

Bası Yarası



Prof. Dr. Berrin Karadağ
Acıbadem Dr. Şinasi Can Hastanesi

Geçmişten günümüze



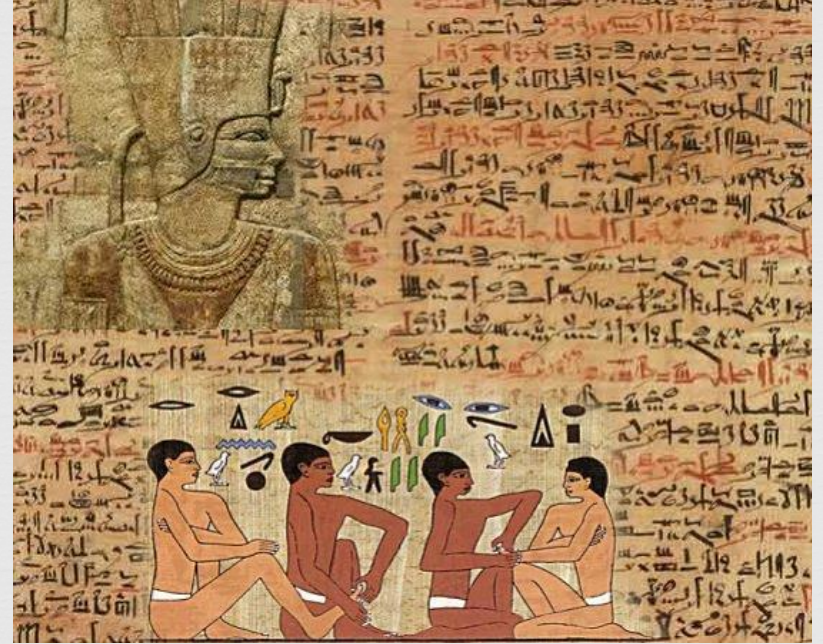
Yara bakımı ve pansuman insanlık tarihi kadar eskidir.

MÖ 2100 Sümer tabletleri

- Yarayı yıka
- Bitki özleri ve yağlarla kapat
- Üstünü ört

Eski mısır

- Eber papyrus



Geçmişten günümüze



Roma ve eski Yunan'da çok
daha sonra

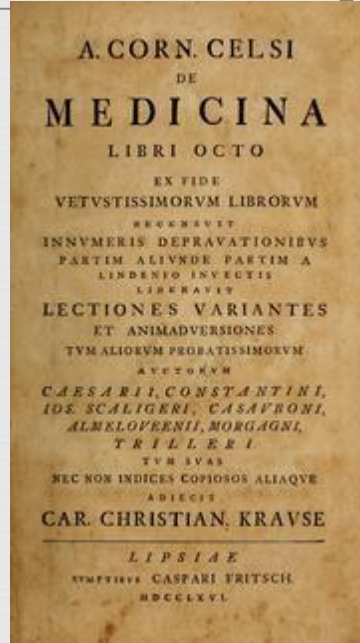
Hippokrates

MÖ 400

Bitkiler, yağlar



Geçmişten günümüze



Celsus (MÖ 20)

- 8 cilt
- 6. cilt: sadece yara bakımı
- 34 farklı pansuman tariflemiş

Geçmişten günümüze



Esas gelişim ise savaşlar ile...

Türk-Rus savaşı (1880 ler);

Debridman

1. dünya savaşı;

Tül gre kullanımı

2. dünya savaşı;

Gümüş, gazlı bez

1963'de Winter nemli pansuman



Bugün



- Pek çok firma
- 500den fazla yara örtüsü
- Gelişen teknoloji ile en temel özelliği nemli ortam olan ideal yara örtüleri var.

Tanım



Bası yarası, uzun süreli basıncın etkisinde kalmaya bağlı olarak, vücudun herhangi bir bölgesinde iskemi ve nekroz sonucu oluşan yaralardır.



Bası Yarası Oluşma Süreci



Basınç

Doku Anoksisi ve İskemi

Doku Hücrelerinde Nekroz

Yumuşama ve Ülserasyon

İnfeksiyon

Sepsis

Derin Dokulara Yayılma

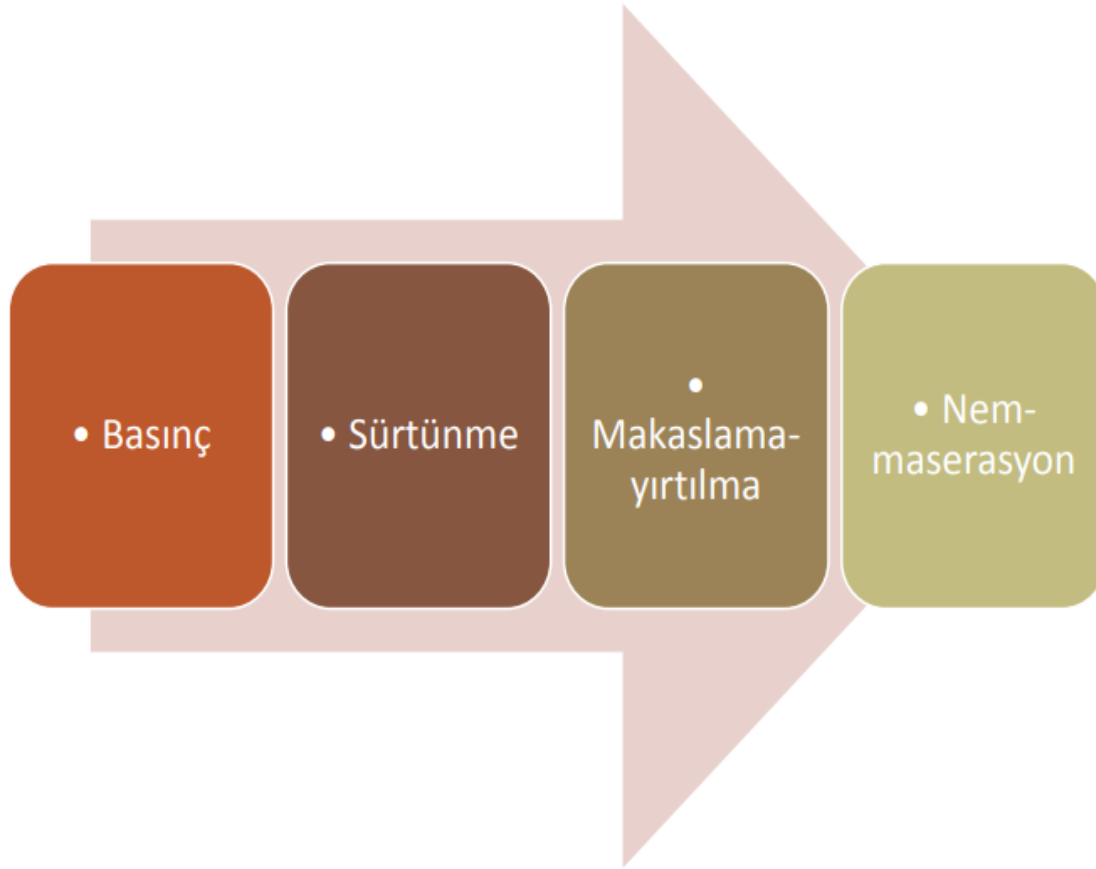


Bası yaralarının çoğu hareketsizliği takip eden “24 - 48 saat” içerisinde oluşur.

Hastanede oluşan bası yaraları genellikle hastaneye yattıktan sonraki ilk 2 hafta içinde gelişir.



Bası yarası gelişimi için ana risk faktörleri nelerdir?



Ekstresek
Risk
Faktörleri

- Yaş

- immobilite

- Enfeksiyon

- Hipotansiyon-iskemi

- Malnutrisyon

- Spinal kord yaralanmaları

- Kas kitlesinde azalma

- Spastisite

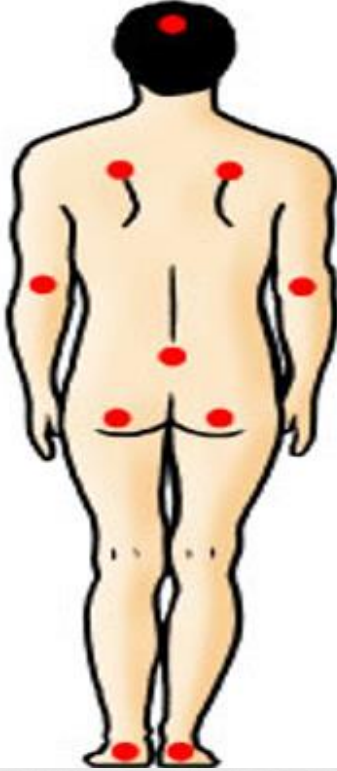
- Nörolojik hastalıklar-bilinç durumu

- Ciltte kuruluk

- Üriner ve fekal inkontinans

İntrensek Risk Faktörleri

Bası Yaralarının Görüldüğü Bölgeler



- Oksipital bölge
- Scapula
- Dirsekler
- Sacrum
- Topuklar



- Başın yan kısmı
- Kulaklar
- Omuz başları
- Kostaların yan kısımları
- Torakanterler
- Diz, ayak ve topuğun yan kısımları

Bası Yaralarının Görüldüğü Bölgeler



- Yanak ve çene
- Omuz başları
- Göğüsler (kadında)
- Genital organlar (erkeklerde)
- Dizler
- Ayak baş parmakları



Prone Pozisyonu

Bası Yaralarının Görüldüğü Bölgeler



- Scapula
- Sacrum
- İskial çıkıntı
- Pelvis
- Diz arkası
- Topuklar





**Bası yaralarını nasıl
önleyebiliriz?**

Risk Değerlendirme



- Norton Ölçeği
- Gosnell Ölçeği
- **Braden Ölçeği**
- Knoll Ölçeği
- Waterlow Ölçeği

Braden Ölçeği

Hastanın adı:	Değerlendirenin adı:				Değerlendirme Tarihi:			
Duyusal algılama	1-Tamamen sınırlı	2-Çok sınırlı	3-Hafif sınırlı	4-Bozulma yok				
Nem	1-Sürekli nemli	2-Çok nemli	3-Ara sıra nemli	4-Nadiren nemli				
Aktivite	1-Yatağa bağimli	2-Sandalyeye bağimli	3-Ara sıra yürüyor	4-Sık sık yürüyor				
Hareketlilik	1-Tamamen hareketsiz	2-Çok sınırlı	3-Hafif sınırlı	4-Sınırlama yok				
Beslenme	1-Çok kötü	2-Muhtemelen yetersiz	3-Yeterli	4-Mükemmel				
Sürtünme ve yırtılma	1-Sorun	2-Potansiyel problem	3-Görünen problem yok					
				Toplam puan				

Yüksek risk: ≤ 12 ; Orta risk: 13-14; Düşük risk: 15-16 (yaş>75 15-18); Risk yok: >16 ve >18 (yaş>75)

Bası yaralarını nasıl önleyebiliriz?



Pozisyon değiştirme

Hasta yatağa bağımlı ise en az 2 saatte bir

Tekerlekli sandalyeye bağımlı ise saat başı pozisyon değiştirilmelidir.

Hastaya yan yatış pozisyonu verilirken dik değil 30° yan yatış pozisyonu verilmelidir.

Dik yan yatış pozisyonunda torokanterler üzerine basıncı bineceğinden basıncı ülseri gelişme riski yüksektir.

Bası yaralarını nasıl önleyebiliriz?



Beslenmeyi düzenleme

Risk altında olan hastaların protein ve kalori alım miktarları artırılmalıdır.

Bası yaralarını nasıl önleyebiliriz?



Friksiyon ve yırtılmayı kontrol etme

Sürtünme ve yırtılmayı önlemek için hastanın yatağının başucu 30°'den daha fazla yükseltilmemeli;

Yatağın ayak ucuna doğru kaymış olan bir hastayı yatağın başucuna doğru çekerken mutlaka çarşaf kullanılmalı;

Çok yaygın bir şekilde yapıldığı gibi hasta iki kişi tarafından koltuk altlarından tutularak yukarı doğru çekilmemeli.



Bası yarası oluşmuşsa neler yapılmalı?



Bası yarası ile karşılaşıldığında ilk yapılacak şey evrelendirmedir !!!

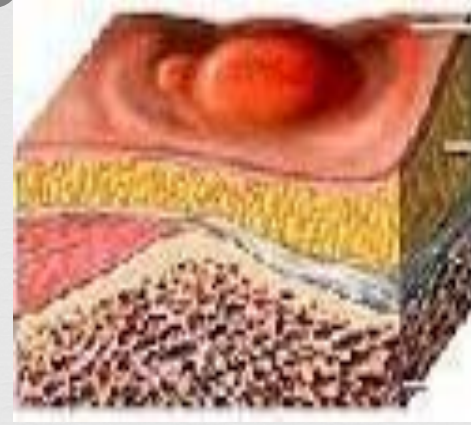
I. Evre



Bu evrede deride basmakla kaybolmayan kızarıklık vardır.

Deri bütünlüğü bozulmamıştır

Kızarıklık basınç kalktıktan sonra 30 dakikadan fazla kalır!



Tedavi: I. Evre



Bu evre uyarı olarak algılanmalıdır

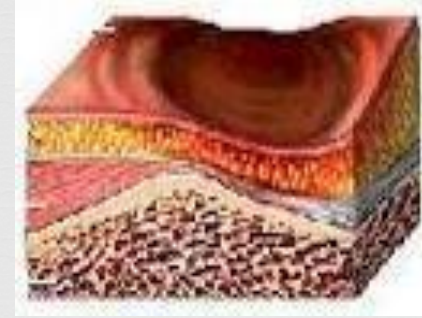
Genellikle kendiliğinden iyileşir

Gerekli önlemler alınmalı (Pozisyon, hijyen, cilt hasarı önlenmesi).

II. Evre



Epidermis ve/veya dermisen üst tabakasını etkileyecek şekilde kısmi derinlikte doku kaybı vardır.



Deri bütünlüğü bozulmuş
Bül oluşumu mevcut.

Klinik olarak deride sıyrılma, su toplanması veya derin olmayan çukur şeklinde gözlenir.





Tedavi: II. Evre



Tedavide ilk adım yaranın dikkatlice değerlendirilmesidir.

Yüzeysel gibi görünen bir basınç ülseri derin dokularda III. evre olabilir.

Nedenler ortadan kaldırılır.

Yara enfeksiyondan korunmalıdır.

Kendiliğinden ya da pansumanla iyileşir.

III. Evre



- Epidermisten başlayıp üst fasyaya kadar uzanan tüm dokuları içeren tam derinlikte doku kaybı ya da nekroz vardır.
- Kemik, tendon ve eklemlere kadar uzanmaz.
- Basınç ülseri derin çukur şeklindedir.
- Yara yatağı genellikle ağrısızdır.





Tedavi: III. Evre



- Tedavide yara dikkatlice değerlendirilir.
- Nekrotik doku uzaklaştırılır.
- Enfeksiyon tedavi edilmelidir (pansuman, antibiyotik).
- Hastanın protein ve enerjiden zengin beslenmesi sağlanır.
- Genellikle cerrahi m¼dahale gerektirir.

IV. Evre



- III. evrede olduğu gibi tam derinlikte doku kaybı vardır.
- Doku kaybı ve nekroz fasyanın altına, kemik dokuya, tendon ve eklem kapsülü gibi destekleyici yapılara kadar ilerlemiştir.
- Tedavisi III. evredeki yara gibidir, ancak kemik dokusu etkilendiği için genellikle debridman radikaldir.



Evrelenemez

Evrelenemez Basınç Yarası- Koyu Eskar





Tedavi Hedefleri

Tedavi hedefleri



Soruna katkıda bulunan etmenleri gidererek bireyin genel sağlık durumunu iyileştirmek;

- Yara üzerindeki basıncı kaldırmak
- Nekrotik dokuyu debride edip hastayı temiz tutmak
- Enfeksiyon kontrolü
- Granülasyon dokusunu stimüle etmek
- Beslenme destek tedavisi



Beslenme

Beslenme Destek Tedavisi



- Yeterli protein ve kalori alımı sağlanmalıdır.
- Büyük yaralarda seröz akıntı ile günde yaklaşık 50 gr protein kaybedilmektedir.

Beslenme Destek Tedavisi



Nutrisyon bası yarasında iyileşmeyi direkt etkileyebilir.

Tüple beslenen evre 3-4 bası yarası olan 60 olgu:

30 hastaya standart kalori (29.1 ± 4.9 kcal/kg),

30 olguya yüksek kalori (37.9 ± 6.5 kcal/kg)

12 hafta sonunda yüksek kalori sağlamanın hem nütrisyonel durumda, hem serum prealbumin düzeyinde ve hem de ülser boyutlarında olumlu anlamlı değişiklik ile sonuçlandığı bildirilmiştir.

Ohura T, et al. Wound Repair Regen. 2011

Beslenme Destek Tedavisi



Arginin

Bası yarası olgularında serum arginin düzeyi düşmekte ve arginin süplemantasyonunun bası yarası iyileşmesinde olumlu etkileri olduğu bildirilmektedir.

Yatabe J, et al. J Nutr Health Aging. 2011

Yüksek proteinli, arginin ve mikrobesein takviyeli ONS'lerin 8 hafta sonunda evre 3-4 bası yaralarının tedavisinde anlamlı başarı sağladığı bildirilmiştir.

van Anholt RD, et al. Nutrition. 2010

Beslenme Destek Tedavisi



Standart supplementlerle kıyaslandığında diyetle arginin ve/veya hidroksi metil bütiratın eklenmesiyle yara kollajen birikiminin anlamlı ölçüde arttığı gösterilmiştir.

Kısa zincirli yağ asitleri, Vit A, Vit C ve çinko, bakır, magnezyum gibi elementler de yara iyileşmesi üzerinde belirgin olarak etkili bulunmuş nutrientlerdir.

Beslenme Destek Tedavisi



Normal yara iyileşmesinin devam edebilmesi için serum albumin düzeylerinin en az 2 gr/dl olması gerekmektedir. Hedef 3,5 gr.a çıkmaktır.

Mecbur kalmadıkça bu değere ulaşılmadan cerrahi girişim yapılmamalıdır.

Hemoglobin düzeyi 10-12 gr/dl'nin altında olmamalıdır.



Lokal tedavi

Bası yarası bakımı ve tedavisi



- Yara temizlik solüsyonları
- Debride edici ajanlar
- Yara örtüleri

Temizleme



**AVRUPA BASINÇ ÜLSERİ DANIŞIMA PANELİ (EPUAP)
VE ULUSAL BASINÇ ÜLSERİ DANIŞMA PANELİ
(NPUAP) ne göre; (www.npuap.org) ve (www.epuap.org)**

Basınç ülseri ve çevresindeki deriyi her pansuman değişiminde temizleyin (Kanıt Gücü= C).

Basınç ülserlerini serum fizyolojik ya da içme suyuyla temizleyin (Kanıt Gücü = C) (Suyun içilebilir özellikte olması gerekir).

İyotlu, sodyum hipokloridli, asetik asitli ve H₂O₂ li antiseptiklerin direkt olarak yaraya uygulanmasından kesinlikle kaçınılması gerekmektedir. Çünkü bu antiseptikler hem granülayson dokusu için sitotoksiktir, hem de yara iyileşmesini geciktirirler.



Debridman

Debridman



- Nektirik dokunun drenajının ya da çıkartılmasına klinik olarak acil olmadığı durumlarda mekanik, otolitik, enzimatik ve/veya biyolojik debridman yöntemlerini kullanın (Kanıt Gücü = C).
- İlerleyici selülit, çıtırtı sesi, dalgalanma hareketi ve/veya ülserle ilişkili enfeksiyona sekonder gelişen sepsis bulunması durumunda cerrahi debridman uygulayın (Kanıt Gücü = C).

Otolitik debridman



Sentetik kapama malzemeleri yarada normalde bulunan enzimlerin ölü dokuları sindirmesini kolaylaştırırılar.

Bu tür debridman, doku proteinlerinin biriktiği küçük yaralarda ve gaita ya da idrar kontaminasyonu olan yaralarda kullanılmaktadır.

Hidrokolloidler ve köpük sıklıkla bu amaçla kullanılmaktadır.

Mekanik debridman



Islak-kuru spançlar, hidroterapi, yara irrigasyonu yoğun eksudalı ya da nekrotik dokuların bulunduğu bası yaralarında mekanik debridman amacıyla kullanılmaktadır.

İstisna; ödem, hiperemi, fluktuasyon ve akıntının olmadığı kuru kabuklu topuk bası yaralarında debridman endike değildir.

Enzimatik debridman



Cerrahi debridmanı tolere edemeyenlerde kullanılır. Dışarıdan topikal olarak kollajenaz, papain, fibrinolizin uygulanarak işlem gerçekleştirilir.

Uygulama öncesi yara zemininde bistüri ile çizikler oluşturulduğunda bu maddelerin penetrasyonu artarak daha etkili olurlar.

Debridman



Fiziksel debridman esnasında bakteriemi olabileceğinden, protez kalp kapağı olan hastalara endokardit profilaksisi amacıyla antibiyotik verilmelidir!!!



Debridmanın ardından topikal yara bakımına başlanır.

Topikal yara bakımından amaçlanan yarayı cerrahi olarak kapatmaya hazır hale getirmektir!!!

Yine topikal yara bakımında amaçlanan yaranın nemli tutulması, yarada gelişen debrisisin mekanik olarak uzaklaştırılması ve bakterisidal etki ile lokal enfeksiyonun geriletmesidir!!!



Yara Örtüleri (Pansumanlar)

İdeal yara örtüsü



- Uygun nem sağlamalı
- Optimum sıcaklık sağlamalı
- Mikrobiyal ajanlara ve yabancı cisimlere bariyer oluşturmalı
- Toksik ve alerjik olmamalı
- Kolay değiştirilebilir ve ağrısız olmalı
- Gaz geçişi sağlamalı
- Kokuyu ortadan kaldırmalı
- Yaraya destek olmalı
- Estetik ve ucuz olmalı

Sınıflama



- Bir çok sınıflama mevcut
- Farklı özelliklere göre
 - Biyolojik / non biyolojik
 - Aktif/pasif
 - Oklusif non oklusif
- İçice geçmiş kavramlar

Sınıflama



- Hidrokolloidler
- Film örtüler
- Hidrojeller
- Aljinatlar
- Köpük örtüler
- Kollajenler
- Antibakteriyel
- Yeni nesil...



Hidrokolloid Yara Örtüleri

Hidrokolloidler



- Kuru nekrozun debridmanı
- Epitelizasyon aşamasındaki yaralarda kullanılır.
- Absorpsiyon özellikleri çok azdır; dolayısıyla, eksuda fazla olduğunda maserasyona neden olabilir.
- **Eksudalı, İnfekte yarada kullanılmaz!**
- Uzun süre yarada kalmaz.





Transparan Film Yara Örtüleri

Transparan Film Yara Örtüleri



Film örtüleri;

- Çokunlukla transparan
- Bazen pedli olabilir
- Yarı geçirgen:
- Gaz, nem ve buharı geçirir, sıvı geçirgen değil
- İnfeksiyon ajanlarına karşı mekanik engel
- Absorbsiyon özelliği yok
- Tedaviden çok koruyucu
- Özellikle yüzeysel ve düşük eksüdalı yaralarda kullanılmalıdır. Haftada 3 değişim önerilir.

Transparan Film Yara Örtüleri



Film örtüleri

- Az eksudalı ya da eksudasız yüzeysel yaralarda
- Diğer yara örtülerine yardımcı
- Basınç yaralarında koruyucu
- Genelde daha sık karşılaştığımız damar yolu ve kateterlerin stabilizasyonu





Hidrojel Yara Örtüleri

Hidrojel Yara Örtüleri



- Yarada mükemmel nemli ortam oluşmasını sağlarlar.
- Bazıları absorpsiyon ve debridman katkısı sağlarlar.
- Yaprak şeklinde ve kenarı adezivli olanları vardır.
- Minimal veya eksüda içermeyen yaralarda uygundur.
- Günlük pansuman önerilir.

Hidrojel Yara Örtüleri



- Pektin sellüloz jelatin gibi maddelerden üretilir
- Kolostomi torbaları
- Sıvı ile temas ettiğinde jelleşir ve yaraya nemli ortam sağlar

ANCAK;

- Absorbsiyon özelliği yok
- Masserasyon?
- Antimikrobiyal özellik yok.



Aljinat Yara Örtüleri

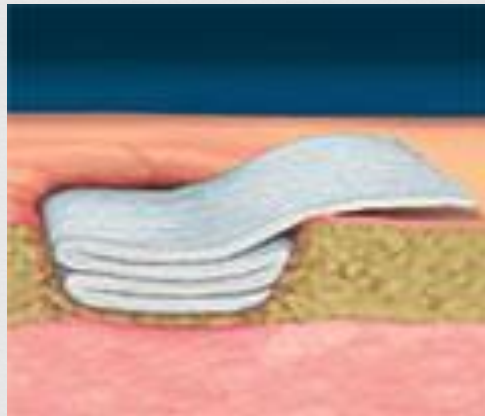
Aljinatlar



- Yosunlardan imal edilir
- Yüksek absorpsiyon özelliği
- Antimikrobiyal özellik az/yok



Aljinatlar



Aljinatlar



- Bol eksudalı
- Granülasyon/epitelizasyon
- Oldukça emiciler ve bu nedenle cerrahi debridman sonrası kanama kontrolünde
- Evre 3 ve 4 de eksudayı emerler, ölü boşluğu doldururlar.Enfekte yaralarda kullanılmaz.



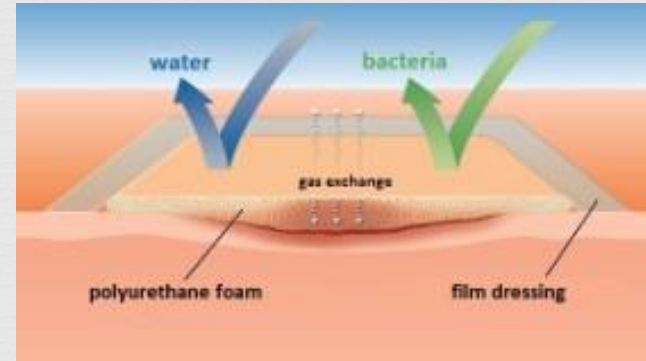


Köpük Yara Örtüleri

Köpük Yara Örtüleri



- Poliüretan ve silikondan üretilir,
- Orta ve ağır eksüdalı yaralarda uygundur.
- Yüksek absorpsiyon kapasitesi ile kavite yaralarda ve özellikle eskar ayrılması aşamasında yararlı olur.
- Bir miktar debridman
- Antimikrobiyal değil
- Yumuşak yapıları ile tampon
- Yara yüzeyine iyi uyum





Gümüşlü Yara Örtüleri

Gümüşlü Örtüler

Gümüşlü örtüler.....
İlla ki ENFEKTE



Gümüşlü örtüler



- Enfekte ya da fazla miktarda kolonize olan basınç ülserlerinde gümüşlü yara örtüleri kullanın (Kanıt Gücü= B).
- Gümüşlü yara örtülerini uzun süreli kullanmaktan kaçının, enfeksiyon kontrol altına alındığında bu örtüleri kullanmayı bırakın (Kanıt Gücü= C).



Gazlı Bez

Gazlı bez



Temiz, açık basınç ülserlerinde iş yükünü artırdığı, kuru olduğunda kaldırılırken ağrıya sebep olduğu ve kurduğunda canlı dokunun da kurummasına yol açtığı için, gazlı bez kullanmaktan kaçının (Kanıt Gücü= C).

Gazlı bez



Nem tutan başka bir yara örtüsünün bulunmaması durumunda, geniş doku alanı defektleri ve ölü boşlukları bulunan ülserler, serum fizyolojik ile nemlendirilmiş gevşek örgülü gazlı bezle gevşekçe doldurulmalıdır. Yara yatağında basınç oluşmasını önlemek için gazlı bez sıkıca doldurulmamalıdır (Kanıt Gücü= C).

Diğer



- Ballı yara örtüleri
- Koku giderme özelliği olanlar
- Deri eşdeğerleri
- Biyomühendislik ürünleri
- Yapısal destek
- Büyüme faktörleri, sitokin
- Pahalı!!



Enfeksiyonların Değerlendirilmesi ve Tedavisi

Antimikrobiyal tedavi



- Bası yaraları çoğunlukla enfekte olmaz ve antibiyotik tedavisi gerektirmez.
- Kanıtlanmış bir infeksiyon yokken topikal antiseptik ve antibiyotik uygulamalarından kaçınılmalıdır!
- Yara iyileşmesini geciktirebilirler!

Antimikrobiyal tedavi



Enfeksiyon

- Sellülit
 - Lokal abse
 - Nekrotizan fasiit
 - Osteomyelit
 - Bakteriyemi
 - Sepsis
- şeklinde ortaya çıkabilir.

Antimikrobiyal tedavi



- Bakteriyemi veya sepsisten kuşkulanıyorsa kültür sonuçları beklenmeden ampirik antibiyoterapi başlanmalıdır.
- Yaradan alınan yüzeysel sürüntü kültürleri enfeksiyondan çok kolonizasyonu yansıtır.
- Derin doku biyopsi kültürleri ile kıyaslandığında, iğne aspirasyon kültürlerinin duyarlılığı düşüktür.

Antimikrobiyal tedavi



Enfeksiyonlar genellikle polimikrobiyal olduğu için, tedavi rejimleri

- gram-pozitif (özellikle *S. aureus*)
- gram-negatif fakültatif organizmalarla (özellikle *P. aeruginosa*)
- anaerobik organizmaları örtmelidir.



Basınç Ülserlerinin Tedavisinde Biyofiziksel Ajanlar

Basınç Ülserlerinin Tedavisinde Biyofiziksel Ajanlar



Elektriksel Stimülasyon

İnfrared tedavisi

Lazer

Ultraviyole ışın tedavisi

Elektromanyetik Ajanlar

Akustik enerji (ultrason)

Negatif basınçla yara tedavisi

Hidroterapi: Girdaplı (Whirlpool) ve Vakumlu Pulsatil Lavaj

Hiperbarik Oksijen Tedavisi

Topikal Oksijen Tedavisi

Son söz



Evre 1;

- İlk olarak standardize sistemlerle bası yarası evrelendirilmeli,
- Koruyucu yaklaşımlar hiçbir zaman göz ardı edilmemeli,
- Yara üzerindeki basıncı hafifletici yaklaşımlar uygulanmalı,
- Ağrı giderilmeli
- Nutrisyonel defisit düzeltilmelidir.

Son söz



Evre 2;

- Okluzif ve yarı geçirgen pansumanlarla bası yaralarının nemli kalmaları sağlanmalı,
- Islak pansumanlardan kaçınılmalıdır.

Son söz



Evre 3, 4

- Çevre dokunun kuru, bası yaralarının nemli kalması sağlanmalı (Salinli spançlar),
- İnfeksiyon şüphesinde gümüşlü ajanlarla topikal antibakteriyoterapi yapılmalı, Topikal antiseptiklerden kaçınılmalı, sistemik antibiyoterapi ciddi infeksiyonlarda tercih edilmeli,

Özet



Evre 3,4

- Nekroz ve kurutların debridmanı mutlaka yapılmalı,
- Bası yaralarının natürüne uygun pansuman malzemesi kullanılmalı
- Ve uygun cerrahinin, uygun hastalarda faydalı olduğu düşünülmelidir.

Son Söz;



Beş adım!

Doğru yüzey:
Hasta düz
zeminde,
doğru
pozisyonda
yatmalıdır



Enkontinans/
nemi önle:
Hızla temizle
ve kurut



Deri izlemi:
Erken izlem
Erken tanı
Erken tedavi



Hastayı
hareket ettir



Düzenli
beslenme
uygun
hidrasyon





Çok Teşekkürler 😊