

*Dr. Záborszky Zoltán orvos alezredes, dr. Farkas József orvos őrnagy,
dr. Piros Kálmán orvos őrnagy, dr. Pajzs Tamás p. o., dr. Fraknói Péter p. o.*

Lövési sérülés utáni sebgyógyulás a Baleseti Sebészeti Osztály beteganyagában

A lőtt sebek ellátásának mai elve a kudarcok mérföldkövei között, hosszú fejlődés után alakult ki. A békesérültek sebellenlátása általában egy-
szakaszos mütét, ahol a sebkimetszéssel egyidejűleg törekszünk a seb zá-
rására.

Kiterjedt, roncsolt, lőtt sebek ellátása során azonban már nem ilyen
egyértelmű a sebzárás kérdése. A gondos sebellátás, az antibiotikumok
általános és lokális használata a szívó-drain és rögzítés alkalmazása mel-
lett, számos kísérlet történt arra, hogy a sebet, még a roncsolt és lőtt se-
bek esetében is elsődlegesen lehessen zárni.

Az irodalom áttekintésével egyidejűleg saját klinikai anyagunk érté-
kelésével választ kerestünk arra, hogy lőtt sérüléseknél különféle ellátás
után milyen volt a sebgyógyulás. Jelen értékelésünkben kizárólag a seb-
gyógyulást vizsgáljuk és nem foglalkozunk a sebellátás egyéb tényezőivel.
Osztályunk 17 éves anyagának dokumentációja alapján lőtt sérüléssel
összesen 585 főt kezeltünk. Nem szerepelnek feldolgozásunkban azok a be-
tegek, akik a sebellátást követően más osztályra kerültek át, így sebgyó-
gyulásukat nem tudtuk követni.

A sérüléseket felosztottuk testtáj szerint. Érdekes megfigyelni a me-
dence-, a csípőtáj- és a végtagsérülések megoszlását, mely együttesen 491
főnél történt. Ez az összes sérültek 84⁰/₀-a. Valamennyi sérült sebészi ellá-
tásban részesült, majd ezt követően az egyik csoportba a sebek elsődleges
zárása történt, az összes sérültek 38⁰/₀-ában, 220 főnél. A másik csoport
sérültjeit elsődleges halasztott varrattal láttuk el, ez az össz-sérültek 31⁰/₀-
át tette ki. Betegeink harmadik csoportját másodlagos sebzárással kezel-
tük, 17⁰/₀-ban. Ezen utóbbiak nem túl magas száma miatt nem láttuk cél-
szerűnek ezek további felbontását a korai és késői sebzárásra vonatkozóan

Az ábrán látható negyedik oszlopban azon sérültjeinket soroltuk fel,
akik sebeit nem zártuk, hanem a seb másodlagosan sarjadt be, és végül
a tábla ötödik oszlopába a primér plasticai módon ellátott sérültek kerül-
tek. A sebzéseket pontszerű és roncsolt kategóriába osztottuk.

Sérült testtáj	Sérültek száma		Elsődleges varrat		Elsődleges halasztott varrat		Másodlagos varrat		Nyitott sebkezelés		Elsődleges plastica		Megjegyzés						
	pont-szerű	ron-csolt	pont-szerű	ron-csolt	pont-szerű	ron-csolt	pont-szerű	ron-csolt	pont-szerű	ron-csolt	pont-szerű	ron-csolt							
														P. I. SUPP	P. I. SUPP	P. I. SUPP	P. I. SUPP	P. I. SUPP	P. I. SUPP
Fej, nyak	6																		
Mellkas	41	7	1	7	5								Mellüregbe hatolt 28						
Has	20	3	5	1	3								Hasüregbe hatolt 21						
Felső végtag	31	8	14	6	10	3		3	2	8			Amputatio 2						
Csukló, kéz	35	7	27	13	3	13		7	19	2	5	6	Ujj amputatio 8						
Medence, Csipő-táj	5	1	5	2	12	1	3	1	2										
Alsó végtag	16	4		29	3	51	4	17	1	33	3	20	1	19	1	4	Amputatio 3		
Láb	69	8	2		25	3	15	1	7			1	3			1			
Össz.: 100%	585	162	29	58	23	86	7	93	5	32	1	66	5	28	1	36	1	24	2
Medence — csipő — táj — végtagok	—		Elsődleges varrat		Elsődleges halasztott varrat		Másodlagos varrat		Nyitott sebkezelés		Elsődleges plastica								
Összesen: 491	220	38%	179	31%	98	17%	64	11%	24	9%									
	Ebből supp.	24%	Ebből supp.	7%	Ebből supp.	6%	Ebből supp.	4%	Ebből supp.	8%									
	52		12		6		2		2										

A primaer sebzárás elsősorban a fej, a mellkas, a has és a felső végtag sérülteken történt, amely után 52 esetben (24⁰/₀-ban) alakult ki sebgyenyedés. Az elsődleges halasztott varratot 7⁰/₀-ban, a másodlagos varratot 6⁰/₀-ban követte suppuratio. Az elsődleges plastica után 8⁰/₀-ban lépett fel sebfertőzés. A felsővégtag sérülése után kettő, az alsó végtagi sérülés után három esetben kényszerültünk a végtag amputációjára. 8 esetben végeztünk ujj amputációt. A feldolgozott sérültek között anaerob fertőzés nem fordult elő.

Összehasonlítóként feldolgoztuk osztályunk 1971-től 1973-ig 3 éves anyagát, ahol elemeztük valamennyi sebellátás után a sebgyógyulást. Ebben az időszakban összesen 1470 sebellátást végeztünk, amelyből a nyak, a fej, a kéz sebei ennek pontosan a felét tették ki. A fennmaradó 735 sebellátást értékeltük az egyes sérülés típusok alapján. Azt találtuk, hogy amíg a vágott sebek elsődleges ellátása után 3⁰/₀-ban lépett fel gennyedés, addig ugyanebben a kategóriában a halasztott ellátás után gennyedést nem észleltünk. A roncsolt sebeknél, de még inkább a nyílt törések után a gennyedés előfordulása az elsődleges sebellátás és a halasztott között jelentős különbséget mutat. Két esetben lépett fel anaerob fertőzés nyílt törések elsődleges varrata után. Ezen hároméves időszakban valamennyi lőtt sérültünket halasztottan láttuk el és a 68 lőtt sérültünk közül 5 esetben lépett fel gennyedés. Mindkét statisztikai összehasonlításunkból jól látható, hogy a halasztott varratot követően a sebgyenyedés jelentősen csökkent.

A halasztott sebzárás műtétének egyszerűsítésére egy igen egyszerű eljárást dolgoztunk ki, melyet évek óta jó eredménnyel használunk. A sebkimetszést követően monophyl műanyag fonalakat helyezünk a sebszélekre a szokásos módon, de ezeket nem csomózzuk meg. A fonalakat kb. 12 cm hosszúra hagyjuk, majd ezeket selyemszállal kötjük össze.

A nyitott sebet steril száraz kötéssel látjuk el, és békés sebiszonyok mellett 3—6 nap múlva a sebet apodactyliasan, akár a kórtermi ágyon, újabb érzéstelenítés nélkül, fájdalomtalanul zárni tudjuk.

Az ellátott sebek gyógyulása zavartalan, a hegvonallal megegyezik az elsődleges sebzárás hegyével.

Összegezve megállapíthatjuk, hogy a lőtt sebek ellátása mindig két szakaszos műtét, zárása minden körülmények között halasztottan kell hogy történjen. A bemutatott egyszerű zárási eljárással a halasztott sebzárás műtété fájdalommentesen jó eredménnyel végezhető el.

Заборски З., подполковник м/с, Фаркаш Й., майор м/с, Пирош К., майор м/с, Пайж Т., Фракнои П.:

Заживление огнестрельной раны в контингенте больных Травматологического отделения

Dr. Z. Záborszky, Oberstltn. des Med. Dienstes, Dr. J. Farkas, Major des Med. Dienstes, Dr. K. Piros, Major des Med. Dienstes, Dr. T. Pajzs, Dr. P. Fraknoi:

WUNDHEILUNG NACH SCHUSSVERLETZUNGEN IM KRANKENGUT DER TRAUMATOLOGISCHEN ABTEILUNG

DROPERIDOL

injekció

intravénás használatra

ÖSSZETÉTEL:

10 ml-es ampullánként 25 mg droperidol.-ot tartalmaz.

HATÁS:

A butyrophenonok csoportjába tartozó neurolepticum, mely fő hatása mellett a shockot kivédő, a légzőközpontot stimuláló és antiemeticus hatást is kifejt.

JAVALLATOK:

Műtéti előkészítés, különösen idős vagy leromlott, rossz általános állapotú betegeknél.

ADAGOLÁS:

Műtéti előkészítésre: 2,5–5 mg (1–2 ml).

Műtéti érzéstelenítésre: 5–12,5 mg (2–5 ml) i. v.

Az anaesthesia fenntartására 2,5–5 mg Droperidol adagolható i. v. injekció vagy cseppinfúzió formájában.

A postoperatív szakban 2,5–5 mg (1–2 ml) adagolható intramuscularisan. Ez az adag szükség esetén 6 óránként megismételhető. A neurolept analgesiában Fentanylal együtt szokás alkalmazni.

MELLÉKHATÁSOK:

Depressio, vérnyomáscsökkenés, extrapyramidalis tünetek, elsősorban az átlagnál nagyobb dosis alkalmazása kapcsán fordulhatnak elő.

FIGYELMEZTETÉS:

A Droperidol kizárólag olyan gyógyintézetekben alkalmazható, amelyekben oxygen-belélegeztető berendezés, valamint a reanimatio valamennyi eszköze állandóan rendelkezésre áll.

CSOMAGOLÁS: 5×10 ml-es ampulla.

**Budapest X.
KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR**