

34.

BÖLÜM

ACİL YARA BAKIMI VE YARA KAPAMA TEKNİKLERİ

Özgür Deniz SADIOĞLU¹

GİRİŞ

Tanım olarak yara; internal ya da eksternal sebepli patolojik bir olay oluşumundan sonra meydana gelen doku ya da organın anatomik bütünlüğünün ve fonksiyonunun bozulması olarak tarif edilmektedir. Yara iyileşmesi ise de yaralanmadan sonra oluşan doku ya da organ hasarının restorasyonu anlamına gelmektedir (1).

Yapılarına göre yaraları sınıflandırırsak akut ve kronik olarak ikiye ayırabiliriz. Akut yaralar genellikle yaraya sebebiyet veren etkenin geçici olmasından dolayı zamanında ve uygun şekilde iyileşme sürecini tamamlar ve anatomik ve fonksiyonel olarak doku bütünlüğü uygun zamanda ve şekilde tamamlanır. Bu tip yaralarda, iyileşmeyi engelleyen faktörler az sayıdadır(1,2). Cerrahi yaralar, yanıklar, ısırıklar, küçük kesik ve sıyrıklar, çeşitli travmatik yaralar (lazer, silah yaralanmaları vb.) akut yaralara örnek olarak verilebilir. Kronik yarayı ise üç ay içinde iyileşmeyen yaralar olarak değerlendirebiliriz. Kronik yaranın iyileşmesini engelleyen bir çok sebep vardır(2).

İLK DEĞERLENDİRME

Açık yara ile karşılaşan hekimin öncelikli hedefleri; enfeksiyonu engellemek, kozmetik ve fonksiyonel açıdan en iyi sonuç ile yara iyileşme-

sini sağlanmak olmalıdır. Müdahale öncesinde hasta tam ve doğru olarak değerlendirilmelidir (3).

Hastanın ilk öncelikle tıbbi özgeçmişi ve yaralanmanın olduğu çevresel şartlar ve yaralanma zamanı öğrenilmelidir. Doğru yara bakımı uygun bir tıbbi öykü ile başladığı unutulmamalıdır. Hastanın yaşı, yaranın yeri ve kontaminasyona maruz kalıp kalmadığı onarım ve enfeksiyon riski bakımından önemlidir (4). Hastanın tıbbi hikâyesinde ve fiziki bakışında keloid ve hipertrofik skar oluşumunun olup olmadığı sorgulanmalı ve gözlemsel olarak bakılmalıdır. Siyahî ve Asya ırkından olan insanlarda beyazlara göre keloid gelişimine yatkındırlar. Aynı zamanda hastanın önceki yaralanmalarında ve tedavilerinde çeşitli anesteziyelere ve antibiyotiklere olan alerjisi sorgulanması unutulmamalıdır (5). Lateks alerjisi açısından değerlendirilmeli ve önceki tetanoz immünizasyonu ve ek tetanoz aşısı ihtiyacı olup olmadığı öğrenilmelidir (4). (Tetanoz profilaksi tablo-1 de verilmiştir)

Yaralanma zamanı önemlidir. Acil servise yaralanma ile gelen hastanın yaralanma zamanı öğrenmek primer olarak yaranın kapatılıp kapatılmayacağını belirlemeden önce yaralanmanın etiolojisini, yaranın nerede olduğu, kontamine bir ortamda oluşup oluşmadığı, hastanın yara iyi-

¹ Uzm. Dr., S.B.Ü Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği sadiogluozgur@hotmail.com

siyon riskini azaltmasına katkı sağlar. Yüksek gerilimli dokular ve eklemlerde tek başına kullanılmaları önerilmez(28,29). Fakat günümüzde oktil ve butil bazlı syanoakrilat yapıştırıcılar bulunmaktadır ve bunlar daha güçlü ve esnektir. Düzenli olmayan ve büyük laserasyonlarda kullanılabilir(30).

Doku yapıştırıcıları kullanırken uygulayıcının optimum sonuç elde etmek için el ya da pens ile kolayca kapatılabilen yaralara uygulaması gerekmektedir. Uygulamayı yaparken dikkatle ve titizlikle çalışmalı yapıştırıcıyı uyguladığı aplikatörü yara kenarına devamlı ve paralel bir şekilde sürmelidir. Yaranın üstü tamamen örtülmelidir ki yapıştırıcı polimerize olabilsin. Yaklaşık 30-45 saniye bekledikten sonra ikinci tabaka sürülmelidir. Büyük ve parçalı yaralarda doku yapıştırıcısının daha efektif olması için yara kenarlarını birleştirmek için cerrahi bant kullanılıp bunların üstünden yapıştırıcı sürülebilir(28,30).

SONUÇ

Acil serviste başvuru sebepleri arasında sık karşılaşılan bir durum cilt bütünlüğünün bozulduğu yaralanmalardır. Yaralara müdahalelerde ilk önce yara sınıflandırılmalı ve kapsamlı bir anamnez alınmalıdır. Anamnezde yaralanmanın nasıl olduğu, yaralanma zamanı ve hastanın klinik ve yaralanma özgeçmişi önemlidir. Yara muayenesinde eğer kanama varsa kanama uygun teknikler ile durdurulmalı nörovasküler ve tendon yaralanmaları ekarte edilmelidir. Yara muayene edilirken ve müdahale öncesi yara bölgesinin dezenfeksiyonu ileride gelişecek enfeksiyonları önlemede önemlidir. Bu enfeksiyonların başlıca kaynağı olan yara yerinde yabancı cisimler yara muayenesi sırasında dikkatli olunmalıdır. Yara muayenesinde yaranın nasıl kapatılması gerektiği planlanmalı ve malzemeleri hazırlamak gereklidir. Yara kapama teknikleri ve alternatif teknikler bilmek yara müdahale süresini kısaltır. Acil hekim olarak yara kapama tekniklerini bilmek büyük avantaj sağlar.

KAYNAKLAR

1. Topalan, M., Önel, D. (2010). Güncel Yönleriyle Kronik Yara, Yara İyileşmesi(1.Baskı), Ankara: Aygöl Ofset Matbaacılık San. Tic. Ltd. Şti.
2. Berk, A., Dokumacı, A., Kaymaz, H. Yara İyileşmesi ve Diyabetik Yara Tedavisinde Kullanılan Tıbbi Bitkiler, *Sağlık Bilimleri Dergisi Journal Of Health Sciences, Derleme* 2015; 24: 185-192
3. Kocalar Ü(2015). Acil Yara Bakımı. Ankara: Derman yayınevi DOI:10.4328/DERMAN.3973
4. Adam J. Singer A.J, Hollander E.J(2016) Wound Management. Judith Tintinalli(Ed) *Tintinalli's Emergency Medicine A Comprehensive Study Guide Eighth Edition* (263-324), New York: McGraw-Hill Education
5. Montano JB, Steele MT, Watson WA: Foreign body retention in glass-caused wounds. *Ann Emerg Med* 1992; 21: 1360-1363, Doi: 10.1016/s0196-0644(05)81902-x.
6. Weinberger LN, Chen EH, Mills AM: Is screening radiography necessary to detect retained foreign bodies in adequately explored superficial glass-caused wounds? *Ann Emerg Med* 2008;51: 627-630. Doi: 10.1016/s0735-6757(98)90161-9
7. Orlinsky M, Bright AA: The utility of routine x-rays in all glass-caused wounds. *Am J Emerg Med* 2006;24: 233-236. Doi: 10.1016/j.ajem.2005.06.008.
8. Lammers RL, Hudson DL, Seaman ME: Prediction of traumatic wound infection with a neural network-derived decision model. *Am J Emerg Med* 2003;21: 1-7.Doi: 10.1053/ajem.2003.50026.
9. Gawchik SM: Latex allergy. *Mt Sinai J Med*:2011;78: 759-772. Doi: 10.1002/msj.20281
10. Singer AJ, Quinn JV, Thode HC.: Determinants of poor outcome after laceration and surgical incision repair. *Plast Reconstr Surg* 2002;110: 429-435. Doi: 10.1097/00006534-200208000-00008.
11. Forsch RT Am Fam Physician. Essentials of skin laceration repair. 2008;78(8):945-951.
12. Nicks BA, Ayello EA, Woo K. Acute wound management: revisiting the approach to assessment, irrigation, and closure considerations. *Int J Emerg Med* 2010;3: 399-407.Doi: 10.1007/s12245-010-0217-5
13. Rickey AL: Tourniquets for the control of traumatic hemorrhage: a review of the literature. *World J Emerg Surg*.2007; 2: 28.Doi: 10.1186/1749-7922-2-28
14. Steele MT, Tran LV, Watson WA.: Retained glass foreign bodies in wounds: predictive value of wound characteristics, patient perception, and wound exploration. *Am J Emerg Med* 1998;16: 627-630.Doi: 10.1016/s0735-6757(98)90161-9
15. Friedman DI, Forti RJ, Wall SP: The utility of bedside ultrasound and patient perception in detecting soft tissue foreign bodies in children. *Pediatr Emerg Care*. 2005; 21: 487-492.Doi: 10.1097/01.pec.0000173344.30401.8e.
16. Singer AJ, Dagum AB: Current management of acute cutaneous wounds. *N Engl J Med*. 2008; 359: 1037-1046.Doi: 10.1056/NEJMra0707253.
17. Mark DG, Granquist EJ: Are prophylactic oral antibiotics indicated for the treatment of intraoral wounds? *Ann Emerg Med*.2008;52:368-372.Doi:10.1016/j.annemerg-med.2007.12.028.

18. Edlich RF, Rodeheaver GT, Thacker JG: Revolutionary advances in the management of traumatic wounds in the emergency department during the last 40 years: part I. *J Emerg Med.*2010; 38(2):201-207. Doi: 10.1016/j.jemermed.2008.11.016
19. Eliya MC, Banda GW: Primary closure versus delayed closure for non-bite traumatic wounds within 24 hours post injury. *Cochrane Database Syst Rev* 9.2011. Doi: 10.1002/14651858.CD008574.pub2.
20. Nicks BA, Ayello EA, Woo K.: Acute wound management: revisiting the approach to assessment, irrigation, and closure considerations. *Int J Emerg Med.*2010;3:399-407. Doi: 10.1007/s12245-010-0217-5.
21. Yang DJ, Venkatarajan S, Orengo I: Closure pearls for defects under tension. *Dermatol Surg.*2014;40(9):s.3-15. Doi: 10.1097/01.DSS.0000452738.23278.2d
22. Breslin T, Geary U, Bennett K: Evaluation of a new needle catching instrument for suturing simple wounds in the emergency department. *Eur J Emerg Med.*2010;17: 214-218. Doi: 10.1097/MEJ.0b013e3283319ad8
23. Nawaz SZ, Chan O, Newman K: Simple technique for closure of skin lacerations under tension. *Ann R Coll Surg Engl* 2011;93: 650. Doi: 10.1308/003588411x13165261994238g.
24. Hogg K, Carley S: Towards evidence-based emergency medicine: best BETs from the Manchester Royal Infirmary. Staples or sutures for repair of scalp laceration in adults. *Emerg Med J.*2002;19: 322-330.
25. Khan AN, Dayan PS, Miller S: Cosmetic outcome of scalp wound closure with staples in the pediatric emergency department: a prospective, randomized trial. *Pediatr Emerg Care.*2002;18: 171-173. Doi: 10.1097/00006565-200206000-00005.
26. Zempsky WT, Zehrer CL, Lyle CT: Economic comparison of methods of wound closure: wound closure strips vs. sutures and wound adhesives. *Int Wound J:* 2005;2:272-281. Doi: 10.1111/j.1742-4801.2005.00130.x.
27. Lazar HL, McCann J, Fitzgerald CA, et al: Novel adhesive skin closures improve wound healing following saphenous vein harvesting. *J Card Surg.*2008 23: 152-155 Doi: 10.1111/j.1540-8191.2007.00563.x.
28. Singer AJ, Quinn JV, Hollander JE: The cyanoacrylate topical skin adhesives. *Am J Emerg Med.*2008;26: 490-496. Doi: 10.1016/j.ajem.2007.05.015.
29. Singer AJ, Quinn JV, Hollander JE, Clark RE: Closure of lacerations and incisions with octyl cyanoacrylate: a multi-center randomized clinical trial. *Am J Emerg Med* .2002;131: 270-272. Doi:10.1016/j.athorac-sur.2009.06.047
30. Chigira M, Akimoto M: Use of a skin adhesive (octyl-2-cyanoacrylate) and the optimum reinforcing combination for suturing wounds. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg.*2005: 39: 334-338. Doi: 10.1080/02844310500340004.