

Birinci Basamakta Yara Bakımı

[Wound Care in Primary Health Care]

ÖZET

Yaralanmanın oluşu ile birlikte yara bakımı başlamaktadır. Yara bakımında ilk aşamada yapılan işlemler daha sonraki basamaklardaki yaklaşımı ve yara iyileşmesinin kalitesini belirlemesi nedeniyle önemlidir. Bu yazıda yara oluşumu, tipleri ve yara iyileşmesinin kısa fizyopatolojisi hakkında bilgi verilmekte ve yara oluşumundan sonra birinci basamakta sağlık hizmeti sunan sağlık personeline yaklaşım seçenekleri sunulmaktadır. Yara bakımı sağlık çalışanları tarafından sistematik bir şekilde yapılmalıdır.

SUMMARY

Wound care starts with occurring of wound. Primary health care wound care important as to affect on quality of healing. It is given information about the types of wounds, brief wound physiopathology and presented the options of wound care to primary health care wound care professionals in this article. Wound care must be done in a systematic process by health care professionals.

Nail Ersöz¹, İsmail Hakkı Özerhan¹, Fatih Zor²

¹GATA Genel Cerrahi AD, ²Plastik Cerrahisi AD, Ankara, Türkiye

Anahtar kelimeler: Yara bakımı, travma, birinci basamak sağlık bakımı

Key words: Wound care, trauma, primary health care

Sorumlu yazar/ Corresponding author: Nail Ersöz, GATA Genel Cerrahi AD., 06018, Etilik, Ankara, Türkiye.
nailersoz@yahoo.com

GİRİŞ

Yaralanma kelimesi derinin ve tipine göre derialtıının ve daha derindeki dokuların bütünlüğünün bozulması süreci olarak tanımlanabilir. Yara ise bu sürecin gerçekleştiği yerdir.

Yara bakımı birinci basamaktan başlayarak son basamak sağlık kurumlarına kadar bir süreç oluşturmakta ve her basamakta özellik oluşturan bir sistematik içerisinde yaraya yaklaşımı gerektirmektedir.

Bunlar içinde birinci basamak yara bakımının önemi diğer basamaklara da hastanın hazırlığını da içermesi nedeniyle bir kat daha artmaktadır. Birinci basamakta yaraya yaklaşım büyük oranda yaranın iyileşme sürecini ve kalitesini belirlemektedir.

Yara Fizyopatolojisi

Yara iyileşmesi yaralanmaya karşı oluşan doğal bir yenilenme ve tamir cevabıdır. Yara iyileşmesinin birçok yönü henüz yeni yeni açıklanabilmekte ve halen açıklanamayan yönleri bulunmaktadır. Yaraya müdahale edecek sağlık elemanlarının kozmetik olarak kabul edilebilir skar oluşumuna yardım eden yara iyileşme sürecini temel özellikleriyle anlamaları gerekmektedir.

İyileşme; birbirini takip eden ve hücresele düzeyde gerçekleşen olayların oluşturduğu kompleks bir süreçtir. İyileşme sürecinin sistematik bir akışı vardır ve klasik olarak üç bölümde incelenebilir (1). Bunlar: 1. İnflamasyon, 2. Proliferasyon, 3. Matürasyon.

İnflamasyon:

Yara oluşmasını takip eden süreçte hemen başlayan hemostaz ve inflamasyon olaylarını içerir. Primer yara iyileşmelerinde 3-4 gün sürerken sekonder ve tersiyer yara iyileşmelerinde bu süreç yara kapanana kadar devam etmektedir.

Proliferasyon:

Fibroblast migrasyonu, proliferasyonu, anjiogenez ve epitelizasyon aşamalarından oluşmaktadır. Fibroblastların 5-7. günlerde yara içine göçü ile başlayıp 2-3 hafta süren proliferasyonu ile devam eder. Trombosit ve makrofajlardan salınan anjiogenik faktörler yardımıyla anjiogenez başlar ve devam eder.

Matürasyon:

Yara matürasyonu ve yaralanan bölgenin yeniden şekil alma sürecini içermektedir. Yaralanmadan 3 hafta sonra genellikle kollajen sentezi sabit bir sürece girer ve bir denge halinde devam eder. Bu süreçte kollajen formları diğer kollajen yapılar ve protein

molekülleri arasında çapraz bağlarla sağlamlaşır ve skar dokusunun direncini artırır. Erişkinlerde 6–12 aya kadar sürerken çocuklarda bu süreç daha uzun süre devam eder.

Tiplerine Göre Yaralar

Tiplerine göre yaralar beş ana başlık altında sınıflandırılabilir; insizyon, laserasyon, kontüzyon, abrazyon ve birleşik (kompleks) yaralar (1).

-İnsizyon: Penetrandır ve genellikle cerrahi olarak yapılır, nadiren travmaya sekonder olarak gerçekleşir. Cerrahi insizyon minimal doku hasarına neden olur. Öncesinde uygulanan antiseptik solüsyonlar yoluyla sterilite sağlanır ve uygun cerrahi aletlerin kullanımı ile hemostaz daha uygun şartlarda gerçekleşir. Penetrant travmalarda ise görünen insizyonun altındaki dokulardaki hasarı tahmin etmek zordur.

-Laserasyon: Doku yırtılmasıdır, genellikle travmaya sekonder olarak oluşur. Travma içerideki doku direncini aştığı ve derinin yırtıldığı durumlarda meydana gelir: tipik olarak kemik yüzeyini kapatan kafa derisi gibi bölgelerdeki künt travmalarda gerçekleşir. Bazen yaralanma ileri düzeyde olmayabilir ve primer suture edilme imkanı sağlayabilir.

-Kontüzyon: Aşırı doku hasarı mevcuttur, genellikle travmaya sekonder gelişir. Deri bazen etkilenmemiş olabilir. Genellikle şiddetli künt veya blastik travmalar sonrası oluşurlar. Erken dönemde etkilenen deri bölgesi sağlam görülebilmekle birlikte sonradan oluşan etkiler nedeniyle canlılığını yitirebilir. Deri altında veya kas içinde geniş hematomlar aynı anda bulunabilirler. Ultrasonografi ile bu hematomların drene edilebilirliği değerlendirilebilir. Aşırı kontüzyon enfeksiyonu ve kompartman sendromuna neden olabilir. Bu nedenle bu tür yaralanmalarda antibiyotik profilaksisi gereklidir. Kompartman sendromu gelişmesi durumunda ise fasyotomi (fasciotomy) gerekliliği ortaya çıkar. Fasyotomi işlemi sırasında kompartmanları saran fasya bir tarafından kesilerek açılır ve kompartman içi artmış basıncın azaltılması sağlanır.

-Abrazyon: Yüzeysel epitelyal yaralanmadır ve genellikle travma sonrası oluşur. Geniş yüzeylerdeki abrazyon hastada resüsitasyon gerektiren sıvı kaybına neden olabilir. Bu tür yaralar mekanik olarak iyi temizlenmeli ve yüzeysel yabancı cisimler yumuşak biçimde ve altındaki dokuya zarar vermeden çıkarılmalıdırlar.

-Birleşik (kompleks) yaralar: Genellikle ciddi travmalar sonrası gerçekleşen ve hayatı tehdit eden yaralardır. Bu tür hastalara yaklaşımda hava yolunun

açılması, solunumun sağlanması, damar yolunun açılması öncelikli olarak uygulanır.

YARA BAKIMI

Yarabakımı yaralının ilk yaralanma anından başlayarak ve her basamakta o sürecin özelliklerine göre yapılmaktadır. Yara ve yaralananın bakımı yaralanmanın meydana geldiği anda başlar. Yaraya ilk yaklaşım yaralının kendisi tarafından yapılabileceği gibi yanında bulunan birisi tarafından veya yaralanma yerine gelen bir sağlık personeli tarafından da yapılabilir.

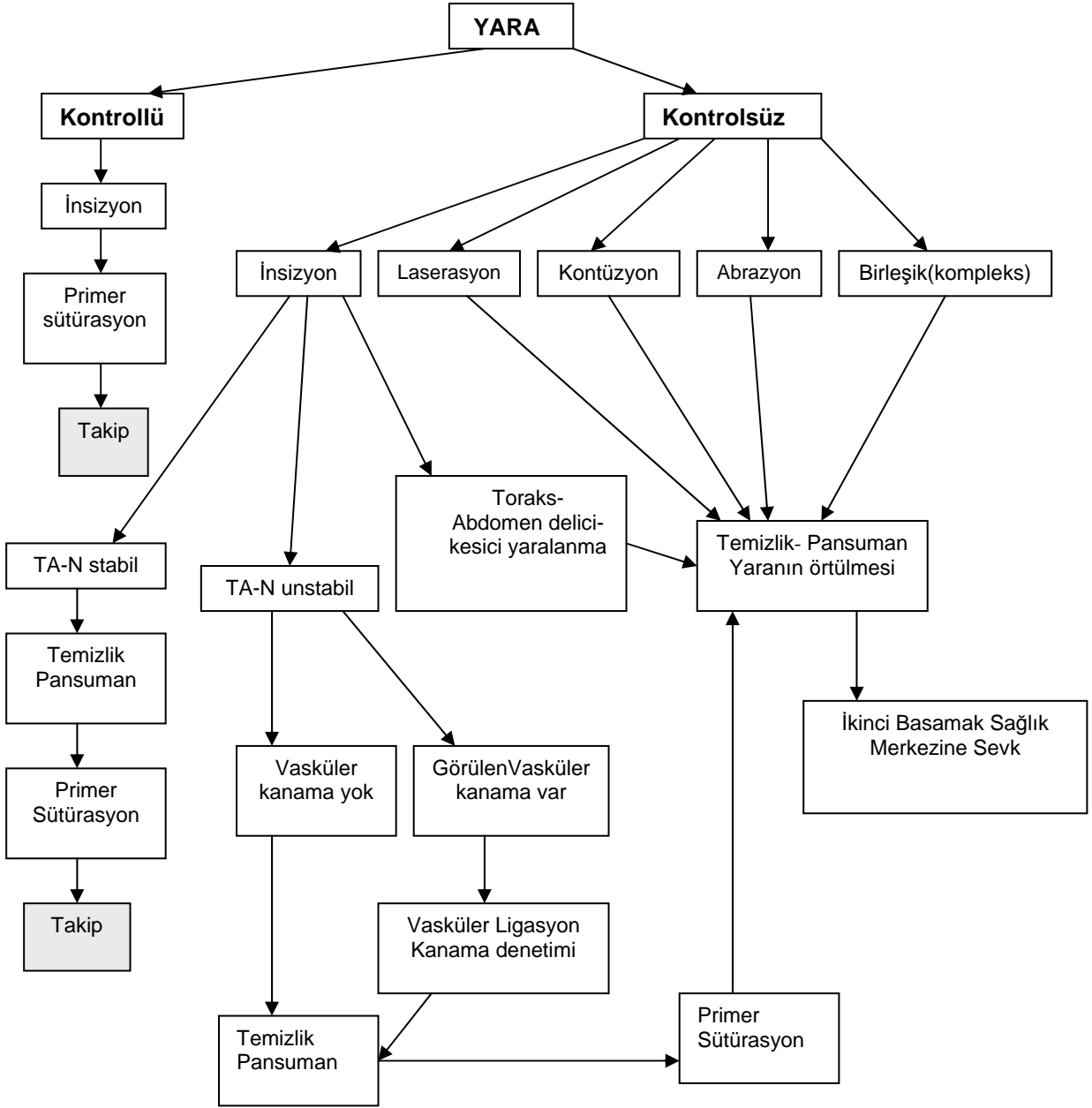
Yaralar; yaralama/zarar verme özelliğine sahip çeşitli nesnelere tarafından oluşturulmuş olabilirler. Sistemik bir yaklaşım yukarıda açıklanan yara patofizyolojisinde de belirtildiği gibi yara iyileşmesinin kozmetik olarak kabul edilebilirliğini olumlu etkilemektedir. Yaraya yaklaşım; yaranın lokalizasyonu, yaralanma şekli, yaralanmanın boyutu ve yaralanma nedenine göre değişebilmektedir.

Yaklaşım

Cerrahi yaralar, içinde anestezi ve sterilitenin de yer aldığı optimum şartlarda yapılır. Travmatik yaralar ise bu optimum şartlar içinde gerçekleşmez ve optimum şartlar yaralanma sonrası oluşturulmaya çalışılır. Triaaj ve resüsitasyon yaraya yaklaşımdan önce gerekebilir.

Yaralanmalarda vasküler yapıların bütünlüğünün bozulması yaklaşımın vasküler yapılardan başlanmasını gerektirir. Arteriyel kanama; pulsatil olması ve kanın açık kırmızı renkte olması nedeniyle tanınması kolay olur. Ancak kanama derinden kaynaklanıyorsa (Abdominal aorta gibi derin arteriyel vasküler yapılar) dışarıdan tanımlamak zorlaşır ve hasta kısa sürede hemorajik şoka girebilir. Kanamanın yanı sıra nabızdaki hızlı yükseliş ile birlikte olan tansiyon arteriyel düşüklüğü ile gelen hastaya acilen damar yolu açılarak intravenöz sıvı replasmanı yapılmalı, takiben en kısa sürede cerrahi eksplorasyona imkan sağlayan bir merkeze yaralının nakli sağlanmalıdır. Acil müdahale ve eksplorasyon sonrası kanayan arteriyel yapıların tamiri veya da bağlanması gerekebilir (1, 2).

Venöz kanamalar pulsatil olmayan akışkan ve koyu kırmızı renktedirler, genellikle spontan olarak durabilirler. Büyük venöz yapılarıdaki kanamalar bile bası uygulayarak kolayca kontrol altına alınabilirler. Kapiller kanamalar parlak kırmızı renkte ve sızıntı şeklinde oluşur. Geniş yüzeylerden olan kapiller sızıntı şeklindeki kanamalar farkedilmeden şoka neden olabilir (1, 2).



Yara bölgesinin ilk temizliği, debridman ve antiseptik işlemlerin tamamlanmasını takiben bir sonraki aşama yaranın örtülmesidir. Travmatik yaralarda ilk yapılması gerekenlerden birisi tetanoz profilaksisidir. Travmatik yaralardaki enfeksiyon riski yaranın yeteri kadar temizliği, ölü dokuların

debridmanı ve yabancı cisimlerin çıkarılması ile azalır.

Eğer yara kontaminasyonu ileri düzeyde ise antibiyotik profilaksisi gereklidir. Bekleyen kirli yaralarda ise yara ve kontaminasyonun özelliğine uygun antibiyoterapi gerekir. Akut kanayan yaralar kanama durmuş olsa bile ilave bakteriyel

inokülasyonu önlemek için örtülür. Kanamayı durdurmaya yönelik baskılı örtme genellikle kullanılan yöntemdir ve mekanik bariyer etkisi sağlar. Araştırmacılar kapalı pansuman yönteminin akut ve kronik her iki grup yaralarda da yara iyileşmesini hızlandırdığını göstermişlerdir (2, 3). Yine Winter ve Hinman yüzeysel yaraların epitelizasyonunun plastik bir film altında kuru hava ile temasının sağlanması durumunda daha hızlı olduğunu saptamışlardır (4, 5). Kapalı pansumanın epitelizasyonu artırdığı durumlar aşağıdaki şekilde gruplandırılabilir:

- Saran Örtüsü (Dow Chemical Co, Indianapolis, IN) ile tedavi edilen kesiler,
- Tegaderm (3M Health Care, St Paul, MN) veya Op-site (Smith ve Nephew Medical, Ltd, Memphis, TN) ile tedavi edilen donör bölgeleri,
- Vigilon (CR Bard, Inc, Murray Hill, NJ) veya Duo-DERM (Bristol-Myers Squibb Co, Princeton, NJ) ile tedavi edilen yüzeysel yaralar,
- Vigilon ile tedavi edilen dermabrasion, eksizyon ve saçlı deri nakilleri (6).

Bazı araştırmacılara göre kapalı yara pansumanı altında, kapalı olmayan pansumanlarla kıyaslandığında, akut yara epitelizasyonu %30-45 oranlarında artmaktadır (3, 7). Kapalı pansuman uygulanması sonucu epitelizasyon oranının artışına neden olan başlıca faktörler aşağıdaki şekilde sıralanabilir (3, 5, 7, 8):

1. Epidermal migrasyonu kolaylaştıran nemli yara yatağı
2. Artmış parsiyel oksijen basıncı
3. Growth faktörlerin artmış etkinliği
4. Mikrofloranın olumlu etkileri
5. Sağlam ve yaralı deri arasındaki potansiyel elektriğin devamı

SONUÇ

Yara bakımı, yaranın (kontrollü veya kontrolsüz) oluşumu zamanında başlayan, özelliklerine göre birinci basamaktan tam teşekküllü sağlık kuruluşlarına kadar çalışan sağlık profesyonellerinin bilmesi gereken temel uygulamalardan birisidir. Ancak yaralanma zamanından başlayarak yapılan uygun yaklaşımlarla yara iyileşmesi optimum olabilir. Bunun yanısıra aynı basamaklardan herhangi birisindeki aksaklık ya da yaklaşımdaki hatalar yara iyileşmesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Yaklaşımdaki ana prensip öncelikle yaranın bulunulan basamakta sorununun çözülüp çözülemeyeceği hakkında karar verebilmektir. Daha sonra eğer hasta bir sonraki basamağa yönlendirilecek ise yapılması gereken sevk edileceği basamağa yarayı

ve yaralıyı hazırlamaktır. Her basamak bir sonraki basamağın aynı zamanda hazırlığı olarak kabul edilmelidir.

Yaranın oluş anındaki özellikleri ve tipi sağlık profesyonelinin yaklaşımını belirleyecek en önemli unsurlardır. Hızlı ve doğru karar verip hızlı ve doğru yaklaşım ihtiyacı vardır. Bu işlemler sırasında sağlık profesyoneli kendisinden ya da bulunduğu ortamdaki kaynaklanan olumsuzluk ve/veya yetersizlikleri de mutlaka göz önünde bulundurmalıdır. Yaklaşımın her aşamasında zarar vermeden, en hızlı bir şekilde hastaya en uygun işlemin ne olacağı konusunda sağlık profesyoneli hazırlıklı olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Leaper DJ. Traumatic and surgical wounds. *BMJ*. 2006; 332(7540): 532-535
2. Eaglstein WH. Current wound management: a symposium. *Clin Dermatol*. 1984; 2(3): 134-142.
3. Pollack SV. The wound healing process. *Clin Dermatol*. 1984; 2(3): 8-16.
4. Winter GD. Epidermal regeneration studies in the domestic pig. In: Maibach HI, Rovee DT, eds. *Epidermal Wound Healing*. Chicago, IL: Year Book Medical Publishers; 1972. 71-112.
5. Hinman CD, Maibach H. Effect of air exposure and occlusion on experimental human skin wounds. *Nature*. 1963; 200: 377-378.
6. Foster DT, Rowedder LJ, Reese SK. Management of Sports-Induced Skin Wounds. *J Athl Train*. 1995; 30(2): 135-140.
- 7- Eaglstein WH. Effect of occlusive dressings on wound healing. *Clin Dermatol*. 1984; 2(3): 107-11.
8. Young SR, Dyson M, Hickman R, Lang S, Osborn C. Comparison of the effects of semi-occlusive polyurethane dressings and hydrocolloid dressings on dermal repair: 1. Cellular changes. *J Invest Dermatol*. 1991; 97(3): 586-92.