

III. ve IV. DERECE YANIKLAR



Bu grup hastalarda cerrahi uygulamalar gerektiği için yatarak tedavi edilmek üzere yanık ünite/merkezlerine yönlendirilir

CİDDİ YANIKLAR



- ✓ Hastanın kabulünde havayolu, solunum ve dolaşımı tekrar gözden geçirilmelidir. Hastayı izleyen hekim eğer şüphede kaldı ise kalıcı hava yolu açılmalıdır.
- ✓ Nazal O₂ verilmeli, hasta ventilatörde ise ventilatör ayarları yapılmalıdır
- ✓ Dolaşım, nabız ve kalp atım hızı ile öncelikle değerlendirilir
- ✓ İlk 24 saatte sıvı resüsitasyonu yapılır. Erişkinlerde **Parkland** veya **modifiye Brooke** formüllerine, çocuk hastalarda **Galveston** formülüne göre hesaplanır. Hastanın klinik gidişine göre sıvı resüsitasyonu yönetilir.
- ✓ Hastanın idrar çıkışı takibe alınır (erişkinlerde saatte **30 mL/saat**, çocuklarda **1mL/kg/saat** olması dolaşımın ve sıvı tedavisinin yeterli olduğunu gösterir)
- ✓ Elektrik ve inhalasyon yanıklarında önerilenin **iki katına** kadar idrar çıkışı sağlayacak şekilde sıvı verilmelidir.
- ✓ Majör elektrik yanıklarında olabildiğince erken dönemde erişkinlere **50 gram mannitol ve 2 ampul bikarbonat intravenöz puşe** yapılmalıdır
- ✓ Hastanın hipotermisi varsa düzeltilmelidir
- ✓ Vücut yüzeyinin % 30'undan fazlası yanan hastalara **nazogastrik sonda** takılır
- ✓ Erişkin ağır yanıklarda gastrointestinal sistemde ülser profilaksisi için **H₂-reseptör blokörü** verilmeli
- ✓ Ağızdan beslenmesi mümkün olan çocuklarda ülser profilaksisine gerek yoktur
- ✓ Erişkinlerde ağır yanıklarda derin ven trombozu profilaksisi **heparin veya düşük moleküler ağırlıklı heparinle** yapılabilir
- ✓ Ağrı tedavisi için **narkotik analjezik** tercih edilir
- ✓ Erken dönemde profilaktik antibiyotik tedavisine gerek yoktur. Ancak hasta tedavisinin her aşamasında enfeksiyon kontrolü titizlikle yapılmalıdır.

ELEKTRİK YANIKLARI

Elektrik
yanıklarında EKG
çekilmiş,

- CK-MB,
Troponin-I
bakılmış

-sıvı replasmanı
ve idrar takibi
yapılmış mı?

Kayıt tutulmalı

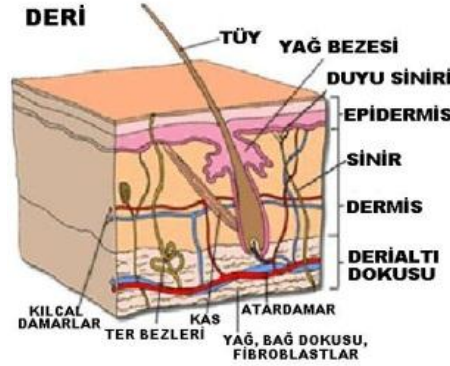
- ✓ hava yolunun kontrolünden sonra kardiovasküler sistemin değerlendirilmesi önceliklidir düşük voltaj elektrik yanıklarında (< 250 volt) atrial fibrilasyon en sık ritm bozukluğu ve ölüm sebebi olduğundan mutlaka EKG çekilmelidir. CPK-MB bakılmalıdır
- ✓ yüksek voltaj elektrik yanıklarında Troponin-I (kardiak kas nekrozu olabileceğinden) düzeyi istenmeli ve 24 saat kardiak monitörizasyon yapılmalı
- ✓ ekstremitelerde kompartman sendromuna bağlı dolaşım bozukluğu görülürse fasyotomi yapılmalı
- ✓ hemoglobinüri / myoglobinüri ve akut böbrek yetmezliğini önlemek için sıvı replasmanı ve idrar takibi yapılmalı
- ✓ idrarı alkalileştirmek için erişkinlerde 2 ampul, 10 kg üzerindeki çocuklara 1 ampul, 10 kg altındaki çocuklara 1 ml/kg NaHCO₃ IV püze edilmeli
- ✓ akut dönemde diüretiklerin kullanımı kontrendikedir, sıvı arttırılmalıdır
- ✓ ozmotik diürezi sağlamak için yapılan çabalar sonuçsuz kalırsa mannitol verilebilir (erişkinlerde 50gr, çocuklarda 0,5 gr/kg IV)

KİMYASAL YANIKLAR

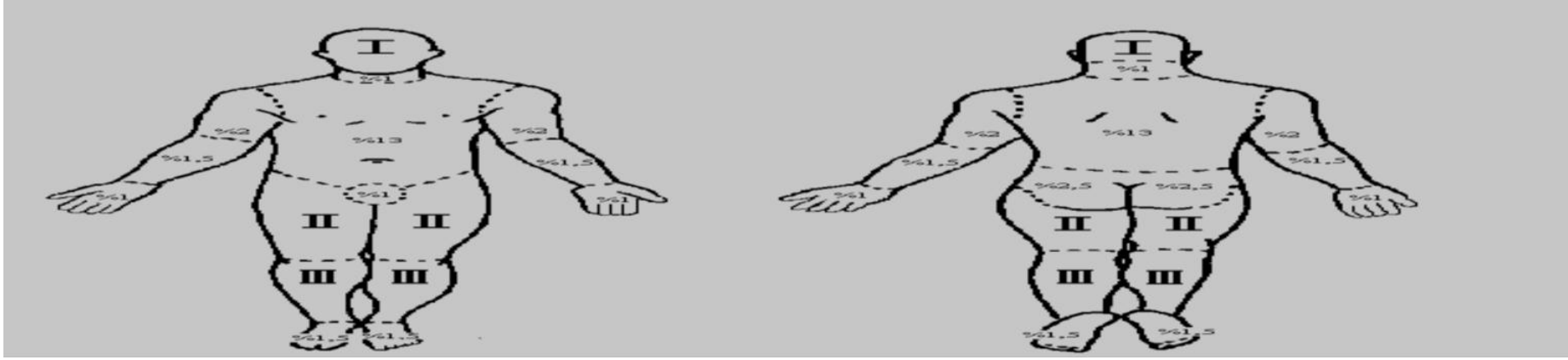


- ✓ Giysiler kısa sürede çıkarılır
- ✓ Etkenle bulaşan bölgeler ağrı azalana/yok olana kadar bol su ile yıkanmalıdır
- ✓ Nötralizasyon ajanları kullanılmamalıdır
- ✓ Kimyasal tozlardan kaynaklanan yanıklarda önce fırça/ kuru bezle bölge temizlenmeli daha sonra su ile yıkanmalıdır
- ✓ Kuru kireç yanıklarında önce fırçalamayla etken uzaklaştırılır, cıvabileşikleri oluşan yanıklarda biller eksize edilmeli, katran yanıklarında önce buz kalıpları ile katran dondurulup sonra katran temizlenmeli, hidroflorik asit yanıklarında (cam, çelik, kuru temizleme...) kalsiyum glukonat içeren jellerin topikal uygulaması (yanık %10'dan fazla ise) yeterli olmazsa intraarteriyel kalsiyum glukonat infüzyonu yapılmalıdır.

1.DERECE YANIK	epidermis sağlamdır, eritem vardır, örn. güneş yanıkları
2.DERECE YANIK	epidermis bütünlüğü bozulmuş, dermisin üst tabakalarına sınırlı ise <i>yüzeysel</i> ikinci derece, dermisin alt (retiküler) tabakaları tutulmuş ise <i>derin</i> ikinci derece yanık oluşmuştur. Yüzeysel çok ağrılı iken derin ikinci derecede daha az ağrı ve künt bası hissi hakimdir
3.DERECE YANIK	dermisin tüm katları tutulur. Deri sert, basık, soluk, ağrısızdır, tromboze damarlar izlenir, klasik yanık eskarı vardır.
4. DERECE YANIK	cildin tüm katları, cilt altı yağ ve derin yapılar (kas, tendon, vb) tutulur, kömürleşmiş görünüm vardır.



<http://web1.fch.harvard.edu/ctapps/IA22/TopicDisplay.cfm>



LUND BROWDER ŞEMASI

YAŞ	0	1	5	10	15	ERİŞKİN
ÖN VE ARKA YARI	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
BAŞ I	9½	8½	6½	5½	4½	3½
UYLUK) II	2¾	3¼	4	4¼	4½	4¾
BACAK III	2½	2½	2¾	3	3¼	3½



Toplam Yanık Genişliği

-çocuklarda > %10

-erişkinde > %20 olan hastalara IV sıvı verilmiş mi? Kayıt tutulmalı

Toplam yanık genişliği (TYG);

-Çocuklarda > % 10 TYG

- Erişkinde > %20 TYG

İse intravenöz sıvı verilmelidir.

Erişkin ilk 24 saat

Parkland formülü : 4 mL / kg / % TYG, Laktatlı Ringer Solüsyonu.

Modifiye Brook formülü: 2 mL / kg / %TYG

Hesaplanan miktarın yarısı ilk 8 saatte, kalan yarısı 16 saatte verilir

Çocuk ilk 24 saat

Galveston formülü: 2000 mL / m² vücut yüzeyi + 5000 mL / m² TYG, Laktatlı Ringer solüsyonu.

Hesaplanan miktarın yarısı ilk 8 saatte, kalan yarısı 16 saatte verilir.

YATARAK TEDAVİ EDİLMESİ GEREKEN YANIKLAR

Yatarak tedavi edilmesi gereken ciddi yanıklarda ilk 24 saatte sıvı resüsitasyonu yapılmış mı? Kayıt tutulmalı

Yatış yapılması gereken hastalara yatış verilmiş mi? Kayıt tutulmalı

- Her yaşta TYG > %20, 2. ve 3. derece yanıklar,
- Her yaşta TYG \geq %5-10, 3. derece yanıklar,
- 10 yaş altı ve 50 yaş üstü hastalarda yanıklı TYG \geq %10, 2. Ve 3. derece yanıklar,
- Yüz, kulak, el ve ayak yanıkları,
- Büyük eklemleri içine alan yanıklar
- Genital bölge, perine yanıkları,
- Kimyasal yanıklar,
- Elektrik yanıkları,
- Yıldırım çarpmaları,
- İnhalasyon yanıkları
- Yanığa eşlik eden çoklu travma olması