

Ambulantna oskrba opeklin

Menimo, da ne bo odveč, če osvetlimo vprašanja, ki so v zvezi z ambulantno oskrbo majhnih in lahkih opeklin. Takih oskrb (prvih in ponovnih) smo imeli v ambulanti oddelka za opekline v Ljubljani v zadnjem letu 2500. Najmanj 25 % teh opeklin bi lahko prav tako dobro in uspešno oskrbeli in pozdravili v področnih zdravstvenih domovih, če bi znali opeklino pravilno oceniti in oskrbeti.

Ocena opekline

Če smo dejali, da ambulantno lahko oskrbimo in zdravimo majhne in lahke opekline, smo s tem že načeli vprašanje kompleksne ocene opeklin glede na njihovo stopnjo (resnost ali nevarnost). Pri tem moramo sočasno uporabljati vsa merila, ki odločajo o stopnji ali resnosti opekline. Edinole taka presoja nam pove, ali lahko opeklino dokončno oskrbimo in zdravimo v ambulanti, oziroma ali sodi v hospitalno oskrbo. Katera so ta merila?

Površinska razsežnost opekline, ki jo merimo v odstotkih opečene telesne površine, je prvo in glavno praktično merilo za triažo. Poleg tega odločata o vprašanju, kje in kako bomo pozdravili opeklino, tudi njena globina in lokalizacija.

Razen teh treh osnovnih meril je treba vsakokrat upoštevati tudi starost bolnika in njegovo zdravstveno stanje, pri čemer mislimo predvsem na bolezn srca in ožilja, jeter in ledvic, sladkorno bolezen, krvne bolezni, pa tudi na duševne bolezni.

Pomembno merilo, ki praviloma odloča o globini opeklinske rane in njenih anatomskih in bioloških posebnostih, pa je opeklinski vzročnik: ogenj, blisk eksplozije, žareč ali vroč predmet, vrela ali vroča tekočina, električni tok, kemične snovi in ionizirajoči žarki.

Površinska razsežnost

Glede na površinsko razsežnost delimo opekline na majhne do 5 % telesne površine, zmerne od 5 do 20 % telesne površine in velike (težke ali hude) nad 20 % telesne površine.

Po dolgoletnih izkušnjah in vsestranskem preudarku smo za zgornjo mejo razsežnosti opekline, ki naj jo praviloma zdravimo ambulantno, postavili 5 % telesne površine. Ta številka je docela praktičnega ali organizacijskega pomena; zato je bolj orientacijska kakor absolutna. Postavljena ni na osnovi posebnih teoretičnih medicinskih razlogov, ampak zato, ker smo morali izbrati neko razumno mejo. Pristaviti pa kaže, da 5 % telesne površine glede na ambulantne okoliščine ni majhna površina.

Kakor drugod v svetu, že skoro 20 let tudi pri nas za približno, toda klinično zadovoljivo izračunavanje površine opeklin uporabljamo enostavno pravilo številke 9, ki je vsem dobro znano.

Pri manjših opeklinah, ki niso razmeščene strnjeno ali zaokroženo, se bomo o velikosti površine hitreje, lažje in bolje orientirali, če za mero uporabljamo bolnikovo dlan z iztegnjenimi, skupaj stisnjenimi prsti. Ta znaša približno 1 % telesne površine in je zato ustrezna osnovna enota za merjenje.

Globina opekline

Večkrat se zgodi, da takoj ali prve ure po opečenju ocenimo opeklino kot epidermalno, ob prvi prevezi pa po izpremenjeni barvi kože, odsotnosti kapilarne cirkulacije v opečeni koži in po zmanjšani občutljivosti za lahen vbod z iglo spoznamo, da gre za dermalno globino. Ker zdravnik splošne prakse nima sredstva in načina, s katerim bi ločil povrhnjo dermalno od globoke dermalne opekline, bo moral v takem primeru bolnika poslati k specialistu. Vemo namreč, da je pri globoki dermalni opeklini potrebno operativno zdravljenje, ki je hitrejše, boljše in varnejše, medtem ko povrhnje dermalne opekline večinoma pozdravimo konservativno, približno v treh tednih.

V zvezi z oceno globine je treba poudariti, da so opekline, ki so bile povzročene z ognjem, z žarečim ali vročim predmetom, večinoma subdermalne ali vsaj globoko dermalne.

Opekline od bliska eksplozije (flash) so praviloma dermalne globine.

Oparine ali opekline, ki so jih povzročile vroče ali vrele tekočine, so večinoma epidermalne in dermalne globine.

Kemične in električne opekline so pretežno globoke ali subdermalne.

Lokalizacija

Glede na lokalizacijo opekline razlikujemo funkcionalne predele (obraz, vrat, roke s prsti, stopala, območje sklepov, genitalna in perinealna regija in sluznica dihalnih organov) in nefunkcionalne predele (trup, nadlahet, podlahet, zadnjica, stegno in golen). Pri tem moramo pa takoj poudariti, da delitve na funkcionalne in nefunkcionalne predele ne smemo uporabljati absolutno in togo, temveč relativno in elastično. Pri vsakem opečenem bolniku je treba upoštevati njegove posebne okolnosti in pogoje (starost, poklic in predvsem socialne razmere), predvsem pa dejansko stopnjo prizadetosti funkcije. Tako npr. bolnik z opečenim stopalom težko hodi, če sta pa opečeni obe stopali, sploh ne more hoditi. Bolnik, ki ima opečene obe roke z vsemi prsti ali s pretežnim številom prstov, ni zmožen niti najosnovnejših opravil, medtem ko tisti, ki ima opečeno samo eno roko, zmore najnujnejša opravila doma večidel sam. Bolnik z opeklino celega obraza ali večjega dela obraza se bo le izjemoma lahko zdravil doma, čeprav gre le za epidermalno opeklino, ki jo na obrazu zdravimo brez obveze. Majhne epidermalne opekline obraza pozdravimo praviloma doma, če niso prizadete oči.

Druga merila

Poleg razsežnosti opekline je starost prizadetega bolnika pomemben dejavnik, ki odloča o izidu opekline. To velja predvsem za zmerne in velike opekline, pri katerih odločajo o bolnikovi usodi šok in infekcija ter z njima združeni zapletki.

Pri majhnih otrocih in pri starih ljudeh se opeklinski šok utegne pojaviti že pri površini 10 % ali celo manj; v vseh drugih starostnih obdobjih pa je za pojav šoka kritična površina okrog 15 %, seveda če so prizadeti ljudje sicer zdravi.

Prehodne ali obstoječe bolezni bistveno spreminjajo prognozo opekline. Pri srčnih bolnikih, bolnikih s hudo arteriosklerozo, diabetesom, z boleznijo dihal, jetrno cirozo ali z renalno insuficienco tudi majhne opekline lahko povzročajo nevarne zapletke.

Omenili smo že, da lahko predvidevamo globino opekline, če poznamo njen vzročnik.

Prva oskrba in zdravljenje majhnih in lahkih opeklin

Kot je ocena opekline zapletena in včasih težavna, tako sta njena prva oskrba in zdravljenje enostavna in preprosta naloga. Prva oskrba vsebuje t. im. toaleta opečene površine, sterilno apsorptivno obvezo in imobilizacijo prizadetega telesnega predela. Če je opečen obraz, ostane opekline na njem po toaleti odprta, brez obveze.

Toaleta opečene površine

V vsakem primeru naj zdravnik natakne sterilne rokavice, opečeni predel naj položi na sterilno kompreso, pod katero je sterilno gumijasto platno.

S sterilnim zmotkom (tamponom) iz gaze, ki ga namočimo v 1% vodno raztopino desola, asepsola ali cetavlon, temeljito, toda nežno umijemo opečeno površino kože. Pri tem večkrat zgrbljeno povrhnjico po odstopu brez težave in večjih bolečin odstranimo. Če so mehurji, jih odstranimo s sterilno pinceto in škarjami.

Nato vso opečeno površino umijemo ali izperemo s sterilno fiziološko raztopino.

Hlajenje opečene površine z mrzlo vodo ima smisel le tedaj, če opečeni pride k zdravniku že nekaj minut po opečenju.

Ko smo opečeno kožo umili s fiziološko raztopino, jo nežno posušimo s sterilno gazo. Sledi absorptivna obveza, ki naj sestoji iz naslednjih plasti:

— plast sterilne vazelinske gaze. Ta gaza naj bo grobo mrežasta in prepajana z vazelinom. Vazelin naj se gaze drži v debeli plasti ali v kosmih; v tem primeru zapira okenca v mreži gaze in preprečuje absorpcijo eksudata iz opeklinske rane;

— na plast vazelinske gaze pridejo 4 ali več plasti sterilne in suhe gaze ali že gotovi »zloženci« iz gaze;

— na to gazo položimo vsaj 3 cm debelo sterilno blazino iz bele vate ali že gotov »vatiranec« enake debeline (vata med dvema plastema gaze);

— sledi ne preveč tesna obveza s sterilnim »krep« povojem.

Obvezani ud je treba imobilizirati z obloženo Cramerjevo žično opornico ali z opornico iz 3 mm debele aluminijaste pločevine. Tako imobilizirani ud dvignemo, ker s tem zmanjšamo edem.

Lokalna uporaba antibiotika v obliki mazila ali spreja (razpršila) pri epidermalnih opeklinah praviloma ni potrebna, prav tako ne zaščita proti tetanusu.

Primerno in potrebno pa je zlasti prvi dan analgetično sredstvo v obliki tablet ali injekcije (npr. Novalgetol).

Tako oskrbljeno opeklino prvič previjemo čez 5 dni, če se obveza premoči ali zamaže, pa prej. Opeklinsko rano bomo kontrolirali pred 5 dnevi tudi v primerih, če bolnik dobi vročino ali hujše bolečine. Zato bomo bolniku svetovali, naj si doma vsak dan meri temperaturo.

Epidermalna opeklina se v večini primerov zaceli (reepitelizira) v 7 do 10 dneh. Praviloma sta torej potrebni le dve prevezi.

Prevezo napravimo na enak način kot prvo oskrbo opeklina. Ker traja močnejša eksudacija z epidermalne opeklina navadno le dva dni, pri prevezi ni potrebna več debela plast vate ali vatiranec, katerega osnovna naloga je absorpcija.

Imobilizacijo vzdržujemo do druge preveze. Če pri prvi prevezi na opečeni površini najdemo gnoj, je po toaleti umestna lokalna aplikacija anti-biotičnega razpršila ali mazila (npr. Nebacetin ali Geocorton spray ali Geomycin mazilo). V primeru infekta ordiniramo antibiotik tudi peroralno, najbolje Orbenin ali Penbritin. Če pri prvi prevezi opečena površina ni rožnate barve in ne zbledi na pritisk in če lahen vbod z iglo ni boleč, je bolnika treba poslati h kirurgu, ki zdravi opeklina.

Povzetek

Vsaj 25 % opeklina, ki jih na oddelku za opeklina v Ljubljani oskrbujemo ambulantno, bi lahko enako dobro zdravil zdravnik splošne prakse. Zato mu je potrebno dvojce: znati mora opeklina oceniti, opeklinsko rano pa ustrezno oskrbeti.

Ocena mora biti kompleksna; pri tem je treba upoštevati površinsko obsežnost, globino in lokalizacijo opeklina, poleg tega pa starost opečenca, njegovo zdravstveno stanje in opeklinski vzročnik.

Zdravnik splošne prakse naj zdravi praviloma le epidermalne opeklina, ki niso razsežnejše od 5 % telesne površine in ne prizadevajo funkcionalno pomembnih predelov.

UKREPI PROTI KOLERI

Zavod SRS za zdravstveno varstvo je decembra 1972 kot posebno publikacijo izdal delo, ki ga je pripravila služba za epidemiologijo nalezljivih boleznih: »**Ukrepi proti kolери**«. Publikacijo je pripravila dr. Danica Miklič s sodelavci, prim. dr. Dušanom Rejo, prim. dr. Dušanom Tomažičem, prof. dr. Jadranko Zajc-Satlerjevo in prof. dr. Radom Žargijem.

Moto publikacije je: vnosa kolere ni mogoče preprečiti, možno pa je spremeniti Slovenijo v deželo, kjer se kolera ne more širiti ali celo postati endemična. Vsebuje naslednja poglavja:

- program sanitacije okolja,
- zdravstvena vzgoja prebivalstva (s kratko- in dolgoročnim programom),
- priprava bakteriološke diagnostike (navodila za bakteriološke laboratorije),
- spoznanost s klinično diagnostiko in metodami zdravljenja,
- izolacija in zdravstveni nadzor kontaktov,
- dezinfekcija ob pojavu kolere na domu bolnika ali v bolnišnici (kratko navodilo),
- cepljenje,
- načrtovanje in delitev dela,
- obveščanje ob sumu za kolero (koga in kje) ter
- zadevne pravne predpise.

Publikacijo lahko naročite pri Službi za epidemiologijo Zavoda SRS za zdravstvo, Ljubljana, Trubarjeva 2 za ceno din 20.—.