

KONU 13

Yanık Hastalarının Nakli

Çeviri: Dr. Murat EROĞLU

Yanık Yaraları

Yanık travma hastaları, uçak içi tıbbi ekibi için sorun teşkil eden hasta gruplarından birisidir. Minör yanıklar (vücut yüzey alanının %15'inden daha azını etkileyen) uçuş sırasında fizyolojik sorun oluşturmazsa da, kozmetik alanlarda yanığı olan hastalar veya görünüş veya koku diğer yolcularda tepkiye neden olabildiğinden ticari uçaklarda uçmalarına izin verilmeyebilir. Üçüncü basamak yanık merkezlerine nakil kriterleri farklılık göstermesine rağmen, Amerikan Yanık Derneği (American Burns Association) tarafından önerilen kriterler birçok yerde düzenlenen ATLS kurslarında yaygın olarak kullanılmaktadır (Tablo 13.1).

Major yanıklı hastalarda, normal anatomi ve fizyolojide ciddi hasar oluşabilir. Bu hastalarda en basit tedavi yaklaşımı geleneksel ABCD algoritmasını takip etmektir.

Havayolu

Birinci basamak sağlık merkezine transfer edilen ve yaralanmanın oluşmasından itibaren ilk oniki saat içerisinde bir yanık ünitesine transfer edilmesi gereken tüm hastalarda solunum yolu yanığını takiben oluşan laringeal ödem nedeniyle gelişen havayolu tıkanıklığı dikkate alınmalıdır. Yüz ve orofaringeal yanıklar, siyah renkli balgam, yanmış burun kılları ya da bilinç seviyesinde azalma, inhalasyon hasarı ve solunum yolu yanığının göstergeleridir. Tam laringeal tıkanıklık meydana gelmeden ve boyun ödemi anatomik sınırları bozmadan önce kesin bir havayolu (endotrakeal entübasyon, trakeostomi veya krikotiroidotomi) sağlamak hayati önem taşımaktadır. Tüp daha kolay tolere edildiğinden ve pozisyonunu muhafaza etmek daha kolay olduğundan nazal entübasyon tercih edilebilir, ancak nazotrakeal tüpler sinus ağızlarını tıkayabilir ve barsinüzit için hastayı daha yatkın hale getirebilir.

Tablo: 13.1 Amerikan Yanık Derneğinin yanık ünitesine nakil için kriterleri

- Vücut yüzey alanının (VYA) % 5'ini aşan tam kat yanıkları olan olgular
- Yaşı 50'nin üzerinde veya 10'un altında olan ve VYA'da % 10'dan fazla parsiyel ve tam kat yanıkları olan olgular
- Diğer yaş gruplarında olan ve VYA'da % 20'den fazla parsiyel ve tam kat yanıkları olan olgular
- Inhalasyon hasarı

Termoregülasyon

Yanıklarda vücut sıcaklık düzenlemesi de bozulabilmektedir. Cilt ve cilt altı doku kaybı, vücut izolasyon açığına neden olur. Vücut ısısındaki kayıp, yanık yara yüzeyinden sıvı buharlaşması ile daha da kötüleşir. Buharlaşma, basınçlı uçak kabininin kuru havası ile daha da şiddetlenecektir. Yarayı sürekli sargılı tutmak aşırı sıvı kaybının önlenmesinde anahtar rol oynar. Isıtıcı veya yansıtıcı ‘uzay’ battaniyeleri yeterli termal ortamın korunması için kullanışlı olabilir.

Kaynaklar

- ARDS Network (2000) ‘ Ventilation with lower tidal volumes compared with traditional tidal volumes for acute lung injury and acute respiratory distress syndrome’, *N Engl J Med.* 22;1568-78.
- Baack, B.R., Smoot, E.C., Kucan, J.O. et al. (1991) ‘Helicopter Transport of the Patient with Acute Burns’, *J Burn Care & Rehabilitation*, 12:229-33.
- Clarke, J.A. (1982) ⁴ *Colour Atlas of Burn Injuries*, Chapman & Hall: London.
- Judkins, K.C. (1988) ‘Aeromedical Transfer of Burned Patients: A Review with Special Reference to European Civilian Practice’, *Burns, including Thermal Injury*, **14(3)**: 171-179.
- Martin, T.E. (1990) ‘The Ramstein airshow disaster’, *J R Army Med Corps*, 1(36): 19- 26.
- Pirson, J. and E. Degrave (2003) ‘Aeromedical transfer to Belgium of severely burned patients during the initial days following the Volendam fire’, *Mil Med.* 168(5):360-3.
- Saffle, J.R., Edelman, L. and S.E. Morris (2004) ‘Regional air transport of burn patients: a case for telemedicine?’, *J Trauma-Injury Infection & Critical Care* 57(1):57-64.
- Santos, EX., Sanchez-Gabriel, J., Mayoral, E. and C. Hamann (1995) ‘Airevacuation of critically burned patients’, *Mil Med.* **160(11)**:593-6.
- Settle, J.A.D. (1986) *Burns - the first five days*, Smith & Nephew: Romford.