

DEKÜBİT ÜLSERLERİNE YAKLAŞIM

ARŞ.GÖR.DR.ESRANUR AKBULUT
KTÜ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ AD

07.11.2017

Amaç

Dekübit ülserleri etiyopatogenezi, evrelemesi, tedavisi ve önlenmesi konusunda bilgi vermek

Öğrenim hedefleri

1-Dekübit ülserleri etiyopatogenezini bilmek

2-Risk faktörlerini sayabilmek

3-Evreleme yapabilmek

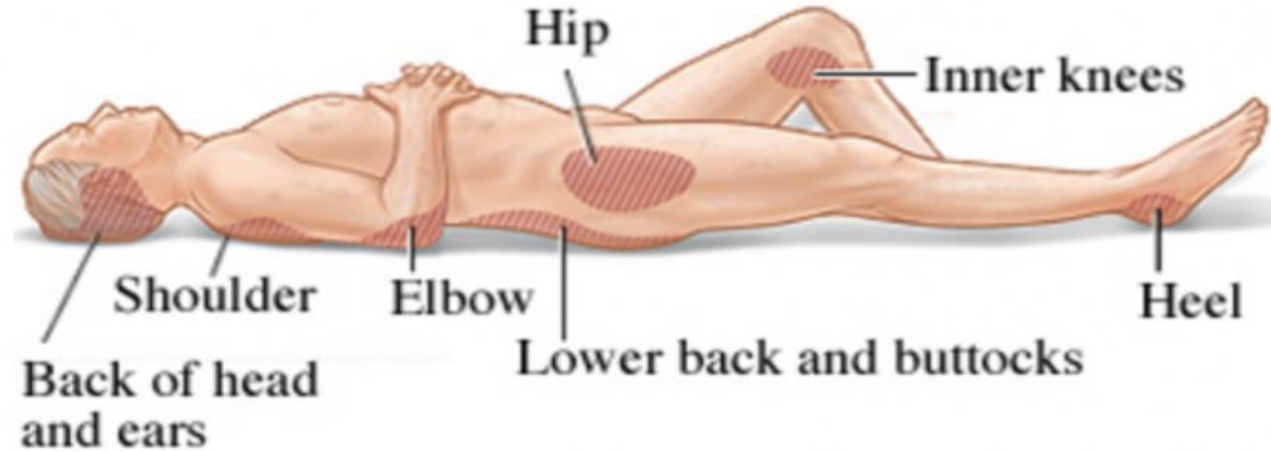
4-Tedavi planlayabilmek

5-Dekübit ülseri gelişmesini veya ilerlemesini engelleyecek önlemleri sayabilmek

Decumber=uzanmak, yatmak

Uzun süreli basınç maruziyeti sonucu ciltte veya cilt altında lokalize doku hasarı

Pressure Sore Areas



Etiyopatogenez

Etkilenen bölgedeki basınca bağı kan akımının kesilmesi ve hipoksi

Kapiller yatakta arteriyel tarafta 32-34 mmHg olan basınç, venöz tarafta 12-14 mmHg'dır. Arteriyoller ve venüller uçtaki basınç gradiyenti doku perfüzyonunu sağlamaktadır.

Bası nedeniyle kapiller dolaşımın bozulması, hipoksiye neden olarak yara oluşumunu başlatmaktadır.

Bir kişinin sırtüstü pozisyonda vücut kemik çıkıntılarına yansıyan basıncı 40-60 mmHg iken, otururken 75 mmHg'dır. İmmobil bir hastanın 2 saatten fazla aynı pozisyonda kalması bası yarası için yeterlidir.

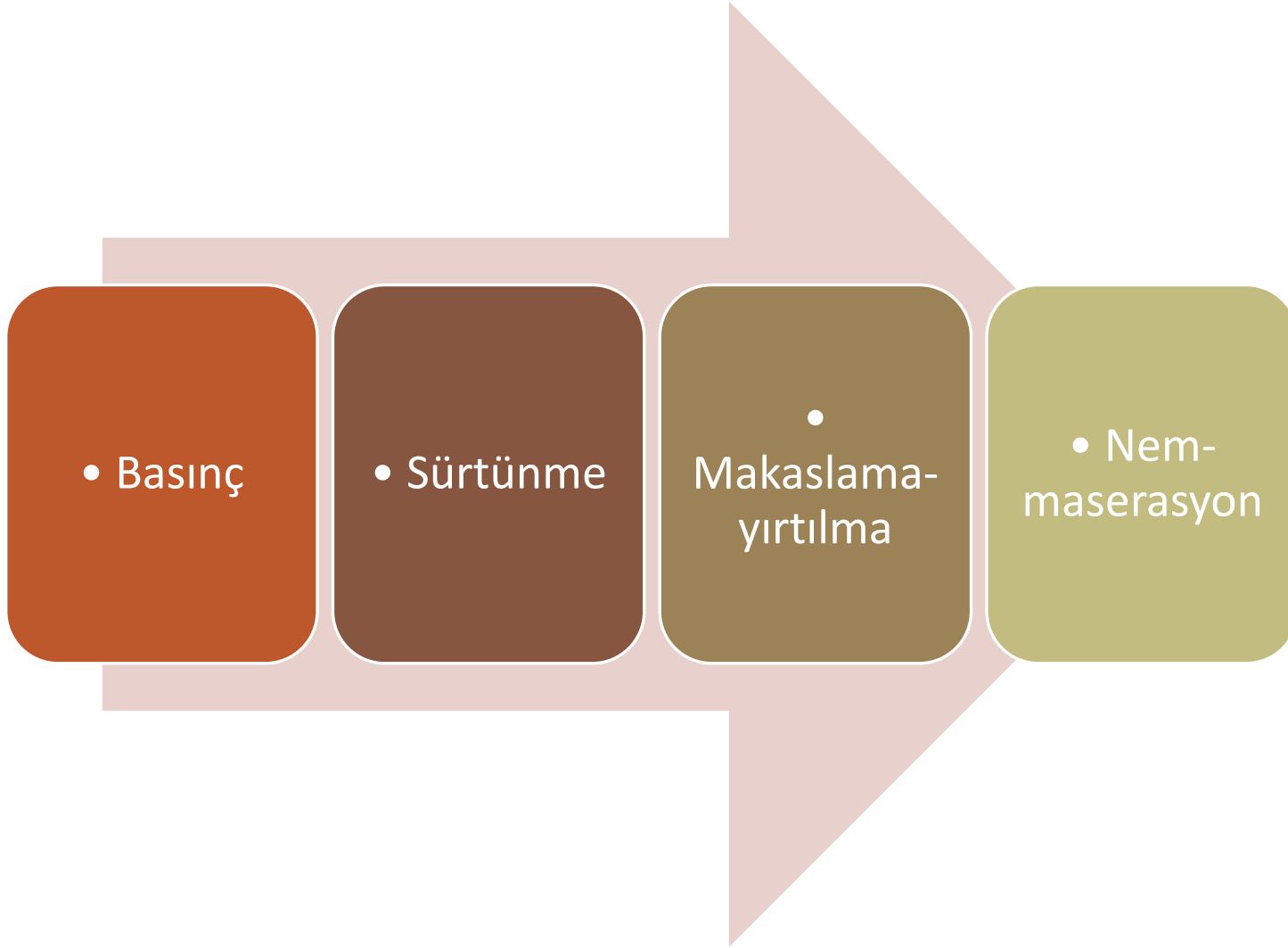
70 mmHg'yi aşan 2 saat süreli basınçlar ise geri dönüşümsüz doku hasarı ile sonuçlanır.

Dokuların basınca bağı yaralanma duyarlılıkları farklıdır. Kas-> subkutan doku-> dermis

Risk Faktörleri

Ekstresek Risk Faktörleri

İntrensek Risk Faktörleri



Ekstrenek Risk Faktörleri



İntrensek Risk Faktörleri

İmmobilite

En önemli risk faktörü

Spontan gece vücut hareketlerinin olmaması ile ilişkilidir.

- Spastisite
- Kontraktür

Malnutrisyon

Kronik katabolik bir süreç

Protein ve kalori alımının artırılması özellikle evre 3 ve 4 bası yarasında önemli

Hipoalbüminemi klinikte sık görölse de beslenmenin en güçlü belirleyicisi hastanın yeterli besin alabilmesi ve kilosunu koruyabilmesidir.

Azalmış doku perfüzyonu

Doku hipoksisi veya basınca yanıt olarak kan akımının yeterince sağlanamaması

- Volüm kaybı
- Hipotansiyon
- Vazomotor yetmezlik
- Vazokonstriksiyon (şoka, kalp yetmezliğine veya ilaçlara sekonder)
- Aterosklerotik periferik arter hastalığı

Doku perfüzyonu azaldığında 2 saatten uzun süreli bası → dönüşümsüz doku hasarı

Duyu kaybı

- Demans
- Deliryum
- Spinal kord hasarı
- Nöropati

Hastalar uzun süreli basıdan kaynaklanan ağrı veya rahatsızlığı algılayamazlar.

İnkontinans

Yaşlı hastalarda idrar ve dışkı inkontinansı maserasyona neden olarak dekübit ülseri gelişimine neden olmaktadır.

Bazı çalışmalar inkontinanslı hastaların beş kat daha yüksek risk taşıdığını göstermektedir. Ulusal bir araştırmada bakımevinden taburcu edilen, inkontinansı olan hastaların %94 ünün yatağa bağımlı hale geldiği ve dekübit ülseri geliştiği görülmüştür.

Zappolo, A. Discharges from nursing homes. National Nursing Home Survey Hyattsville, MD: US Department of Health and Human Services, 1981.

Prospektif bir çalışmada aktivite kısıtlılığı olan 286 hastada evre 1 dekübit ülseri, lenfopeni, immobilizasyon, kuru sakral deri ve azalmış vücut ağırlığı varlığı, evre 2 veya daha ileri dekübit ülseri gelişimi ile ilişkili bulunmuş ve bu faktörlerin üç veya daha fazlasının varlığında hastaların %13'ünde dekübit ülseri geliştiği görülmüştür.

Allman RM, G. P., Patrick MM, Burst N, Bartolucci AA. "Pressure ulcer risk factors among hospitalized patients with activity limitation."

Uzun süreli bakım alan 1524 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada, hastaların % 29'unda 12 haftalık süre içinde yeni bası yarası geliştiği gözlenmiş. Hastalığın başlangıçtaki şiddetinin artması, önceki bası yarasının varlığı ve niteliği, belirgin kilo kaybı, oral alım zorluğu, katater kullanımı gibi faktörler yeni basınç ülseri gelişimiyle ilişkili bulunmuştur.

Horn SD, B. S., Ferguson ML, Smout RJ, Bergstrom N, Taler G, Cook AS, Sharkey SS, Voss AC "The National Pressure Ulcer Long-Term Care Study: pressure ulcer development in long-term care residents."

60 yaş üstü ayakta tedavi edilen ve 40 aya kadar takip edilen 12,650 poliklinik hastası ile yapılan çalışmada; ileri yaş, erkek cinsiyet, uzun süreli bakım, önceki dekübit ülseri öyküsü, diyabet, düşme, katarakt, böbrek yetmezliği ve periferik arter hastalığı yeni bir basınç ülseri oluşması ile ilişkili bulunmuştur.

Takahashi PY, C. A., Cha SS "Risk factors for pressure ulceration in an older community-dwelling population."

Risk belirleme

Risk altındaki hastaları belirleme

Kapsamlı bir öykü ve fizik muayene

Düzenli günlük izlem ve cilt muayeneleri

Risk değerlendirme ölçekleri

- Braden Risk Değerlendirme Ölçeği
- Norton Risk Değerlendirme Ölçeği
- Bates-Jensen Yara Değerlendirme Ölçeği
- Waterlow Risk Değerlendirme Ölçeği
- Buh Pediatrik Basınç Yarası Risk Tanılama Aracı
- Suriadi ve Sanada Basınç Yarası Risk Değerlendirme Ölçeği

Ülkemizde en sık Braden risk değerlendirme ölçeği kullanılmaktadır.

Braden risk değerlendirme ölçeği

Hastanın Adı:	Değerlendirenin adı:			Değerlendirme Tarihi:	Puan
Duyusal Algılama	1) Tamamen Sınırlı	2) Çok Sınırlı	3) Hafif Sınırlı	4) Bozulma Yok	
Nemlilik	1) Sürekli Nemli	2) Çok Nemli	3) Ara sıra Nemli	4) Nadiren Nemli	
Aktivite	1) Yatağa Bağımlı	2) Sandalyeye Bağımlı	3) Ara sıra Yürüyor	4) Sık sık Yürüyor	
Hareket	1) Tamamen Hareketsiz	2) Çok Sınırlı	3) Hafif Sınırlı	4) Sınırlama Yok	
Beslenme	1) Çok Kötü	2) Olasılıkla Yetersiz	3) Yeterli	4) Kusursuz	
Sürtünme ve Yırtılma	1) Sorun	2) Potansiyel Sorun	3) Sorun Yok		
Toplam Puan					

Braden skalası

Puanlama 6-23 arasında

15-18 puan → hafif risk

13-14 puan → orta risk

10-12 puan → yüksek risk

6-9 puan → çok yüksek risk

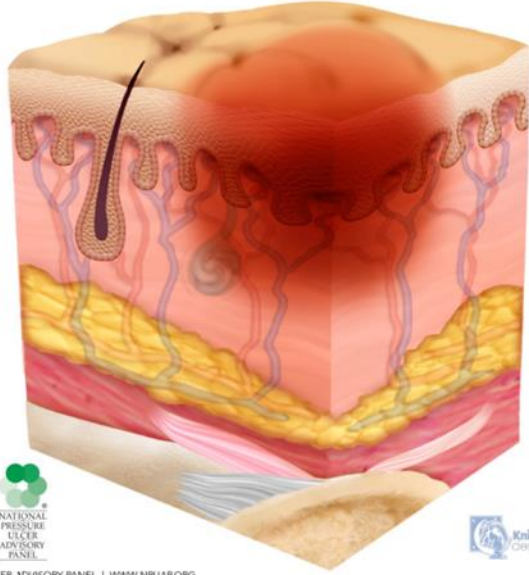
Evreleme

Staging of pressure-induced skin and soft tissue injuries*

Stage	Description
1	Skin intact but with non-blanchable redness for >1 hour after relief of pressure.
2	Blister or other break in the dermis with partial thickness loss of dermis, with or without infection.
3	Full thickness tissue loss. Subcutaneous fat may be visible; destruction extends into muscle with or without infection. Undermining and tunneling may be present.
4	Full thickness skin loss with involvement of bone, tendon, or joint, with or without infection. Often includes undermining and tunneling.
Unstageable	Full thickness tissue loss in which the base of the ulcer is covered by slough and/or eschar in the wound bed.
Suspected deep tissue injury	Purple or maroon localized area of discolored intact skin or blood-filled blister due to damage of underlying tissue from pressure and/or shear.

* From the National Pressure Ulcer Advisory Panel.

Evre 1

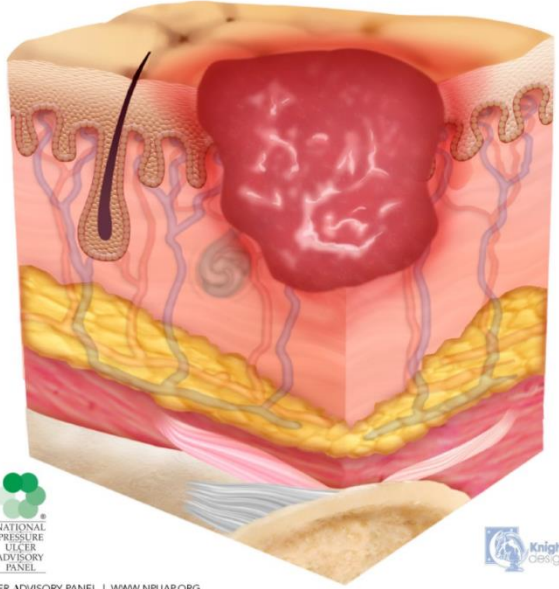


NATIONAL
PRESSURE
ULCER
ADVISORY
PANEL



Basmakla solmayan kızarıklık
Cilt bütünlüğü sağlam

Evre 2



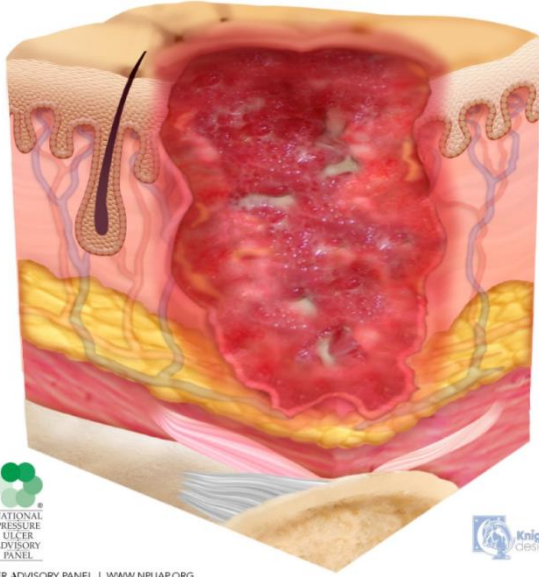
Dermiste kısmi kayıp

Yara yatağı pembe kırmızı

Kabuksuz, yüzeysel yaralar

Rüptüre veya korunmuş büller

Evre 3



Ciltte tam kat kayıp

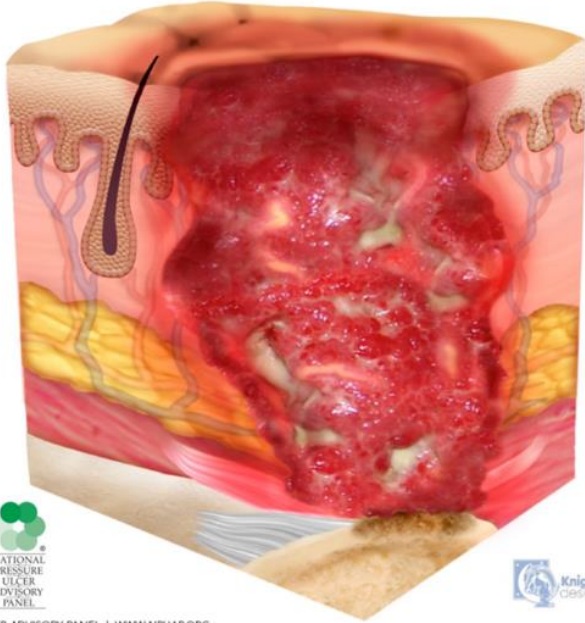
Subkutan yağ dokusu görülebilir

Kemik ve eklem tutulumu yok

Nekroz, kabuklanma

Yara altında tünel ve boşluk

Evre 4



Ciltte tam kat kayıp

Kas, kemik ve eklem dokusu tutulur

Nekroz

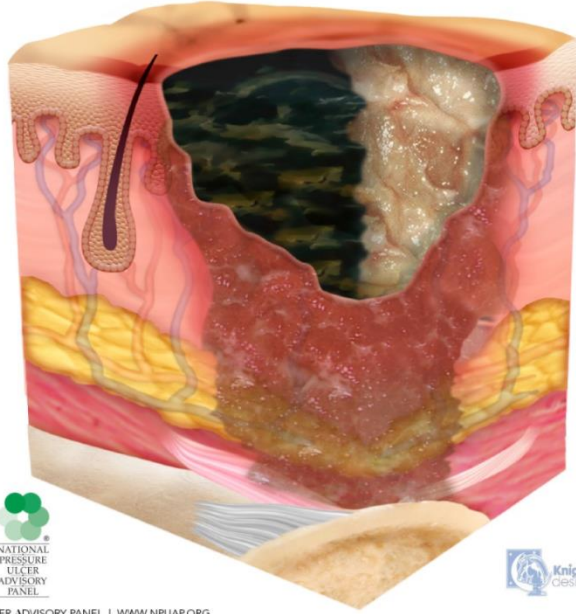
Kabuk veya eskar olabilir

Yara altında tünel ve boşluk vardır.

Evrelendirilemeyen

Tam kat cilt ve doku kaybı

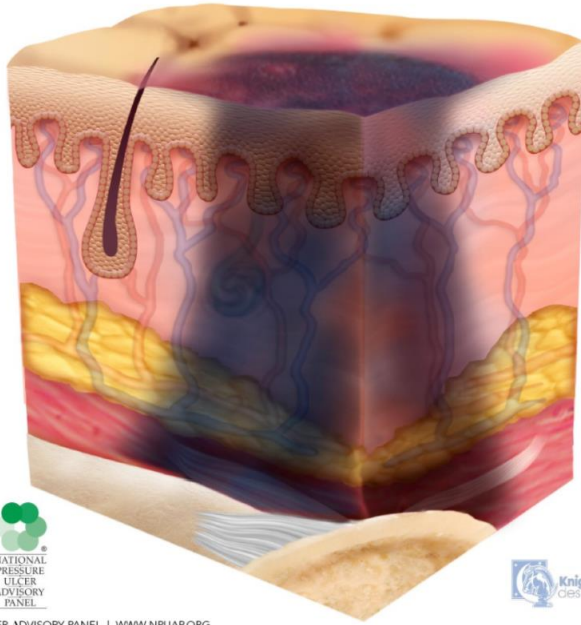
Kabuk veya eskar ile örtülü ülser



NATIONAL
PRESSURE
ULCER
ADVISORY
PANEL



Derin doku hasarı



Epidermal bütünlük sağlam

Cilt rengi kızarıklık, kestane rengi veya mor renk

Kanla dolu bül

Ağrı ve sıcaklık değişimi genellikle

cilt renginin değişiminden önce



Evre 1

Evre 2



Evre 3



Evre 4



 NPUAP.org | Copyright © 2011 Gordian Medical, Inc. dba American Medical Technologies

Evrelendirilemeyen



Derin doku hasarı



Evre 4



Evre 1



Evre 3



Evrelendirilemeyen



Derin doku hasarı



Ayırıcı tanı

- Diyabet ile ilişkili ülserler
- Arteriyel ve venöz yetmezliğe bağlı ülserler
- Sellülit, erizipel, cilt absesi gibi yumuşak doku enfeksiyonları

TEDAVI

Konservatif Tedavi

Cerrahi Tedavi

Konservatif Tedavi

- Hastaya uygun pozisyon verilerek basınç dağılımının sağlanması
- Ağrının kontrolü
- Ülser özelliklerine göre uygun yara bakımının sağlanması, nekrotik doku varsa debridman yapılması
- Enfeksiyon tedavisi
- Uygun beslenme desteği
- Hastanın günlük izlemi
- Psikososyal destek

Basıncın uygun dağıtılması

Destek yüzeyler

Yüksek riskli hastalarda basınç azaltıcı veya rahatlatıcı yatak ve minderler kullanılabilir.

Pozisyon verme ihmal edilmemeli

Hasta yan yatarken 30 derecelik açıyla yerleştirilmeli

Yatak başı 30 dereceden yüksek olmamalı

Ağrının kontrolü

Mevcut tedavinin sağlanabilmesi için mevcut ağrının türünü ve boyutunu belirlemek önemlidir.

İzlemde ağrı ölçeği kullanılabilir.

Hafif ağrılar için oral nonopioid analjezikler, orta şiddetli ağrılar için opioid analjezikler kullanılabilir.

Yara üzerine lokal anestezi ilaçları (lidokain) kısa süreli rahatlama sağlayabilir.

Ağrının kontrolü

İbuprofen salımlı köpük sargılar*

Atina'da yapılan bir çalışmada; sık görülen, ağrılı, sızan, kronik ve akut / travmatik yaralarda ibuprofen köpük giydirmenin yara ağrısını anlamlı şekilde iyileştirdiği gösterilmiştir.

Derin bası ülseri varlığında sistemik tedavi düşünülmeli.

Pansuman değişiklikleri ve debridman öncesinde yeterli ağrı kontrolü sağlanmalıdır. İnvaziv işlemler için sedasyon veya genel anestezi gerekebilir.

*Arapoglou V, K. K., Syrigos KN, Dimakakos EP, Zakopoulou N, Gjødsbøl K, Glynn C, Schäfer E, Petersen B, Tsoutos D "Analgesic efficacy of an ibuprofen-releasing foam dressing compared with local best practice for painful exuding wounds."

Bası yarası bakımı ve tedavisi

Yara temizlik solüsyonları

Debride edici ajanlar

Yara örtüleri

Yara temizlik solüsyonları

Serum fizyolojik: Enfeksiyonun olmadığı yarada yaranın nemlendirilmesi, kullanılan diğer solüsyonun durulanması veya nekrotik materyalin temizlenmesi amaçlanıyorsa serum fizyolojik seçilmeli ve mümkünse tek kullanımlık olmalı.

Povidon iyodin: Bakteri, sporlar, mantar ve virüslere karşı etkilidir. Ancak granülasyonun başladığı infekte olmayan yaralarda verilmemelidir, çünkü fibroblastlara toksiktir.

Asetik asit (%0.5): Pseudomonas aeruginosa'ya etkilidir. Deri rengini değiştirerek süperinfeksiyonu maskeleyebilir. Serum fizyolojik ile durulanmalıdır.

Sodyum hipoklorid (%2.5): Nekrotik dokunun debridmanını sağlar, serum fizyolojik ile durulanmalıdır.

Debride edici ajanlar

Yarada nekrotik doku veya siyah, kanlanması olmayan, sert kabuk varlığında debridman yapılmalıdır.

- Enzimatik debridman
- Preteolitik enzimler
- Mekanik debridman (SF, povidon iyot, asetik asit ve sodyum hipoklorit)
- Cerrahi debridman

Yara örtüleri

Yara yatağının uygun nemde, yara çevresinin ise kuru tutulmasını sağlamak amaçlanır. Yaranın özelliğine göre uygun yara örtüsü seçilmelidir.

- Transparan film
- Hidrojel
- Hidrokolloid
- Alginat
- Köpükler

Transparan filmler

Emici özelliikte değildir.

Eksuda olmayan yaralarda nemlendirmek amacıyla kullanılabilir



Hidrojel

Serum fizyolojik bazlı örtülerdir.

Hafif eksüdanın olduğu evre 1-2 bası yaralarında tercih edilmeli



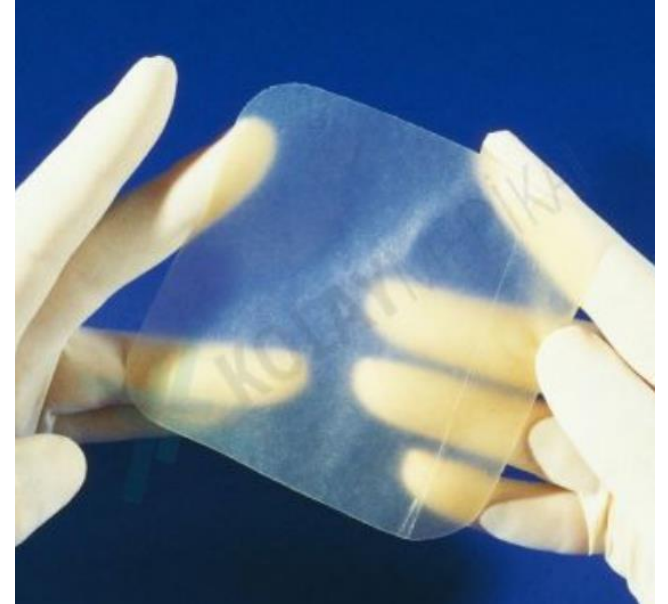
Hidrokolloid

Oklüziv örtülerdir.

Çok az nem ve buhar değişimi sağlar.

Otolitik debridmana yardımcı olurlar.

Hafif eksüdalı yaralarda tercih edilmelidir.



Alginat

Absorbsiyon özelliği yüksek

Eksüdası fazla olan yaralarda, cerrahi sonrasında tercih edilir.

Ölü boşlukları doldurur.

Hidrasyon özellikleri yoktur.

Evre 3 ve 4'te kullanılır.



Köpükler

Absorbsiyon özelliği yüksek

Kaviteli lezyonlarda kullanılabilir

Su geçirmez olan tipleri inkontinasta deriyi koruma özelliğine sahiptir

Yara iyileşmesine yardımcı olur



Kollajen

Kaviteli lezyonlarda kullanılabilir.

Her evredeki yarada kullanılabilir.

Emicilik özellikleri orta ve yüksek düzeydedir.



Enfeksiyonun tedavisi

Yara yerinde infeksiyonun düşünülmesi durumunda,

Enfeksiyona ait sistemik bulguların varlığında veya lokal tedaviye yanıt alınamadığı durumlarda,

Selülit varlığında veya osteomyelitten şüpheleniliyorsa sistemik antibiyotikler başlanmalıdır.

Gecikmiş yara iyileşmesi de yara yerinde enfeksiyonu akla getirmelidir.

Enfeksiyonun tedavisi

Bası yaralarında en sık osteomyelit ve bakteriyemi görülür.

Bakteriyemi sıklıkla sistemik semptomlarla birlikte görülürken, osteomyelit sınırlı gelişebilir.

Her aşamada etken mikroorganizmanın gösterilmesi için kültür alınmalıdır. Kan kültürü ve derin doku biyopsi örneği aspirasyon örneklerine göre klinik olarak daha anlamlı sonuçlar vermektedir.

Uygun beslenme desteği

Protein ve toplam kalori alımı, hidrasyon durumu, serum albumini / prealbümin değerleri dikkate alınarak beslenme sağlanmalı

Artan diyet protein alımı da iyileşmeyi hızlandırmaktadır. Protein hedefi genellikle 1.5 g / kg / gün olarak hesaplanmalıdır.

C vitamini ve çinko takviyesi iyileşmeyi hızlandırmak için sıklıkla kullanılır, ancak etkinlikleri kesin olarak ispatlanmamıştır.

Uygun beslenme desteği

95 uzun süreli bakım kuruluşunda, dekübit ülseri olan 882 hastanın retrospektif bir kohort çalışması, toplam kalori alımının en az 30 kcal / kg olduğunda iyileşmeyi sağladığını ve evre 3 ve 4 basınç ülserlerinin boyutunu azalttığını göstermiştir.*

*Bergstrom N, H. S., Smout RJ, Bender SA, Ferguson ML, Taler G, Sauer AC, Sharkey SS, Voss AC "The National Pressure Ulcer Long-Term Care Study: outcomes of pressure ulcer treatments in long-term care."

Diğer tedavi yöntemleri

Elektro stimölasyon

Negatif basınçlı yara terapisi

Terapötik ultrason

Hiperbarik oksijen

Topikal oksijen ve büyüme faktörleri

Kök hücre teknolojileri

Cerrahi tedavi

Evre 3 ve 4 dekübit ülserlerinde yara kapanması için cerrahi girişim gereklidir.

Genelde ülser bölge tümüyle eksize edildikten sonra çeşitli cerrahi tekniklerle greft veya flap önerilir.

Önleme

Hafif riskli (15-18 puan) hastalarda;

Mobilizasyon artırılmalı

Topuklar korunmalı

Hasta yatağına bağımlı ise en az iki saatte bir, tekerlekli sandalyeye bağımlı ise saat başı pozisyon değiştirilmeli ve basınç azaltıcı destekler kullanılmalı

Pozisyon verilirken sürtünme, yırtılma ile dokunun hasar görmesi engellenmeli

Dizlerin ve ayak bileklerinin birbirine sürtünmesini önlemek için bacak araları yastık ya da köpük kenarlıklarla desteklenmelidir.

Deride çatlakların oluşumunu engelleyecek yeterli nem sağlanmalı

Önleme

Orta riskli (13-14 puan) hastalarda yukarıdaki önlemlere ek olarak köpük kenarlıklarla desteklenmiş 30° yan yatış pozisyonu verilmeli

Yüksek riskli (10-12 puan) hastalarda bahsedilen önlemlere ayrıca 15-20 dakikada bir küçük vücut hareketleri eklenmeli

Çok yüksek riskli (0-9 puan) hastalarda tüm bahsedilen önlemlere basınç rahatlatıcı yatak ve minderler eklenmeli

Önleme

Periferik arter hastalığı olanlarda hipotansiyonu tedavi etmek, vazokonstriktif ajanların sınırlandırılması, kardiyak kontraktileti iyileştirmek veya revaskülarizasyon cilt perfüzyonunu iyileştirmek için önemlidir.

Yeterli beslenme, hem ülser oluşumunu önlemeye hem de erken evre ülserlerin iyileşmesine yardımcı olabileceği düşünülmektedir.

Kontrendikasyon olmadığı sürece risk altındaki bireylere yaklaşık 1,2-1,5 g/kg/gün protein alımı önerilmektedir.

Cilt günlük incelenmeli

Temiz tutulmalı, aşırı kuruluk ve nemden kaçınılmalı

Tedavinin değerlendirilmesi

Tablo 1. "Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH)"							
Boy x genişlik cm²	0 0	1 < 0.3	2 0.3-0.6	3 0.7-1.0	4 1.1-2.0	5 2.1-3.0	Toplam
		6 3.1-4.0	7 4.1-8.0	8 8.1-12.0	9 12.1-24.0	10 > 24.0	
Eksüda	0 Yok	1 Hafif	2 İlimli	3 Fazla			Toplam
Doku tipi	0 Kapalı	1 Epitelyum	2 Granülyasyon	3 Kabuk	4 Nekrotizan doku		Toplam
Genel toplam							

Özet

Risk faktörleri ??

Evreleme ??

Önleme ??

Kaynaklar

- 1-Dan Berlowitz, M., MPH "Epidemiology, pathogenesis, and risk assessment of pressure ulcers."
- 2-Dan Berlowitz, M., MPH "Clinical staging and management of pressure-induced skin and soft tissue injury."
- 3-Dan Berlowitz, M., MPH "Prevention of pressure-induced skin and soft tissue injury."
- 4- The National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), " Pressure Injury Prevention Points"
- 5-Sevnaz Şahin, F. A. "Yaşlı Hastada Bası Yaraları Önleme, Tanı ve Tedavisi."
- 6-Oğuz, D. D. O. "Dekubitus Ülserleri, Geriatrik Hasta ve Sorunları Sempozyumu ".