemlidir. Herhangi bir kuşku varsa hastanıza öncelikle bir insan antikor preparatı kullanarak pasif immunizasyon uygulayın.

i) Antibiyotikler: Antibiyotikler ciddi kontaminasyon olasılığı bulunan yaralarda kullanılmalıdır. Bu, bütün hayvan ve insan ısırıklarını kapsar. Antibiyotikler, tedavisi önemli ölçüde geciken hastaların da yararına olabilir. Tamamıyla toprakla örtülmüş ya da kontamine olmuş yaralar, özellikle kanlanmanın tehlikeye girdiği ezilme ve kopma yaralanmaları; enfeksiyona açık ve dolayısıyla antibiyotiklerden yarar görecektir. Antibiyotikler dengeyi iyileşme yönünde değiştirebilirler, fakat uygun debridman ve mantıklı cerrahi kararın yerini tutmazlar.

j) Hastalara talimatlar: Asla hastanızın söylediğiniz her şeyi dinlediğini düşünmeyin. Kazayla yaralanmış bir hasta genellikle talimatlarınıza dikkat edecek yerde kazaya yol açan nedenleri düşünüyor olacaktır. Söylediklerinizi tekrarlamaya istekli olun. Açıklayıcı ve basit bir dille konuşun. Fakat hepsinden önemlisi, tedavi sonrası önemli talimatları bir kağıda yazın. Bu daha sonra hasta tarafından kullanılabilir.

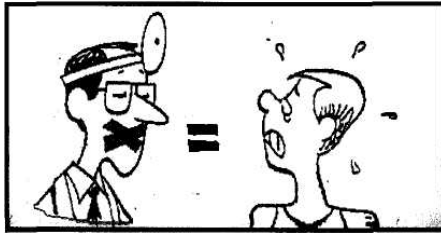
k) İzlem: Hastanelerin acil servislerinde çalışan deneyimsiz hekimlerin yaptığı en sık hatalardan biri, hastalarının söyleneni yapacağını, talimatları izleyeceğini ve taburcu olduktan sonra az sorunla karşılaşacaklarını düşünmektir. Bunun yerine hastanızın 24-48 saat sonra yaranın kontrolü için geri gelmesini isteyin. Bu, yara iyileşmesini yeniden değerlendirmek, gözden kaçan yaralar için yeniden muayene yapmak ve hastanın talimatları doğru anlayıp anlamadığını öğrenmek için bir fırsattır. Bundan başka, yaraya sebep olan nedenler daha yüksek enfeksiyon olasılığını ya da yetersiz yara iyileşmeyi düşündürüyorsa bir sorunu erken teşhis etmeniz mümkün olacaktır. Bütün bunlar altıncı his gibi gözükmemektedir ve öyledir. Ancak izlemi geciktirmenin yarattığı sorun daha büyük bir sorundur.

Güven Vermek, Sedasyon ve Analjezi

" *Konuşmak tedavinin en ucuz parçasıdır.*"

Tipik bir acil serviste, tedavi görmekte olan hastaların yüzüne şöyle bir bakmakla, tıbbi bakım ne kadar uygun şekilde yapılırsa yapılsın, endişeli bir ifade görebiliriz. Bu durumda en başta gözden kaçırılan unsur güven verici bir konuşmadır. Bu tip konuşmalar hastaların endişelerinden arınmasına yardımcı olur ve akut yaralanma ile gelen hastaların çoğunda çok etkin bir sedatif rol oynar.

Bazen hekimler, uygun dikişin seçimi ya da doğru yerleştirilmesi gibi işlere kendilerini fazlasıyla verdiklerinden, zaman zaman hastalarıyla konuşmayı unuturlar. Bu arada hasta, bundan sonra neler yapılacağını ve sonucun neye benzeyeceğini bilemez. Dışarıda bekleyen aile



yakınları ve arkadaşlar, ortada bir neden yokken yaralanmanın çok ciddi ve hatta ölümcül olmasına nereden gelebilir. Bu tayılü ş niye n! Hastanıza güven verici basit bir konuşma ile sakinleştirmeyi öğrenin.

Yetenekli hekimler, hastalarını tedavi ederken bir diyalog geliştirmeyi de öğrenirler. Bazen konuşma, hastalık ya da yaranın durumu, başlangıcı, belirtileri gibi o andaki sorunlara odaklanır. Diğer zamanlarda, özellikle tedavi kararı verilip hastaya açıklandıktan sonra konuşma, hastanın dikkatini sorunundan başka alanlara çekmek için, başka konulara çevrilmelidir. Eğer sağduyu ile yaklaşılırsa, politika ve din gibi konular dahil, her konu uygundur. Ancak bunun tek istisnası, diğer hastaların yaraları hakkında ayrıntılı bilgi vermektir.



Hem lokal hem vokal anestezi uygulayın.

AKUT YARALANMALAR İÇİN İLAÇLAR

Ne yazık ki narkotikler, sedatifler ve buna benzer hemen tüm ilaçların travmatik yaralanma kurbanları için güvensiz olduğu konusunda ortak bir yanlış inanış vardır. Bu ilke, çoklu sistem yaralanması ile gelen hastalar için kesinlikle geçerlidir. Fakat, bölgesel yaralanma ile gelenler için doğru değildir. Böyle hastalar için farmakolojik desteği göz ardı etmeyin. Kafa içi travma belirtilerini gözleyin; eğer yoksa, hastanızın ağrı kesici ve sedatiflerden yararlanmasını sağlayın.

SEDASYON

Hastanın akut yaralanması varsa, tüm ilaçları intravenöz olarak uygulayın. İntramüsküler enjeksiyonlar daha az etkili ve hasta için gereksiz eziyettir. Bir intravenöz kateter ile gerektiğinde başka ilaçların da eklenmesi mümkün olur. Bu kitapta farmakolojik yaklaşımın tamamı ele alınmamaktadır. Basit ilaçların büyük olasılıkla yeterli olacağı söylenmektedir.

Pekçok hasta için barbituratlar ideal bir sedatiftir. Elbette, hastanıza herhangi bir şey vermeden önce, allerjileri ve daha önceki ilaç intoleransları hakkında mutlaka bilgi almanız gerekir. Ayrıca, lokal anestezi uygulamadan önce, sedatifin etkisini göstermesi için belirli bir süre bekleyin. Yeterli sedasyona ulaşmış bir hastada lokal anestezi daha etkili olacaktır.

ANALJEZİKLER

Nembutal gibi bir sedatif, sadece bir sedatiftir, bir analjezik değildir. Eğer hasta ağrılı ise ya da öyle olacağını bekliyorsanız, ağrıyı kontrol altına almak için bir ilaç, tercihen bir narkotik reçete edilmelidir. Hem Morfin, hem de Demerol bunun için uygundur. Hangi ilacı daha iyi tanıyorsanız onu kullanın. Ancak, hasta bunların içinden kullandığınızı ilaca karşı bulantı ya da ters tepki geliştirdiyse diğerini kullanın.

GEVŞETİCİLER

Hastalar bir sedatif ya da analjeziğe ek olarak, en doğrusu lokal anestezi verilmeden hemen önce verilen, Diazepam gibi kısa-etkili bir relaksanin da yararını görebilir.

ÖNLEMLER

Sedatif ya da narkotiğe belirgin duyarlılığı olduğunu düşündüğünüz kişilere daha düşük, dozlar uygulayın. Buna karşılık, ilaç toleransı geliştirenlere daha yüksek dozlar uygulamaya hazır olun. Tabii ki daha önceki sensitivite ya da tolerans hakkında bilgi almayı unutmayın.

Her amaca hizmet edecek tek bir ilaç vermeyi denemeyin. Bazı hekimler, daha ileri gitmeden önce yalnızca Diazepam verirler. Ancak, Diazepam bir sedatif ya da analjezik değildir. Diazepam, Barbiturattan ve bir narkotik analjezikten sonra verilen mükemmel bir relaksandır.

Son olarak, fazla miktarda sedatize ya da narkotize olmuş hasta için uygun antidotu bilmeniz gerekir: Eğer fazla miktarda barbiturat uyguladığınızı düşünüyorsanız, destek oksijen verin ve daha fazla ilaç uygulamayın. Hasta daha stabil olana kadar yara bakımını etteleyebilirsiniz.

Eğer fazla miktarda narkotik verildiğini düşünüyorsanız, derhal 0.4 mg daha sonra ise gereği kadar Nalokson verin. Nalokson'un çok kısa ömürlü olduğunu unutmayın. Sadece bir doz vererek hastayı evine yollamayın. Ayrıca, Nalokson'un analjezi ve solunum depresyonu gibi tüm narkotik etkileri tersine çevirdiğini de hatırlayın.

Hedefiniz, hastaya doğru tedavi uygulamak olduğu gibi, ofisinizde ya da acil serviste iyi bakıldığını düşündürmek olmalıdır. Hastanın sakinleşmesi için intravenöz ilaçlardan yardım alabilirsiniz.

Lokal Anestezi

...ağzınızın içine lokal anestezi yapan dış doktorlarınızı hatırlayıp her zaman onlardan daha iyisini yapmaya çalışın.

Dikiş için yaranın hazırlanması ve temizlenmesi öncesinde bile anestezi uygulanmasının önemi, daha önceki bölümlerde vurgulanmıştı. Şunu da bilmek gerekir ki, enjeksiyon, enfeksiyonun yayılmasına yol açmaz.

;;. ;ı Lidocaine (Jetokain, Xylocaine), en çok seçilen lokal anesteziktir. Procaine'nden (Novocaine) daha güçlü olduğu düşünülse de, Marcaine (Bupivakain) kadar uzun etkili değildir. Lidocaine'nin etkisi 1-3 saat sürer. Lidocaine'nin toksik sınırı saatte 7 mg/kg'dır. Bu sayıyı hatırlayamazsanız şu kılavuzu deneyin: Ortalama 70 kg. ağırlığındaki yetişkine en fazla 50 mi % 1'lik solüsyon kullanabilirsiniz. % 0,5'liği seçerseniz iki misli kullanabileceğiniz gibi, % 2'liği seçerseniz dozun yarısını kullanmanız gerekir. Küçük hastalar için doz ayarlaması yapmak şarttır.

Lokal anestetik verirken ortaya çıkan ağrı, çoğunlukla iğne büyüklüğüyle, uygulama hızıyla ve bazen de ilacın kendi özellikleriyle ilgilidir. 27-30 gauge'luk iğne kullanın. Daha büyük iğneler, gereksiz yere acı verir. Ayrıca, anesteziği enjekte etmekte kullandığınız iğneyi, sinir uçları daha etkin olan yaraya komşu deri üzerine değil, yaranın içine uygulayın. Anestetik maddeyi çok yavaş enjekte edin. Lidokain asidik bir maddedir; o nedenle enjeksiyon sırasında ağrı oluşturur.

Sodyum Bikarbonat ile tampone edilirse ağrı oluşumu belirgin olarak azalır.

Bir sonraki basamağa geçmeden önce, anesteziğin etkisini gösterebilmesi için yeterince bekleyin. Lokal anesteziadaki epinefrinin vazokonstriksiyona neden olabilmesi için genellikle 5-6 dakika gerekmesine rağmen, Xylocaine için süre daha uzun olabilir. İdeal olan, başlangıçta anesteziği infiltre ettikten sonra tedaviye devam etmeden, bir telefon konuşması yapmak, başka bir hastaya bakmak veya buna benzer işlerle uğraşmaktır. Hasta özellikle, anestezinin etkisini göstermesi için beklediğinizi açıkladığınızda, genellikle bu bekleme süresini umursamaz.

Genellikle, özellikle de yüz üzerinde, Epinefrinli Lidokain kullanın. Epinefrin, subdermal pleksustan olan kanamayı azaltır. Ancak, epinefrinli lidokaini parmak anestezisi için asla kullanmayın.

Lokal anesteziikten kaynaklanan toksisitenin belirtileri huzursuzluk, bunu takip eden ajitasyon ve konvülsif nöbetlerdir. Tedavi, oksijen ve diazepam içermelidir. Ayrıca, eğer tam donanımlı bir hastane yakınında değilseniz, bu konuda deneyimli kişilerden yardım isteyin. Herşeyden önce, kullandığınız ilacın verilme dozuna ve hızına dikkat ederek bu olası sorundan kaçının. Bir lokal anesteziğin uygulanması hem teknik bir yetenek hem de bir sanattır. Büyük bir ustallıkla lidokain enjekte eden diş hekiminizi hatırlayıp her zaman onlardan daha iyisini yapmaya çalışın.

Araçların Seçimi

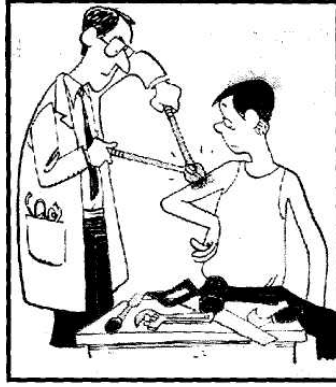
...kaliteli araçların daha uzun süre dayanacağını unutmayın.

Eğer masraflarınızı denetleyebiliyorsanız, yüksek kalitede araçlar seçebilir ve uzun süre iyi durumda tutabilirsiniz. En iyi kalitedeki gereçleri aldığınızda, uzun dönemde daha az harcamış olursunuz. Ayrıca, zamandan tasarruf edersiniz ve yaptığınız işten hoşnut kalırsınız.

„ Tam ve eksiksiz bir debridman ve özenli dikiş için, aşağıdaki gereçlere ihtiyaç duyacaksınız:

- a) Doku forsepsleri
- b) Hassas makaslar
- c) Portegü
- d) Moskito klemp
- d) Bisturi sapı ve bisturi
- e) Dikiş kesme makasları
- f) Deri hukları veya küçük retraktörler

Eksiksiz bir yumuşak doku tedavisi araç tepsisi yukarıdakilerin tamamını içermelidir. Aşağıda her bir gereç için birkaç özellik verilmektedir:



Bir saati çekiç ile onaramazsınız. Uygun alet kullanın.

a) Doku forsepsleri: Dişli adson forsepsleri; genel inanışın aksine, dişsiz olanlara oranla daha az travmatiktir. Şöyle bir düşünün; dişli bir forsepsle yara kenarını tutabilmek için daha az sıkmanız gerekir; oysa dişsiz forseps ile daha kuvvetli sıkmanız gerekir ve daha fazla hücreye zarar verirsiniz. Yeteneğiniz geliştikçe, forsepsi çok daha az sıkmanız yeterli olacaktır. Forsepsler sadece dikiş atma sırasında iğne geçişini sağlamak için yara kenarını hareketsiz tutmaya yararlar. Bu da çok az bir kuvvet gerektirir. Mümkünse yara kenarını epidermisten değil, dermiştten yakalamalıdır.

b) Diseksiyon makasları: Genellikle kullanılan iris makasları, acil servis tepsileri için yanlış bir seçimdir. Keskin kenarları çabuk körelir, iris makasları, adından da anlaşılacağı gibi, deri için değil göz cerrahisi için tasarlanmıştır. Daha iyi bir seçim, strabismus makasları ya da tenotomi makaslarıdır. Bunlar deriyi veya kası kesebilir. Her iki makas da, yaranın kapatılmasından önce cansız doku parçacıklarının debridmanı için mükemmeldir.

c) Portegü (iğne tutucu): Uygun olmayan bir iğne tutucu, ne kadar yetenekli olursanız olun hızınızı azaltacaktır. Kunt uçlu, oluklu dişleri olan iğne tutucular yerine düzgün ağızlı ya da tungsten ağızlı VVeberster veya Halsey iğne tutucular tercih edilmelidir. Kısa tip iğne tutucuları ($4^{\wedge} - 43/4$)_{ya} da uzun tipleri ($5^{1/2} - 6^{1/2}$) tercih edebilirsiniz. Hergün kullandığınızın gereci seçme hakkına sahipseniz, bu sizin ilk tercihiniz olacaktır.

d) Moskito klemp: Hassas bir damar klemp, küçük kanamaları durdurmak için yararlıdır. Sivri uçlu Moskito klemp, kunt uçlu ya tercih edilir. İki ya da üç tanesini yumuşak doku tepsinizde bulundurmanız iyi olur.

e) Bisturi sapı ve bisturi: 3 numara bisturi sapı ve 15 numara bisturi, elektif insizyonlar ve debridmanlar için uygundur.

f) Dikiş kesici makaslar: Araç tepsinizde, dikiş almak için küçük düz makasınızın olması önemlidir.

g) Deri hukları ya da küçük retraktörler: Gereksinimlerinize göre bunların birini, diğerini ya da her ikisini birden bulundurmak isteyebilirsiniz. Deri hukları, keskin olduklarında ve sıkıca yerleştirildiklerinde travmatiktir. Tek dişli Joseph huklar daha dayanıklıdır ve daha iyi sonuç verir. Muayenehane ve acil servislerde kullanmak için çok hassas olanları tercih etmeyin çünkü uzun süre dayanmazlar. Böyle kullanımlar için Senn (bir ucu tırmık gibi, diğer ucu uzun dik açılı) veya Ragnell (çift dik açılı) tipi küçük retraktörler uygundur.

Sonuç olarak, kaliteli araçların daha uzun süre dayanacağını unutmayın. Ameliyat odası personeline hangisinin daha iyi olduğunu sorun. Hemşirenizi, gereç sağlayan birim çalışanlarından uygun bakımın nasıl olması gerektiğini öğrenmesi için yarım günlüğüne bir hastanenin ameliyat odasına gönderin. Eğer çalıştığınız kurumda, satın alma elemanı ile anlaşmanız gerekiyorsa, ana ameliyathanede sürekli kullanılmayacak bir ileri teknoloji ürünü için büyük miktarda harcama yapıldığını hatırlatın. Siz, her gün kullanacağınız araçlar için birkaç yüz dolarlık bir harcama talep etmektesiniz. 100 dolarlık bir iğne tutucu, iyi bir alışveriştir. 30 dolarlık bir iğne tutucu ise parayı havaya savurmaktır.

Kanama Nasıl Durdurulur

...En tecrübeli cerrahlar bile, intraoperatif kanama için endişe duyarlar ve bu kanamaları kontrol edebilecek eğitimi almak için çok zaman harcarlar.

Kanamamanın kaynağı ve nasıl durdurulacağı konusu tüm hekimler için bir sorun oluşturmaktadır. En tecrübeli cerrahlar bile, intraoperatif kanama için endişe duyarlar ve bu kanamaları kontrol edebilecek eğitimi almak için çok zaman harcarlar.

NEREDEN KANIYOR?:

ister elektif insizyonlarda, ister travmatik lezyonlarda olsun kanamalar üç bölgeden olur:

1) Subdermal pleksus: Dermiş ve subkutan yağ doku sınırında yer alan ve vasküler yapılardan zengin bir şebeke olan subdermal pleksus, kanamaların en sık kaynağıdır. Eğer bu kaynaktan şüphe ediyorsanız, soğuk havada saunaya giren birisinde olduğu gibi uygun çevresel koşullarda cilt kan akımının yüzlerce kez arttığı gerçeğini düşünün. Aynı damar ağı travmaya cevap olarak da genişler. Burada önemli olan epinefrinin dermal kan akımını nasıl sınırlandırdığını öğrenmemizdir.

2) Yüzeysel venler: Anatomi bilgilerinizi yeniden gözden geçirdiğinizde venöz sistemin genelde arteriyel şebekeye göre daha yüzeysel seyrettiğini hatırlayacaksınız. Baş-boyun ve ekstremitelerde büyükçe venler hemen derinin altında seyrederler. Elde ise venler elin

pozisyonuna göre yer değiştirebilecek şekilde el sırtında yer alırlar. Laserasyonlar veya elektif insizyonlar sırasında (her ne kadar elektif insizyonlarda venler görölüp korunabilirse de) bu venlerin bütünlüğü bozulabilir.

3) Yüzeysel arteriyel dallar: En sık yüz ve saçlı deride olmak üzere yüzeysel bir arteriyel dala rastlayabilirsiniz. Arteriyel kanama açık kırmızı renkte ve pulsatildir.

KANAMA NASIL ÖNLENİR:

Tıbbi uygulamalarda kabul gören prensip, önlemenin düzeltmekten daha iyi olduğudur.

a) Hikayede kanama bozukluğunu araştırın: Hastaya daha önce kanama problemi olup olmadığını sormayı unutmayın. Bazen hasta size söylemeyi unuttur veya bu konuda bir şey bilmiyordur. Eğer bir şüpheniz varsa ameliyatı erteleyin ve koagölasyon testlerini çalışın. Eğer yaralanma akut ise onanma başladığınızda bir problem varsa anlayabilirsiniz. Böyle bir durumda bir hematologa danışın.

b) Hastanın pozisyonu: Eğer yüz bölgesinde çalışıyorsanız, hastanın başını 30 derece kaldırınız. Eğer elde çalışıyorsanız, eli sarkıtmayınız. Diğer bölgelerde de hem hastanın konforu, hem de sizin çalışmanız açısından en uygun pozisyonu seçin. İnsizyon bölgesinde venöz basıncın az olması size yardımcı olacaktır.

c) Anatomiyi bilin: Bir laserasyonu onarıırken, veya bir elektif insizyonun çizimini yaparken hastanın lokal anatomisiyle ilgili önemli noktaları göz önünde bulundurun. Yüzeysel venlerin dilate olup olmadığını kontrol edin. Eğer bir arter palpe ediyorsanız ve arteri bulup bağlayacak durumda değilseniz, cerrahi girişimden kaçınınız. Eğer hala kendinizi rahatsız hissediyorsanız, belki de bu işlemi yapmamalısınız.

d) Epinefrin kullanın: Dermal kanamaları kontrol etmenin en iyi yolu seyreltik epinefrin içeren lokal anestetik kullanmaktır. 1:500.000 kadar düşük konsantrasyon bile eğer yeterli süre bekleerseniz (-ki bu süre genelde 6-7 dakikadır), subdermal pleksusda yeterli büzölme sağlar. Eldiveninizi giymeden önce epinefrinli lokal anestetik infiltrasyonu yapmak size yeterli süreyi sağlayacaktır.

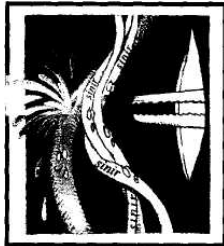
KANAMA NASIL DURDURULUR:

a) Insizyon: Insizyonun bir ucundan diğere ucuna kadar, dermişı tam kat kesmeden bıçağınızı bırakmayın. Dermişı bir kere retrakte olduğunda kan akımı çoğu kez hemen durur. Eğer kesiyi tamamlamadan durur ve kanayan bir damarı kleplemeye çalışırsanız, kanama daha çok artar ve başarılı olamazsınız.

b) Cerrahi görüş alanı: Eğer ne yaptığınızı görürseniz daha az kanamaya yol açarsınız. Bu amaçla huk veya retraktör kullanın. Daima neyi kleplediğinizi görün. Eğer kanamanın kaynağını saptayıyorsanız, kanayan yere bir süre basın sonra tekrar deneyin.

c) Yardım: Bir hemşire veya başka bir yardımcı, kanayan yeri size gösterebilir veya bir moskito kleple damarı tutabilir.

d) Dikiş ile bağlama: Bağlama dikişleri, cerrahlar tarafından derin kaviterlerin dibinde kanayan damarları bağlamak için kullanıldıkları gibi, yüzeysel kanamaları da kontrol edebilir. Kanayan bir damarı bağlamaya çalıştığınız ve yanınızda size yardım edecek birinin bulunmadığını durumlarda damarı kleple tutun, bağlayın ve bağlamanızı gevşetmeden klempi gevşetin. Bağlamanız çözülebilir, o takdirde yeniden deneyin. Başarısız olursanız, o zaman iğneli emilebilir bir dikiş materyali kullanın. Kanama odağını bir kleple tutun ve klempin tabanından iğnenizi geçirip klempin bir tarafında düğümleyin. Sonra bir kez de diğere tarafta düğümleyin. Klempi gevşetin ve kanama olup olmadığını kontrol edin. Eğer kanama durmuşsa, sorun yok demektir. Eğer yine başarısız olmuşsanız, iğneyi tekrar aynı şekilde geçin ve tekrar bağlayın. Kanama duruncaya kadar sütür uçlarını kesmeyin. Bir damara klemp uygularken sadece damarı tutun; damarın komşuluğundaki sinir gibi yapılara zarar vermemeye dikkat edin.



Damarları klemlerken komşu sinirlere dikkat!!

TEMEL KURALLAR:

a) Baskı: Zaman ye baskı kanamayı durdurmada size sınırlı da olsa yardımcı olabilir. Örneğin; cilt kapama sırasında dikiş geçtiğimiz yerlerde oluşan dermal kanamalarda baskı yeterlidir. Eğer kapanmaya hazır bir yarada kanamayı durdurmak için uzun süre baskı uygulamaya gerek duyuyorsanız durun, bölgeyi yeniden araştırın ve tekrar dikişle bağlayın. Aksi takdirde daha sonra bir hematomla karşılaşabilirsiniz.

b) Baskılı kapama: Pansuman bölümünde de üzerinde önemle durduğumuz gibi, pansuman malzemeleri kanama kontrolü için tasarlanmamışlardır. Eğer kanama kontrolü için baskılı pansuman uygulamak zorunda kalıyorsanız geri dönüp temel yöntemleri birkez daha deneyin.

c) Topikal ajanlar: Trombin, Gelfoam ve diğer bir çok topikal ajan kanamayı durdurmak amacıyla üretilmiştir. Bunlardan bazıları özel cerrahi işlemlerde kullanılırsalar da kural olarak baskılı pansuman kadar güvenilir değildir.

d) Drenler: Drenler yara içinden dışarıya sıvı boşaltılması amacıyla kullanılırlar. Ancak drenler hematomu önlemede nadiren işe yarar. Kan yoğun bir sıvıdır; idrar, safra, BOS, lenf ve pü gibi sıvılar drenle daha rahat uzaklaştırılabilir.

BİR UZMANDAN YARDIM İSTEYİN:

Kanama kaynağını göremediğinizde durun, baskı uygulamaya devam edin ve hemşirenizi tercihan bir cerrahıtan yardım istemeye yollayın. Sizin ilk olmadığınızı bilin. Her cerrah klinik çalışmalarında benzer durumlarla karşılaşabilir. Özetle bir kanama karşısında yukarıda belirtilen temel kurallar çerçevesinde davranmak ve bir uzmandan yardım istemek en uygun davranış olacaktır

Dikiş Atmanın İlkeleri

... Önce kilit noktaları birleştirin. Bu yara kenarlarının düzgün olmasını sağlar..

Yaranın dikişlerle primer olarak kapanmaya hazır olduğu durumlarda, yarayı dikkatlice muayene edin, anestezi sağlayın, yarayı yıkayıp debride edin.

YAPIŞTIRICI BANTLAR (Strip):

Yapıştırıcı bantlar dikişlere yardımcı olarak kullanılırlar ve gerekli dikiş sayısını azaltırlar. Hatta bu bantlar bazen dikişe alternatif de olabilir. Ancak kıl içeren bölgelerde, el ve ağız çevresi gibi hareketli bölgelerde fazla işe yaramazlar. Ayrıca küçük çocuklar yarayı rahat bırakmayıp yaranın açılmasına sebep olabilirler. Yüzeysel yaralanmalarda ve takibin kolay yapılabileceği durumlarda kullanılması daha uygundur. Ayrıca üzerine ek bir pansuman malzemesinin de kapatılması önerilir.

MALZEME SEÇİMİ:

Dikiş malzemeleri, vücutta emilen ve emilmeyen; ayrıca monofilaman ve örgülü polifilaman olarak ana gruplara ayrılırlar.

Emilebilen dikiş malzemeleri, vücutta enzimatik yollarla metabolize edilirler. Bunlar krome / sade katgüt ve poliglikolik asit türevleri olan sentetik materyallerdir (Vicryl, Dexon, PDS, gibi). Bu dikişler, cilt kapamasına destek sağlamak amacıyla cilt altında kullanılırlar. Ayrıca dikiş alma sırasında koopere olamayacak küçük çocuklarda cilt dikişinde de kullanılabilirler.

Emilmeyen dikiş malzemeleri kalıcıdır ve cilt dikişi olarak kullanıldıklarında alınabilirler. Naylon ve polipropilen bugün başlıca kullanılanlarıdır. Pamuk ve ipeğin popülaritesi geçmişte kalmıştır.

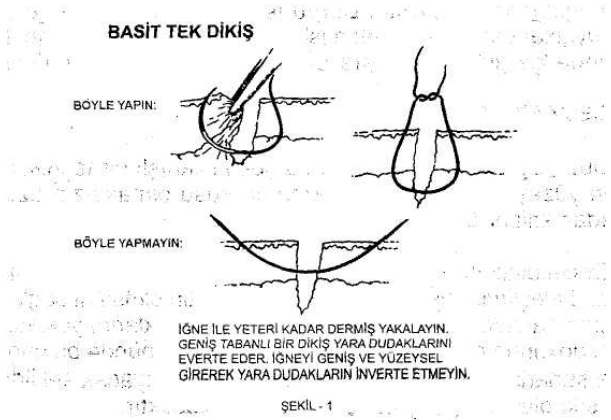
Monofilaman dikişler örgülü dikişlere oranla daha az reaksiyona sebep olurlar, ancak sağlam bir düğüm elde etmek için örgülü dikişlerden daha fazla düğüm atmaya gerektirir. Öte yandan örgülü dikişler daha fazla inflamatuvar reaksiyon oluştururken daha az düğüm atarak sağlamlık elde edilir.

Dikişlerin büyüklük ve dayanıklılıkları numaralarına göre değişir. 6/0 dikiş, 4/0 dikişe göre daha ince ve daha güçsüzdür.

İğneler yuvarlak ve keskin uçlu olmak üzere ikiye ayrılırlar. Barsakları dikmediğiniz sürece yuvarlak uçlu iğneleri unutun. Deri, dermiş ve muskulofasyal onarımlarda keskin uçlu iğneleri tercih edin.

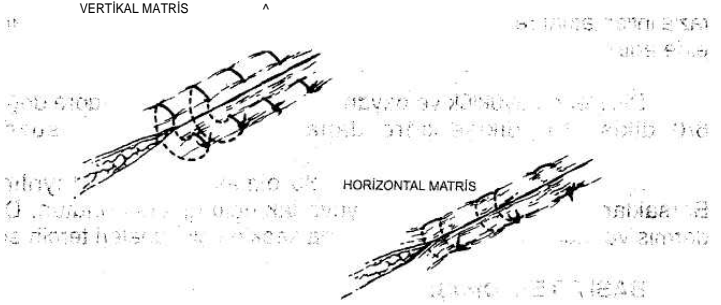
BASİT TEK DİKİŞ:

Bu en çok kullanılan temel dikiştir. Epidermis ile birlikte dermiş de iğne ile ısırılır. Doğru teknikte her iki yara kenarından eşit olarak geçilen dikişin yara dudaklarını dışarı doğru evertme eğilimi vardır; oysa teknik yanlış ise inversiyona neden olur. Şekim'de bu dikişin nasıl olması veya olmaması gerektiğini görmekteyiz.



MATRİS DİKİŞ:

Vertikal ve horizontal olarak iki düzlemde uygulanabilir. Bu dikiş tekniği ile gerginlik yara kenarlarından alınmış olur; ancak çok sıkı atılırsa doku iskemisine sebep olabilir. Bu teknik yara dudaklarını bir çizgi haline getirmek için en iyi tekniklerden biridir. Ancak, güzel atılmış basit dikiş de aynı sonucu sağlayabilir. (Şekil-2)



MATRİS DİKİŞLER İYİ DİKİŞLERDİR. ANCAK FAZLA SIKMAMAK GEREKİR.

DEVAMLİ DİKİŞ:

Düğümmler sadece dikişin başlangıcında ve sonunda atıldığı için kolay uygulanan bir dikiştir. Doğru teknik kullanılmazsa ve çok sıkı olarak uygulanırsa deri kenarları iskemik kalabilir. Öte yandan, bu dikiş tekniğinde gerginlik tüm yara boyunca eşit olarak dağılmaktadır.

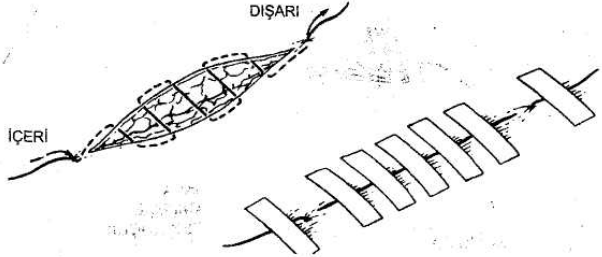
DEVAMLİ İNTRADERMAL DİKİŞ:

Düz çizgi şeklindeki yaralarda çok kullanışlı bir tekniktir (Şekil-3). Deri yüzeyinde dikiş izi bırakma korkusu olmaksızın uzun süre alınmadan kalabilir.

Önceliğiniz canlı dokuya zarar vermemek olmalıdır. Önce kilit noktaları **birleştiriri**. Bu yara kenarlarının düzgün olmasını sağlar. Daha sonra tüm parçaları yerine yerleştirin. Yara dudaklarını yaklaştırırken, dikişleri dokunun daha da ödemleneceğini göz önünde bulundurarak, sadece kenarların birbirine temas etmesini sağlayacak şekilde sıkın. Bugün sıkı olan dikişler yarın daha da sıkı olacaktır.

YARALAR

DEVAMLIL İNTRADERMAL DİKİŞ

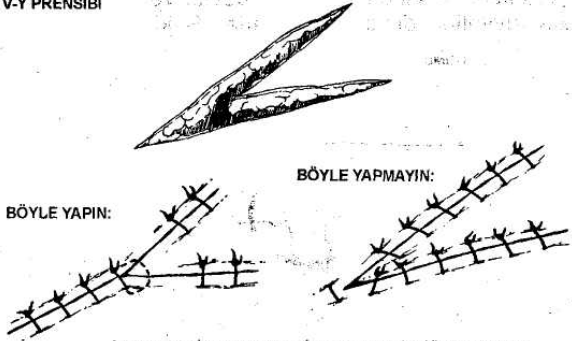


ÇOK YARARLI BİR DİKİŞTİR. DİKİŞ İZİ KALMAZ.
YARA DUDAKLARINI VE DİKİŞ UÇLARINI YAPIŞKAN
STRIP İLE DESTEKLEMEK GEREKİR.

ŞEKİL - 3

Küçük flepleri yerine yerleştirmek sıkıntılı olabilir. İğnenizle özellikle flebin ucuna yakın yerlerden küçük ısırıklar alın. Çünkü dikişiniz kan akımını kesintiye uğratabilir. Uzun ve dar flepler gergin olarak oturtulmamalıdır. Şekil-4'te "V" şeklindeki fleplerin "Y" şeklinde oturtulması gösterilmiştir. Şekil-5'teki köşe dikişine de dikkat ediniz.

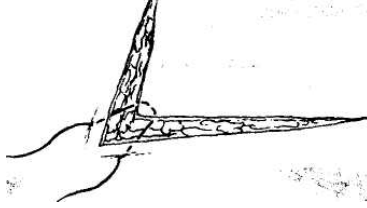
V-Y PRENSİBİ



BAZI AVULSİYON FLEPLERİ AŞIRI GERGNLİĞİN NEKROZA
YOL AÇILMASI NEDENİYLE KENDİ YERİNE DİKİLEMEZ.
BÖYLE DURUMLARDA DEFEKTİ "Y" ŞEKLİNDE KAPAYIN.

ŞEKİL - 4

YARALAR



KÖŞE DİKİŞİ YARARLI BİR DİKİŞ OLMAKLA BERABER, KÜÇÜK FLEPLERDE KULLANILMASI ŞARTT DEĞİLDİR. FLEBİN UCUNDAN TEK KÜÇÜK BİR ISIRIK YETERLİ OLUR.

ŞEKİL-5

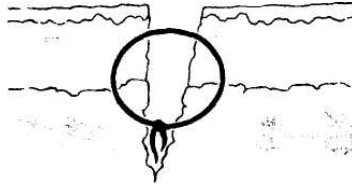
DİKİŞ SAYISI:

Sadece gerektiği kadar dikiş koyun. Strip kullanmanız, dikiş sayınızı azaltacaktır. Her dikişin vücutta bir yabancı cisim olduğunu unutmayın.

CİLT ALTI DİKİŞİ:

Cilt altı dikişler, özel amaçlarla atılırlar. Örneğin; derin bir kaviteyi oblitere etmek gibi... Ek olarak eğer kas ya da fasya ayrılmışsa, tabakalar emilebilen cilt altı dikişlerle yeniden birleştirilmelidir. Dermiş içine atılan dikişler yara kenarlarındaki gerginliği azaltır ve cilt dikişleri alındıktan sonra yara kuvvetinin devamını sağlarlar (Şekil-6).

GÖMÜLÜ DİKİŞ



DERMİŞE DİKİŞ KOYARKEN
DÜĞÜMÜ GÖMMEYE ÇALISIN.

ŞEKİL ■ 6

ÖZEL DURUMLAR:

a) Tam kat dudak yaralanmaları: İyi bir yıkama ve debridman yaptıktan sonra deri, kas ve mukozayı üç ayrı tabaka halinde dikmek gerekir. Bu gibi yaralanmalarda bulunabilecek dış parçalarının temizlendiğinden emin olun.

b) Kulak laserasyonları: Cansız kıkırdak parçalarını debride ettikten sonra deriyi her iki taraftan dikkatlice kapatın. Kıkırdak dikişi konulabilir ama stabil olduğu sürece gerekmez.

c) Kaş yaralanmaları: Dikkatlice yerine yerleştirin ve hizalayın. Kıl foliküllerini koruyun, traş etmeyin, arada kılsız bir alan bırakmaktan kaçının.

d) Burun tabanı yaralanmaları: Düzgünce yara dudaklarını birleştirin ve göze çarpmamak için çentik bırakmaktan kaçının. İnce ve tek dikiş kullanın.

e) Göz kapağı laserasyonları: Bu tip yaralanmalarda nazik olmak ve lakrimal sistem hasarını göz ardı etmemek gerekir. Böyle bir hastayı bir uzmana danışın. Eğer laserasyonu onarmaya kalkışıyorsanız, düğümlerin korneayı çizmemesine dikkat edin. Biraz traksiyon tam kat göz kapağı kesilerinin onarımında size yardımcı olacaktır.

f) Dil kesileri: Küçük kesiler dikiş atmadan bırakılabilir. Önemli dil kesilerinde emilebilen dikiş malzemesiyle dikmek gerekir.

g) Bacak yaraları: Bacak yaralarında devamlı intradermal dikiş tercih edilebilir. Bu dikiş 10-14 gün bırakılır. Tek tek atacağınız dikişler ise geride laserasyonu çaprazlayan izler bırakacaktır.

DİKİŞLERİN ALINMASI:

Yarada beklenmedik bir şişlik, eritem ve akıntı olup olmadığını kontrol etmek amacıyla hastaların 1-2 gün sonra kontrole gelmelerini sağlayın. Yara altında bir birikim varsa bir iki dikiş alınarak bu birikim dışarı boşaltılması sağlanmalıdır.

Dikişler yerleşimlerine göre değişik sürelerde alınırlar. Yara

iyileşmesi baş boyun bölgesinde en hızlı, ayakta ise en yavaştır. Yüzdeki dikişler onarım sonrasında 4-5. günlerde, gövdedekiler 7-8. günlerde; bacakta kiler ise 9-10. günlerde alınabilir. Yara iyileşmesi baskılanmış hastalarda (şok veya sepsisteki hastalar, steroid kullanan hastalar, vaskülitli olan veya kaşektik hastalar gibi) bu süre 21 güne kadar uzatılabilir. Unutmayın ilk birkaç gün strip desteği iyi bir uygulamadır ve dikişlerin daha erken alınmasına olanak sağlar.

Yara Pansumanı

...Başarılı bir yara iyileşmesi için iyi pansuman şarttır.

yi bir pansuman aşağıda sıraladığımız fonksiyonlardan bir veya birkaçını yerine getirebilmelidir.

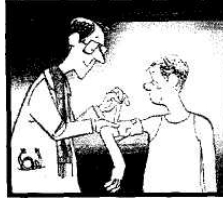
Koruma: Pansuman, yarayı ek travmalardan, ağrıyı uyaran ısı değişimlerinden ve başkalarının meraklı gözlerinden korur. Basit bir bandaj, açıktaki dikilmiş bir yaranın neden olduğu istenmeyen sorulara ve elbiselerde leke oluşmasına karşı koruyucudur. Ayrıca pansuman ile kapama, optimum yara iyileşmesi için uygun bir ortam da sağlar. Dolaşım bozulduğunda, iyileşmeyen bir yara kendi nemliliğini sağlayamaz ve meydana gelen kuruluk, doku kaybının artmasına neden olur. Öte yandan yara yüzeyi çok miktarda eksüdatif sızıntı oluşturabilir ki bu da gereksiz bir metabolik kayba yol açar. Bazı hekimler pansuman kapamanın, yarayı bakteriyel kontaminasyondan koruduğuna inanırsa da, dikilmiş bir yara gerçekte tedavinin bir kaç saat sonrasında itibaren kolay kolay kontamine olmaz. Yara iyileşmesinin inflamatuvar fazı başladıktan sonra, bir dolaşım sorunu olmadıkça yara kendisini koruyabilecek duruma gelir.

Emilim: Pansuman, yara yüzeyinde meydana gelen eksüdatif sızıntıyı emebilir. Bu durum bakteriyel proliferasyon ve sonrasında oluşabilecek yara enfeksiyonu olasılığını azaltır. Nemli pansuman bir fitil gibi davranarak yaradan sıvı çeker. Böylece eksüdatın yarada kalıp kabuklanmasını önler.

Unutmayın, ne yara yüzeyi, ne de deri steril değildir. Bu yüzeylerde bakteriler kaçınılmaz olarak vardır. Eğer bakteriyel çoğalmaya izin verirsek, elbette bunun faturası da ağır olacaktır. Gelişen enfeksiyona bağlı olarak yara iyileşmesinin gecikmesi ve olayın belirgin bir skarla sonlanması arzu etmediğimiz bir sonudur.

Baskı: İyi bir pansuman yaradaki ödemi önleyecek makul bir baskı uygulayabilmelidir. Ancak iskemiye neden olabilecek aşırı baskıdan da kaçınılmalıdır.

İmmobilizasyon: İyi bir pansuman iyileşme alanında immobilizasyonu da sağlayabilmelidir. Sürekli hareket eden bir yara, hareketsiz bir yara kadar çabuk ve iyi iyileşemez. Deri greftlerinin neovaskülarizasyonu için etkili bir immobilizasyon şarttır.



İYİ BİR PANSUMANIN ÖZELLİKLERİ

Pansumanın hastanın yaşam koşullarına uygun olması daima göz önünde bulundurulmalıdır. Pansuman seçimi hastanede yatarak tedavi gören bir hastada, acil serviste görülen ve biraz sonra işine dönecek olan bir hastanınkinden farklı olabilir. Konforsuz ve fonksiyonsuz bir pansuman, hastanın uyumunu azaltacaktır. Bu nedenle pansumanların dış tabakası temiz, düzgün ve düzenli olmalıdır.

Pansumanın ilk tabakası yara yüzeyine yapışmamalıdır. Bu amaçla sıvı geçirgenliği olan hafif lubrikanlı gazlı bezleri tercih edin. Gazlı bezin aralıkları sıvı geçişine izin verecek yeterli genişliktedir. Telfa, Saran ve diğer geçirgen olmayan malzemeler maserasyona neden oldukları için uygun değildir.

İkinci tabaka ise yaradan sızan sıvıları emici özelliğe sahip olmalıdır. Katlanmış gazlı bez ya da petler küçük yaralarda yeterli

olurken, daha büyük yaralarda absorpsiyon özelliği fazla, çok sayıda flaf gaza ihtiyaç vardır. Pamuk geleneksel olarak gazlı bezde kullanılan bir yapı taşıdır. Bununla birlikte yüksek derecede emilim özelliği olan sentetik malzemeler de üretilmiştir. Flaf gazlardan sonra yumuşak gaz sargılarla ekstremite çevresinin sarılması, hem emilim kapasitesini artırır hem de pansumanın ilk tabakasını stabilize eder. Buna rağmen bu yumuşak materyaller, çok çabuk gevşer ve yeterli baskıyı ve pansumanın stabilitesini sağlayamayabilir. Başlangıçta elastik olmayan sargı bezleriyle kontrollü baskı en iyisidir. Elastik bandaj bu tip pansumanlarda kullanışsızdır. Çünkü artmış baskı iskemiye neden olabilir. Pansumanın bu tabakası yapışkan bantlarla desteklenirse pansumanın dayanıklılığı artar. Burada amaç baskı sağlamaktır. Strangülasyon veya iskemi oluşturmak değildir. Gazlı bezin kabarık şekilde uygulanması ve yapışkan bantlarla desteklenmesi ekstremitenin immobilizasyonuna önemli derecede yardımcı olur. Daha fazla immobilizasyon için, ek bir atele ihtiyaç vardır. Ancak atel kullanırken dikkatli olmak gerekir. Yeterince pamuk kullanmazsanız bası ve iskemiye neden olursunuz. Pansuman ustaca yapılmalı ve estetik olmalıdır.

AÇIK YARA

Sıyrık, yanık ya da açık yaralara yapılan pansumanlar da kapalı yaralardaki gibi koruma, emilim, baskı ve immobilizasyon fonksiyonlarını yerine getirmelidir. Bununla beraber bu tip yaraların pansumanı bazı düzenlemeler gerektirir.

Yüzeysel yanık ve sıyrık gibi kısmi kalınlıktaki hasarlar, tüm yabancı cisimlerden temizlenmeli ve koruyucu ama yapışmayan Bactigras gibi bir tabakayla kapatılmalıdır. Bu tabaka kaldırılırken yeni proliferatif epitel asla zarar görmemelidir, ikinci tabakanın emici özelliği olmalıdır. Pansuman yenilenirken, birinci tabaka kaldırılmadan üstteki tabaka değiştirilir. İlk tabaka yara iyileştiğinde kendiliğinden ayrılır.

ISLAK / NEMLİ PANSUMAN

Islak-nemli pansuman ve belki de yeni hidrokolloid pansumanlardan biri her zaman kuru pansumana tercih edilir. Herhangi bir pansuman açılırken hafifçe ıslatılır; çünkü kuru pansuman kaldırılırken ağrıya neden olur. Islak-nemli ya da hidrokolloid pansumanların bir başka avantajı da, epitel migrasyonu ve granülasyon dokusu oluşumunu sağlayan nemli bir ortam sağlamasıdır.

Hastanın İzlenmesi

...kazazedeler talimatlarınızın % 15-20 gibi küçük bir kısmını hatırlarlar.

Acil hastalar genellikle sizin söylediklerinizi duymayabilir ya da sonradan hatırlamayabilirler. Muhtemelen o anda endişe içinde "hata kimde?", "araba veya bisiklet vs. nerede?", "şu anki durum nedir?", "başka yaralı var mı?", "öldüler mi, yaşıyorlar mı?" gibi sorularla uğraşmaktadırlar.

Hastanızla konuşurken onun endişesini dikkate alın. Güven verici sözleriniz ve talimatlarınız, kesinlikle yardımcı olacaktır, fakat yeterli değildir. Çalışmalar göstermiştir ki, kazazedeler talimatlarınızın % 15-20 gibi küçük bir kısmını hatırlamaktadır.



YARALAR

Tedavi sonrası izlemin ilk kuralı; önemli şeyleri mutlaka yazmanızdır. Talimatlarınızı hastanıza yazılı olarak verin. Tekrarlamaktan endişe duymayın. Tekrar etmek temeldir. Aile üyelerini çağırın ve görüşmeye dahil edin. Hastanın iyileşmesi, talimatların anlaşılması ve takipteki başarıya bağlıdır. Hastaya bir hafta sonra gelmesini söylemeyin. Enfeksiyonun ilk bulgularını saptayabilmek için, 24-48 saat gibi kısa bir süre sonra kontrole çağırın. Yanık ya da doku avülsiyonu gibi bazı yaralanmalarda günlük takibin daha akıllıca olduğunu unutmayın.

Hafif Yanıklar

... Küçük yanıkları küçümsemeyin...

Başlığımızdan da anlaşılacağı gibi bu bölümde hafif yanıkların tam olarak ne olduğunu tartışacağız. Hafif yanıklar, cerrahlar tarafından küçümsenebilir. Biz cerrahlar "hafif yanıklar başkalarının sorunudur, bizi ilgilendirmez" ya da "hafif yanıklar, bir uzman veya yanık merkezi gerektirmez" diyebiliriz. Fakat bu her zaman doğru olmayabilir.

Hafif yanıklar;

- Genelde vücut alanının %5'inden küçüktür.
- Kısmi kalınlıkta yaralanmalardır.
- Yüz, el, ayak veya genital bölgeyi içermeyen yanıklardır.

Bu bölümde sadece hafif yanıkların tedavisini göz önünde tuttuk. Burada tanımlanan temel ilkeler daha geniş yanıklarda da uygulanabilir; fakat majör yanığı olan hastaları bir uzmana veya bir yanık merkezine göndermeniz önerilir.

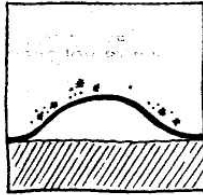
YARANIN TİPİ

Hafif yanıklar kısmi kalınlıkta sıyrıklar gibidir. Yüzeyeldirler ve deriyi tam kat geçmezler. Ancak unutmayın ki, bugün kısmi kalınlıktaki bir yanık, yarın tam kat olabilir veya derinliği başlangıçta yanlış saptanabilir. Bu yüzden daha büyük hasarlar için uyanık olun.

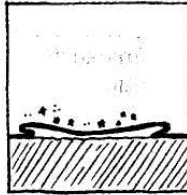
BAŞLANGIÇ TEDAVİSİ

Başlangıçta tüm yaralarda olduğu gibi yara yüzeyini kibarca temizleyin. Fizyolojik serum, Betadine, Batticon, Sulfamyon gibi malzemelerle genel bir temizlik yapılması bu yaraların enfekte olma riskini azaltır. Küçük, patlamamış ve enfekte olmamış bülleri yara yüzeyini koruması için sağlam bırakın. Büller patlamışsa bakteriyel kontaminasyonu önlemek için epitel tabakasını debride edin. Daha sonra yağlı bir gazlı bezle kapatın, üzerini emici özelliği olan bir malzemeyle örtün. 24-48 saatte bir üstteki pansumanı değiştirin. Povidon, Mafenid veya Gümüş Sülfadiazin gibi topikal antibakteriyeller çok gerekli değildir. Bunların geniş yanığı ve sepsis riski olan hastalarda sınırlı faydası vardır. Topikal antibakteriyeller yara iyileşmesini inhibe ederler. Yara bakımı hemen başlatılırsa, küçük yüzeysel yanıklarda sistemik antibakteriyeller de gerekli değildir.

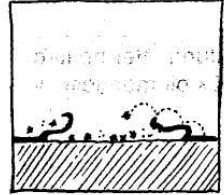
BÜLLERİN İÇİNDEN



İNTAKT İSE
BIRAKIN



SÖNMÜŞ İSE
BIRAKIN



PATLAMIS İSE
DEBRİDE EDİP
YIKAYIN

İZLEM

Hafif yanığı olan hastanızı, önerilerde bulunmadan takipten çıkarıp evine göndermeyin. Sıklıkla yeniden muayene etmeniz gerekecektir. Kısmi kalınlıkta yanık, yanlış bir tanı olabilir veya hasar ilerleyebilir. Eğer tanınız doğruysa hafif yanıklar 10-12 günde iyileşecektir. Yanık dermişe doğru genişlerse, iyileşme gecikir ve bazen hipertrofik skar oluşabilir. Derin dermal yanıklar, deri greftleri ile daha iyi iyileşirler. Eğer başarılı bir iyileşme olmadığını düşünüyorsanız bir plastik cerraha danışın.

Isırık Yaraları

... çoğu ısırık küçük yaralanmalara yol açsa da, büyük bir morbidite ile sonlanabilir.

Isırık yaralanmaları acil servise başvuran hastaların %1'ini oluşturmakta olup, A.B.D.'de yılda yaklaşık 2 milyon ısırık yaralanması meydana gelmektedir. Tüm ısırık yaraları içinde %80-90'lık bir kesimi köpek ısırıkları oluşturur, ikinci sırada kedi ısırıkları vardır. Bunun da oranı % 5-15'tir. insan ısırığı %5'ten azını oluşturur. Her ne kadar çoğu ısırık küçük yaralanmalara yol açsa da, büyük bir morbidite ile sonlanabilir.

KÖPEK ISIRIKLARI

Çoğu zaman ışınlan kişi köpeği tanır ve sıklıkla köpeği tahrik eder. Çocuklarda daha sık görülür. Genç köpekler ve dişi köpekler ısırmaya daha eğilimlidir. Isırıkların çoğu ekstremitelerde olurken, özellikle küçük çocuklarda baş ve boyunda daha sık görülür. Ölümcül köpek ısırıkları, büyük köpeklerle olur ve çoğunlukla büyük boyun damarlarından kanama sonucu ölüm meydana gelebilir. Köpek ısırıkları %2-20 oranında erfekte olu. Bu memeli ısırıkları içinde en düşük oranlardan biridir. El ısırıklarında enfeksiyon, tenosinovit ve septik artrit riski artar. Köpeklerin ağız boşluğunda bulunan mikroorganizmalar arasında *Pasteurella multocida*, *Staf. aureus*, *Staf. intermedius*, *Alfa-hemolitik streptococcus*, *Eikenella corrodens*, ve *Capnocytophaga canimorsus* sayılabilir.

KEDİ ISIRIKLARI

Kedi ısırık ve tırmıklaması sonucu oluşan sıyrıkların enfekte olma şansı köpek ısırıklarından fazladır. Bunun nedeni, kedilerin dişlerinin küçük ve sivri olmasından ötürü kolayca eklem ve periosta penetre olabilmeleridir. Kedilerin ağız florası köpeklerinkine benzer ve kedi ısırıklarından en çok üretilen mikroorganizma *Pasteurella*'dır. (50-70%).

İNSAN ISIRIKLARI

Çoğu insan ısırığı kavga sırasında olur ve genellikle tıbbi müdahale gecikir. Yumruk atarken oluşan ısırık yarası bunun klasik örneğidir. Hasta, birisinin ağzına yumruk atar, karşısındakinin dişi metakarpofalangeal eklemi delerek mikroorganizmaların eklem içine geçmesine yol açar.

İnsan ısırıkları ciddi enfeksiyonlara yol açabilir. İnsan ağız boşluğu son derece kontamine olup, *Streptococcus viridans*, *Staf. aureus*, *Eikenella*, *Haemophilus influenza* ve oral anaerob bakteriler enfeksiyon etkeni olabilir.

TEDAVİ

Anamnezde önemli noktalar; tedavide gecikme olup olmadığı, tetanoz aşısı durumu ve kuduz bulaşma ihtimalidir. İmmün yetmezliği olan hastalar daha yüksek oranda ciddi enfeksiyon riski taşıdıklarından yoğun tedavi gerektirirler. Fizik muayenede ezilme ve parçalanmanın derecesine dikkat etmek gerekir; çünkü bu yaralar enfeksiyona daha çok eğilimlidir. Yaralanma tendon ve siniri de içeriyorsa, olası bir cerrahi girişim için hastayı sevk etmek gerekir. Eklem penetrasyonu da sevk için başka bir endikasyondur. Eğer kemik veya eklem hasarı düşünülüyorsa mutlaka direkt grafi çekirilmelidir. Filmde görülen yabancı cisimler diş parçaları olabilir; bunların çıkarılması gerekir. Tüm ısırık yaraları iyice yıkanıp temizlenmeli ve cansız dokular debride edilmelidir. Çoğu köpek ısırığı 8 saatten kısa süre geçmişse güvenle kapatılabilir. Kedi ve insan ısırıkları, daha yüksek enfeksiyon oranları nedeniyle açık bırakılmalıdır. Delik şeklindeki ısırıklar da kapatılmamalıdır. Yüzdeki ve kozmetik olarak önemli bölgelerdeki insan ısırıkları iyi bir

debridmandan sonra kapatılabilir. Kapatma tekniği diğer laserasyonlarla aynıdır. Yaralar kapatıldıktan sonra enfeksiyon açısından dikkatle takip edilmelidir.

Profilaktik antibiyotik kullanımı tartışmalıdır. Enfekte olmamış, taze köpek ısırıklarında mutlaka kullanılması şart değildir. Kedi ve insan ısırıklarında genellikle profilaktik antibiyotik tedavisi başlanır. Tüm bu yaralarda ilk tercih edilecek ilaç Amoksisilin/Klavulonik asittir. Penisilin allerjisi olan hastalarda seçenek doksisisiklin (ocuk ve hamile kadınlarda kontrendikedir) ve Siprofloksazindir. Oturmuş enfeksiyonlarda bu ilaçlarla ampirik tedaviye başlanabilir; kültür alınarak sonuca göre tedaviye devam edilir.

KUDUZ PROFİLAKSİSİ

Geçmişte at serumundan hazırlanan aşıların yüksek allerjik reaksiyon riskleri nedeniyle profilaksi zor ve riskliydi. Günümüzde ise insan diploid hücre kültürlerinden hazırlanan aşılar nadiren bir probleme neden olurlar. Neyse ki günümüzde kuduz nadir bir problemdir. Yine de siz böyle bir durumla karşılaştığınızda bir enfeksiyon hastalıkları uzmanına danışın.

Parmak Ucu Yaralanmaları

...Tedavide amaç, parmağın uzunluğunu mümkün olduğunca koruyarak, en az skar ile en kısa zamanda iyileşmeyi sağlayabilmektir.

Parmak ucu yaralanmaları oldukça sık karşılaşılan olaylardır. Hayati tehlike yaratmasa da yüksek morbiditeye ve iş gücü kaybına sebep olur. Parmak ucu yaralanmaları, ezilme ya da keskin cisimlerle kesilme şeklinde meydana gelebilir. Tedavide amaç, parmağın uzunluğunu mümkün olduğunca koruyarak, en az skar ile en kısa zamanda iyileşmeyi sağlayabilmektir. Ezilme yaralanmalarında, kemik yaranmasından da kuşkulandıysanız, mutlaka düz grafi çekilmelidir.

PARMAK UCUNDA YUMUŞAK DOKU KAYBI

Parmak ucu avulsiyon yaralanmaları tam ya da kısmi olabilir. Eğer parmak ucunun bir kısmı hala parmağa bağlı ise ve canlı görünüyorsa, yerine dikilmelidir. Bu şekilde mükemmel sonuçlar elde edilebilir.

Eğer parmak ucu tümüyle avulse olmuşsa, tedavide çeşitli seçeneklerimiz vardır. Parmak ucundaki doku defekti 1 cm²'den az ise, yaranın sekonder iyileşmeye bırakılmasıyla iyi sonuçlar alınabilir. Parmak temizlenip, vazelinli gazlı bez (Bactigras gibi) ile kapatılmalı ve pansuman günlük olarak değiştirilmelidir. Bu şekilde genellikle 4-6 hafta içinde tam iyileşme elde edilir.

İkinci seçenек olarak kopmuş parça yerine dikilebilir. Ancak ezilme yaralanmalarında bu seçenек uygun değildir. Çocuklarda, kompozit greft olarak yerine dikilen kopuk parçalar sıklıkla yaşar; ancak erişkinlerde aynı derecede başarılı olmaz. Kopan parçanın cilt altı yağ tabakası iyice temizlendikten sonra deri grefti olarak kullanılır. Parmak immobilize edilip korunmalıdır.

Daha büyük, kemiğin açıkta olduğu veya kopan parçanın uygun olmadığı yaralanmalarda, yaranın bir şekilde kapatılması gerekir. Bunun için kemik açıkta değilse el bileği, avuç içi laterali veya üst kolun iç yüzeyinden alınan deri grefti; eğer kemik açıktaysa lokal veya uzak flepler kullanılabilir. Bu vakalar genellikle bir Plastik Cerrahi uzmanına sevk edilmelidir.

TIRNAK YATAĞI YARALANMALARI

Ezilme yaralanmalarında subungual hematom görülebilir. Hematomun üzerinden elektrikli koter ya da bisturi ile tırnak delinerek hematom boşaltılabilir. Genellikle altında kırık da bulunur ama tırnak atel görevi görür.

Tırnak yatağının da zedelendiği tırnak avulsiyon yaralanmalarında, tırnak çıkarılır ve altındaki laserasyonlar 6-0 krome katgüt gibi emilebilen, ince dikiş ile dikilir. Tırnak yatağı tırnak yerine iade edilmek suretiyle ya da tırnak yatağı üzerine yerleştirilen ve yapışmayan bir parça vazelinli gazlı bez ile korunmalıdır. Yeni tırnak, tırnak yatağı üzerinde birkaç ay içinde büyür. Kesici yaralanmalarda, tırnak yatağında ayrılma yoksa, tırnak hala yerine yapışık ise ve hala atel görevi görüyorsa onarıma gerek yoktur.

Tırnak matriksi yaralanmaları, tırnak yeniden uzadığında deformiteye neden olabilir. Daha ciddi deformiteler, kısmi kalınlıktaki tırnak matriksi greftleri ile rekonstrüksiyon ya da ayak başparmak tırnağı matriksi transferi gerektirebilir. Sadece küçük germinal matriks kalıntıları kalmışsa, bunlar düzensiz tırnak parçalarının yeniden büyümesini önlemek amacıyla tamamen alınmalıdır.

PARMAK UCU ENFEKSİYONLARI

Felon (halk arasındaki adıyla dolama) parmak pulpasının enfeksiyonuna verilen addır. Pulpa içindeki fibröz bölmeler abseyi kapalı bir boşluk içinde tuttuğundan çok ağrılı olurlar. Bu durumda insizyon ve drenaj endikasyonu vardır. İnsizyon, hassasiyetin maksimum olduğu yerden yapılmalı, ancak mümkünse dokunma yüzeyinde yapmaktan kaçınmalıdır. Fibröz bölmeler abseyi tümüyle drene edebilmek için bölünmeli, antibiyotik tedavisi başlanmalıdır.

Paronişi ise tırnak katlantısının bir iltihabıdır. Erken dönemde, ağrı ve sellülit ile başvuran hastada, antibiyotik tedavisi, eievasyon ve immobilizasyon yeterli olur. Eğer fluktuasyon varsa, tırnağın altında pü olduğu görünüyorsa drenaj uygulanmalıdır. Genellikle tırnağın çekilmesi gerekebilir. Bunun için tırnak, yatağından ince bir hemostat, makas ya da elevatör ile serbestleştirilip eponişiyal katlantıdan ayrılır. Tırnak yatağını zedelemeye özen gösterilmelidir.

Daha ciddi enfeksiyonlar, tendon kılıfını veya derin palmar boşlukları kapsar. Derin el enfeksiyonlarına ait bulgularla karşılaştığınızda her zaman bu konuda deneyimli bir cerraha danışın.

Skarlar ve Keloidler

... Hastanıza mükemmel veya daha da kötüsü, görünmez bir skar vaadetmeyin...

Derideki tüm yaralar skar oluşumu ile iyileşir. Yara kimin tarafından ve ne kadar iyi kapatılırsa kapatılsın bu böyledir. Skar, dikiş gerektiren derinlikteki yaraların kaçınılmaz bir sonucudur. Tedavinin uygun yapılması skar oluşumunu önleyemez ancak daha az görünür olmasını sağlayabilir.

Bir skarın şiddetini etkileyen birkaç faktör vardır. Vücudun omuz, diz, presternal bölge gibi bazı bölgelerinin kötü skar oluşumu açısından kötü şöhreti vardır. Bu bölgeler hareketli ve gerginliğin olduğu bölgelerdir. Genel olarak, yarada gerginlik ne kadar az ise, skar zaman içinde o kadar az genişler. Eğer doku kaybı fazla ise ve yara gergin olarak kapatılmak zorunda kalırsa, buradaki yara izi belirgin olacaktır. Eğer çevre dokular ezilmiş ise ve yaralanma geniş bir bölgeyi içeriyorsa kötü yara izi kalır. Bunlar doktorun ve hastanın kontrol edemediği durumlardır.

Bir de doktorun kontrol edebildiği durumlar vardır. Devitalize dokular enfeksiyonu önlemek ve skarlı dokuyu azaltabilmek için debride edilmelidir. Toprak, cam gibi yabancı cisimler enfeksiyona yol açacağından uzaklaştırılmalıdır. Derin yaralarda, yaranın birkaç tabaka halinde kapatılması ölü boşluk oluşumunu ortadan kaldıracak ve yara dudaklarındaki gerginliği azaltacaktır. Dikiş seçimi skarın alacağı son hali etkiler. Genel olarak, yara dudaklarını birarada tutabilecek en ince dikiş seçilmeli ve en az inflamatuvar reaksiyona sebep olan dikiş

YARALAR

malzemesi seçilmelidir. Emilebilen dikişler emilmeyen dikişlerden daha fazla inflamasyona yol açarlar. Monofilaman dikişler en az inflamasyon oluşturan dikişlerdir. Dikişlerin alınması skarın kendisinden daha belirgin olarak görülebilen dikiş izlerinin kalmasını önler.

Yaranın Yeri	Dikiş seçimi	Dikişlerin alınma zamanı
Yüz, baş	Dermiş - 4.0 veya 5.0 örgülü emilebilir dikiş Deri - 5.0 or 6.0 monofilaman emilmeyen dikiş Çocuklar- 6.0 sade katgüt emilebilir dikiş kullanılabilir	3-5 gün. Emilebilir dikiş kullandıysanız almaya gerek yoktur.
Gövde, kol ve bacaklar	3.0 or 4.0 monofilaman emilmeyen dikiş	7 gün
EI	4.0 monofilaman emilmeyen dikiş Tırnak yatağı - 6.0 krome ya da sade katgüt	Eklem üzerinde değilse 7 gün eklem üzerinde ise 10 gün
Ayak	3.0 monofilaman emilmeyen dikiş	10-14 gün

KELOİDLER VE HİPERTROFİK SKARLAR

Her ne kadar birbirine benzese de hipertrofik skar ve keloid aynı şey değildir. Aşırı kollajen oluşumu nedeniyle histolojik olarak hemen hemen aynıdır. Ancak bir hipertrofik skar yaranın sınırları içinde kalırken keloid yaranın sınırlarının dışına taşar.

Hipertrofik skar, çocuklarda ve açık renk tenli kişilerde sık görülür. Kırmızı, deriden kabarık ve kaşıntılıdır. Bu skariarda kollajen sentezi ve yıkımı arasında bir dengesizlik söz konusudur. Tüm iyileşen yaralarda yeni kollajen oluşur; bunun bir kısmı ise yıkılır. Olgunlaşmamış yaralarda ve hipertrofik skariarda yıkılandan daha fazla kollajen sentezi meydana gelir.

Olguların çoğunda bu durum geçici olup tedaviye gerek kalmaksızın 1 yıl veya daha fazla bir sürede kaybolur. Steroid enjeksiyonu

kaşıntıyı kontrol altına almada yararlı olmakla birlikte skarın daha genişlemesine sebep olabilir. Silikon jel ile kapama etkili olabilir; ancak günde en az 12 saat boyunca kullanılmalıdır.

Keloid ise kontrolsüz kollajen proliferasyonu sebebiyle olur. Afrika ve Asyalılarda sıktır, ancak tüm ırklarda görülebilir. Bazı kişiler keloid oluşumuna çok eğilimlidir ve küçük çiziklerden bile keloid gelişebilir. Keloid oluşması riskini azaltmanın en iyi yolu yara bakımını en mükemmel şekilde yapmak olsa da duyarlı kişilerde yine de keloid gelişebilir. Eğer bir keloid oluşmaya başlıyorsa, sıklıkla yara içine 6 haftada bir 10-40 mg triamsinolon enjeksiyonu ile baskılanabilir.

SKARLARIN TEDAVİSİ

Hastanıza mükemmel veya daha da kötüsü, görünmez bir skar vaatmeyin. Yaranın gidişatı ya da doğasının, gözle görünmez bir skarın düşük bir olasılığı olduğunu bilerek temkinli değerlendirmeler yapın. Bazı doktorlar, yaralanma anında kötü haberlerden asla bahsetmezler. Plastik cerrahlar, hastayı ve ailesini görünür bir skara hazırlamayı tercih ederler. Beklenen skar hasta açısından kabul edilemez görünüyorsa, daha sonraki bir tarihte bir plastik cerrahın tedavisini önerin. Ancak plastik cerrahın skarı "sileceğinden" asla bahsetmeyin, çünkü bu imkansızdır.

Bir skarı revize etmek, eskisini ortadan kaldırdıktan sonra, yeniden yönlendirerek, seviye farkını azaltarak, ya da daha uygun şartlarda yeniden yaparak daha az görünür yeni bir skar yapmaktır. Ancak, yeni yara kapatılmalı ve tüm iyileşme fazları, yani inflamasyon, onarım ve yenileme, yeniden yaşanmalıdır. Bu bakımdan, eski bir yarayı revize etme kararı, geriye atılmış geçici bir adım gibi düşünülebilir. Bununla birlikte, skar revizyonu skarın gidişatının değiştirilmesi ya da en azından defektin, ilk yaralanma anından daha kontrollü koşullarda kapatılması için bir fırsat sunar.

En doğrusu, skar revizyonu yapmak ya da yapmamak kararının, prosedürü azaltmak amacıyla yaralanmadan altı - oniki ay sonra deneyimli bir plastik cerrah tarafından verilmesidir.

Ne Zaman Danışmalı?

... Hasta, ya da ailesi bir plastik cerrah talep ederse, hastanızın bu isteğine karşı direnmek hiçbir yarar sağlamaz.

Hastayı danışma kararı, doktorun deneyimine, yeteneklerine ve iyi bir iş yapmak için ayırabileceği zamana bağlıdır. Genellikle, uzun süreli ve yoğun takip ya da ek cerrahi gerektirecek yaralanması olan hastaların en başta refere edilmesi daha uygun olur. Hastanın birinci basamak hekimi ile hastayı yönlendirdiği uzman doktor arasında ilişki kurulması, gerektiğinde acil veya elektif girişimlerin yapılabilmesi açısından yararlı olur. İdeal bir uzman doktor, gerektiğinde telefonda olguyu tartışabilecek ve direktif verebilecek düzeyde olmalı; ayrıca iyi bakıldığı halde bir komplikasyon olduğu takdirde size destek olabilecek bir kişi olmalıdır.

DANIŞMA NEDENLERİ

Hasta, ya da ailesi bir plastik cerrah talep ederse, hastanızın bu isteğine karşı direnmek hiçbir yarar sağlamaz. Endişeli bir anne ile tartışın, ya da çocuğunun laserasyonunun basit bir sorun olduğunu ima eden kendine güvenli bir doktor, daha sonraki bir tarihte ailenin tatminsizliğini ve kızgınlığını davet eder. Bu çerçevede mükemmel bir onarım ve ideal bir iyileşme bile, uzman talep eden birini tatmin etmeyebilir. Ayrıca, doktorun kontrolü dışında bir nedenden dolayı ortaya çıkabilecek idealden daha az iyi bir sonucu da göz önünde bulundurursanız, hastanın tatminsizliği için birçok unsur vardır. Eğer

hasta, yarayı kimin dizeceği konusunda önyargılı ise, isteğine boyun eğin. Ancak eğer, hastanın güvenini kazandıysanız ve işi kimin yapması gerektiği size sorulduysa en iyi şekilde fikrinizi bildirin. Sizin aynı durumda olan bir aile yakınınıza önereceğiniz türde bir uzman önerin.

Ayrıca,

- Tam kat gözkapaağı, dudak ve kulak gibi zor yaralanmalarda,
- Ağır ezilme yaralanmaları ve ağır kontaminasyonu olan yaralar gibi sonucun çok başarılı olmayacağını düşündüğünüz hastalarda,
- Gerçekçi beklentisi olmayan hastalarda,
- Tedavi ederken kendinize güvenemediğiniz ya da rahat olmadığınız yaralarda, hastanızı bir uzman doktora yönlendirmekten çekinmeyin.
- Birden çok dokunun işe karıştığı hastalarda, koruyucu deri katmanında bir kopma, buzdağının sadece görünen ucu olabilir. Bir yaranın temelinde hasar görmüş kemik, ligaman, tendon veya sinir varsa, öncelikle danışmayı düşünün. Her durumda, birden çok dokunun işe karıştığı hastaları kesin tedavi için uzak bir merkeze göndermeyi düşünmelisiniz. Bugün primer sinir ve tendon onarımı, cerrahi uzmanlarının çalıştığı bir çok hastanede standart tedavidir.

Bu kitapçıkta okuduklarınızdan sonra, kontrolünüz dışında olan ve ters sonuçlar verebilecek çeşitli koşullar konusunda bilinçlendiniz. İyileşme için en kötü olasılığı düşünün. Yarada gros kontaminasyon, tedavide gecikme, ezilme ya da kopma yaralanması, daha önceki hikayesinde ciddi kronik hastalığı olan bir hasta, beklentileri çok yüksek bir hasta söz konusu ise uzmana danışmakta yarar vardır.

Hasta kızgın veya yetenekleriniz hakkında endişeli ise, genellikle, en yüksek düzeyde çabalarınızdan ve uzman doktorun uyguladığı tedaviden bile tatmin olmayacaktır. Burada en iyi davranış refere etmektir. Bu durumda sorumluluğu üzerinizden atmış oluyorsunuz! Bütün yaptığınız, sizinle hiçbir şekilde aynı fikirde olmayan hastayı, yaptığı iş hastanın tenkitlerine ve hayal kırıklıklarına en iyi şekilde cevap verebilecek yetenekli bir meslektaşınızın ellerine teslim etmektir.



*Bazı yaralanmalarda uzmana danışmak gerekir.
Danışmaktan çekinmeyin !!!*

PLASTİK CERRAHLAR NASIL YARDIM EDEBİLİR?

Çoğu kişi plastik cerrahların laserasyonları ve skarları tedavi edebileceğini bilir. Plastik cerrahların ayrıca yüz ve çene kırıklarını tedavi ettiğini bilenlerin sayısı daha azdır. Birçok plastik cerrah, el yaralanmalarına da müdahale ederek, kırık, sinir ve tendon yaralanmalarını onarabilir. Plastik cerrahlar ayrıca parmak, kulak, hatta penis gibi ampute olmuş dokuları yerine dikebilirler.