



# YANIK

## BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

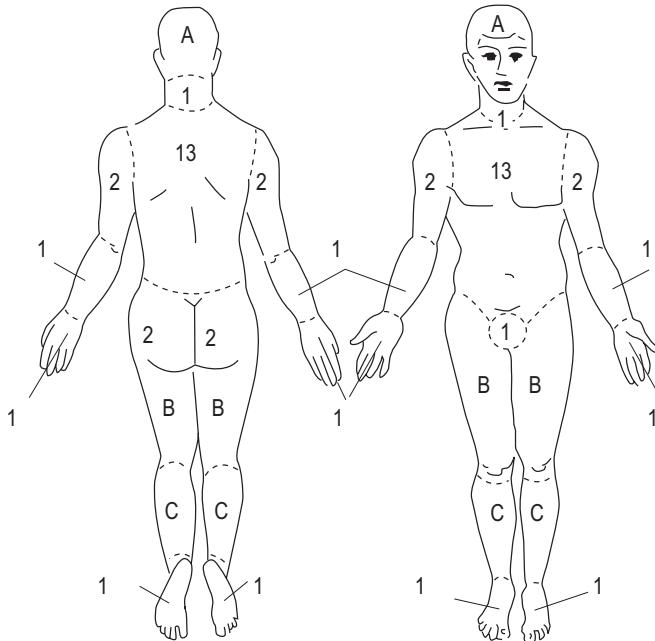
2003

Yanık, ısı, elektrik, kimyasal madde ve radyoaktif ışınların etkisiyle, deri katlarında değişik derinlik ve genişlikte doku hasarınınoluştuğu, deri bütünlüğünün bozulduğu, sistemik sorunlara yol açabilen bir durumdur.

### Tanı

Yanık alanının genişliği ve derinliği, etkenin şiddeti ve derinin etkenle etkileşim süresiyle orantılıdır.

Yanık, genişliğine göre yüzde olarak tanımlanır. Hesaplamada, aşağıdaki Lund-Browder Çizelgesi oldukça doğru sonuç vermektedir. Hastanın elinin palmar yüzünün, başparmak kapalıyken, vücut yüzeyinin yaklaşık %1'ine eşit olduğu bilgisi, küçük yanıkların genişliğinin belirlenmesinde kullanılabilir. Yanık yüzdesi, tedavi planı, beslenme desteği ve cerrahi girişimlerin belirlenmesi ve prognozda önemlidir.



Yaşlar	A (Başın bir yüzü)	B (Uyuluğun bir yüzü)	C (Bacağın bir yüzü)
0 - 1 yaş	%9	%2	%2
1 - 4 yaş	%8	%3	%2
5 - 9 yaş	%6	%4	%2
10 - 14 yaş	%5	%4	%3
15 yaş	%4	%4	%3
Erişkin	%3	%4	%3

Yanık, derinliğine göre dört dereceye ayrılır:

### Birinci derece yanık

Yalnızca epidermis yanmıştır. Dermal vazodilatasyon nedeniyle eritem ve ısı artışı vardır ve oldukça ağrılıdır. Ağrı ve eritem 2-3 gün içinde kaybolur, dördüncü gün hasarlı epitel deskuame olur. Güneş yanıği 1. derece yanıklara örnektir.

### İkinci derece yanık

Epidermis tahrip olmuş, dermis de etkilendiştir. Ödem, vezikül ve büл gelişmiştir, çok ağrılıdır. Yüzeyel ve derin dermal yanık olarak ikiye ayrılır. Enfeksiyon önlenirse, yüzeyel yanık 3, derin yanık 3-9 haftada iyileşir. Sıcak sıvı ya da katı maddeyle temas yanıkları 2. derece yanığa örnektir.

### Üçüncü derece yanık

Dermisin tüm katlarını tutar. Derinin kuru bir görünümü vardır ve klasik yanık eskarı gelişir. Sinir hücrelerinin zedelenmesi sonucu ağrı duyusu kaybolur. Sıcak sıvı, alev, elektrik ve kimyasal maddelerle temas sonrasında oluşur.

### Dördüncü derece yanık

Tüm deri katları ve deri altı yağ dokusuna ek olarak kas, tendon ve kemik gibi derin doku yanıklarını da içerir. Genellikle elektrik veya alevle uzun süreli temas sonucu oluşur.

### Hafif Yanık

- Yetişkinde %15'ten, çocukta %10'dan küçük 1-2. derece yanık
- Tüm hastalarda %2'den küçük 3. derece yanık

### Ciddi Yanık

- Yetişkinde %15, çocukta %10'dan büyük 2. derece yanık
- Tüm hastalarda %2'den büyük 3. derece yanık

## Tedavi

Hasta giysileri çıkarılıp steril ya da temiz bir çarşafa sarılmalı, ne ile ve ne zaman yandığı sorgulanmalıdır. Kimyasal yanıklarda yanık alanı bol su ile yıkanmalı ve bu işlem asıl tedavi başlayana kadar sürdürülmelidir.

### Hafif yanık

- Birinci derece yanık özel tedavi gerektirmez. Ağızdan sıvı desteği ve analjezik-antipiretik tedavi yeterlidir.
- Oda sıcaklığındaki serum fizyolojik ile yıkayarak temizlik yapılır. Akut yanıklarda ılık su uygulaması, ağrı ve ödemi azaltır.
- Yanık tedavisinde büllerin temizlenmesi hatadır. Bütünlüğü bozulmamış büllerden, biyolojik bir pansuman gibi yararlanılmalı, yalnızca enfekte ya da kendiliğinden patlamış büller debride edilmelidir.
- Yanık yarası, nemli ve yaraya yapışmayan pansuman malzemeleriyle örtülmeli ve bu katın üzerine steril gazlı bez kapatılmalıdır. Bu malzemeler içinde en ucuz ve kolay elde edileni, steril vazelin ya da antibiyotikli pomat emdirilmiş tül veya tek kat gazlı bezdir.
- Temiz yaralarda ayrıca topikal antibiyotik kullanımına gerek yoktur. Yalnızca, yanık kontamine olmuş ya da eskar dokusu gelişmişse topikal antibiyotik kullanılır.
- Tetanoz aşılması sorgulanmalı ve gerekiyorsa tetanoz profilaksi yapılmalıdır.

### Ciddi yanık

- Hava yolu açık tutulmalı (airway, gereklirse entübasyon, hatta trakeotomi), solunum sıkıntısı veya inhalasyon yaralanması olan hastalarda oksijen verilmelidir.
- Damar yolu açılmalı ve 24 saat içinde verilecek olan *laktatlı Ringer* solüsyonu miktarı 4 ml/kg/yanık yüzdesi (Modifiye Parkland Formülü) olarak hesaplanmalıdır. Bu miktarın yarısı ilk 8 saatte, kalan yarısı sonraki 16 saatte verilmelidir.
- Foley kateteri takılmalı ve saatlik idrar izlemi yapılmalıdır. İnfüzyon hızı, idrar çıkışı erişkinler için saatte 30-50 ml, çocuklar için saatte en az 1 ml/kg olacak şekilde ayarlanmalıdır.
- Ağrı ven içine uygulanacak analjezik ve sedatifler ile giderilmeli, ekstremité yanıklarında elevasyon uygulanmalıdır.
- Hipotermiyi önlemek amacıyla hasta örtüleerek sıcak tutulmalı, ven yoluyla verilen sıvılar vücut sıcaklığında olmalıdır.
- Eskar dokusunun kanlanması olmadığından sistemik antibiyotiklerin yanık yarasına geçisi yeterli değildir. Bu nedenle topikal antibiyotikler kullanılır. En sık kullanılan topikal ilaçlar *gümüş sulfadiyazin* (%1) krem, *nitrofurazon* (%0,2) pomat ve *gümüş nitrat* (%0,5) solüsyonudur.
- Tetanoz profilaksi yapılmalıdır.

Düzenli yara debridmanı, enfeksiyon ve kontraktür gelişimini engellemeyi amaçlar. Temiz yanık yaralarında, sık pansuman iyileşmeyi geciktireceğinden 2-3 günde bir pansuman yapılması yeterlidir. Diğer yanıklarda pansuman günde bir kez yapılmalıdır.

### Sevk

- %10'dan büyük ikinci derece yanık
- Üçüncü derece yanık
- Elektrik yanığı
- Yıldırım çarpmasına bağlı yanık
- Vücudu çepçeuvre saran yanık
- Yüz, el, ayak, genital bölge, perine ve eklem bölgesi yanığı
- İnhalasyon yanığı
- Kimyasal yanık
- Yanığa eşlik eden travma
- İyileşme sürecini olumsuz etkileyebilecek sistemik bir hastalık bulunması
- Hastanın 10 yaşından küçük veya 50 yaşından büyük olması
- Sosyal, psikolojik ve uzun dönem rehabilitasyon gerektirecek yanık durumlarında hasta yanık merkezi olan bir hastaneye sevk edilmelidir.

### Kaynaklar

1. Press B. Thermal, Electrical and Chemical Injuries. Aston SJ, Beasley RW, Thorne CHM, ed. Grabb & Smith's Plastic Surgery, 5th ed, Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1997: 161.
2. Yowler JC, Fratianne RB. Current Status of Burn Resuscitation. Clin Plast Surg 2000; 27: 1.
3. Arıncı A. Yanıklar ve Tedavileri. Nobel Kitabevleri, İstanbul, 2000.
4. Wolf SE, Herndon DN. Burns. Townsend CM, ed. Sabiston Textbook of Surgery. Philadelphia: Saunders, 2001:345-63.
5. Committee of Trauma, American College of Surgeons. Resources for Optimal Care of the Injured Patient. American College of Surgeons, Chicago, 1999: 55-62.
6. Warden GD, Heimbach DM. Burns. Schwartz Principles of Surgery, Vol 1, McGraw Hill, 1999:230.