

DECUBİTUS YARASI

Dr. Kemal Karakaş (x)

Dr. Burhanettin Savan (xx)

ÖZET

Decubitus yarasının tarif ve tasnifi yapılarak oluşunu kolaylaştıran faktörler belirtilip, yaranın önlenmesi ve tedavisi hakkında bilgi verilmeye çalışıldı.

Tarif: Arterioller basınçtan fazla bir basıncın dokuya uzun süre tatbiki sonucu meydana gelen yaraya decubitus yarası denir.

Decubitus yarası bilhassa kemiklerin yüzeyel seyrettiği sacrum üzerindeki deride ve kalçalarda gelişir. Fakat coc-

cix, dirsek, diz, malleoller ve topuklarda da görülür. Decubitus yarası kemiklerin yüzeyel seyrettiği kısımlarda daha fazla görüldüğü için vücudun bazı bölgelerinde daha sık gelişmektedir. Anatomik lokalizasyona göre yerleşim sıklığı yüzde olarak tablo: 1 de verilmiştir.

Tablo- 1: Yara yerleşim dağılımı (%)

Trokanterik	19
İskial	21
Sakral	15
Sırt	2
Topuklar	15
Dizler	5
Ayak bilekleri	7
Kasık bölgesi	1
Alt ekstremitte (çeşitli)	9
Üst ekstremitte (çeşitli)	1
Diğer yerler (scapula, sternal. perinal)	4

(x) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi K. Uzmanı

(xx) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği Öğretim Üyesi ve Başkanı

Decubitus yarasının gelişmesini kolaylaştıran faktörler: Hareketsizlik, spastisite, hipoproteinemi, kaşeksi, vitamin noksanlıkları, uygun olmayan yatışlar, oturmalar, minder ve yastıklar, çevrenin aşırı rutubeti, derinin maserasyonu, ayrıca gaita ile kontaminasyonlar, sürtünmeler, çeşitli kimyevi, termal ve mekanik travmalar, ektoptik kalsi kalsifikasyonlar, periferik damar hastalıkları, ortostatik hipotansiyon, diabetes mellitus ve diğer metabolik bozukluklar, mental depresyon, hayata ve yasama ilgisizlik ve psikososyal uyumsuzluklardır.

Decubitus yarasının tasnifi: Birimiz'in (8) hazırladığı ve mutabık olduğumuz doku durumuna dayanan bir tasnifi sunuyoruz.

1. Derece: Hadise yalnız epidermistedir. Epidermis hafif yükselmiş bir bül görünümündedir. (2 nci derece bir yanığın yüzeysel şekli gibi) Özel itina ile kendiliğinden iyileşebilecek bir yaradır.

2. Derece: Dermis afetzededir. Hadise tüm deri kalınlığı seviyesine henüz varmamışsada çok az bir kısım selim kalmıştır. Nekroz ve eskar formasyonu sık görülür. Eğer yara küçükse kendiliğinden iyileşir. Geniş ise granlasyon yetersizliğinde deri yaması (gref) ihtiyacı kaçınılmazdır.

3. Derece: Cilt yağ dokusu kısmi, yada tam olarak hadiseye iştirak etmiştir. Debritlemanın gerekli olduğu sık müşahade edilen bu tip yaraların daha sonra cerrahi reparasyonu şarttır. Fakat her zaman bu durum hasil olmayabilir.

4. Derece: Yara derin dokuları içine almıştır. Bu iki küçük guruba ayrılır.

A- Derin yumuşak dokular afetzededir (Bursa, fascia, adele, tendon).

B- Artık kemik ve eklemlerde afetzede olmuştur. Tüm 4 nci derecede cerrahi müdahale şarttır. Bu 4 nci derece decubitus yaralarında bazen yaradan eklem boşluğuna, üretraya, rektuma ve diğer iç organlara kadar vuran füstül gelişmesi olabilir

Hastalar zamanlarının büyük bir kısmını tekerlekli sandalyede geçirdiklerinden bunlarda yaralar daha çok tuber iskiüm üzerinde gelişir. Bundan daha az olarak trokanter, sacrum, topuk, ayak bileği ve dizlerde gelişir.

Yara çevresindeki deride ödem, kızarıklık, endurasyon, nedbe, çevre adalelerde işe spastisite, ektoptik kalsifikasyon ve fibröz kontraktürler, komşu kemik ve eklemlerde muhtemel deformite, osteomivelit, subluksasyon, dislokasyon, artritis ve kırıklar, damarlarda arterioskleroz gelişebilir.

Laboratuvar çalışmaları: Her vak'ada kan sayımı, kan kimyası, idrar tahlili ve yaradan kültür çalışmaları yapılmalıdır. Yarada yaklaşık olarak % 50 vak'ada birden fazla organizma tesbit edilir. Mantarlar ve bira mayası çok seyrek görülür. Proteus tesbit edilen vak'ada mutlaka idrarla kontaminasyon düşünülmelidir.

Biyopsi çalışmaları: Doku biyopsisi şüpheli hallerde mutlaka yapılmalıdır.

Decubitus yarasının önlenmesi

Hastaların uzun süre basınçtan korunması gerekir. Bunun için gece ve gündüz heriki saatte bir dönmesi veya

döndürülmesi icab eder. Foster ve Str-yker vücut döndürücüleri bilhassa has-tahanelerde bu iş için çok faydalıdır. Bu arada bir çok yastıkların kullanıl-ması ile hasta daha rahat hale getirilir. İçi kavuçük köpüklerde doldurulmuş yataklar basınç rahatsızlığını ileri de-recede azaltabilir. Toraci (12) deney hayvanlarını su yatağı üzerine yerleş-tirdiğinde görünür basınç yaraları or-taya çıkmadan tek pozisyonda 38 gün yaşadığını yazmaktadır. Walden (9) 38 hastada decubitus ülserlerinin tedavi-sinde jel kompreslerinin etkilerinin bir yıldan uzun çalışmasını yapmıştır. Bu 38 hasta şifa yurdundan rastgele seçilmiş zayıf multibl decubitusu olan hastalar olup bunlardan 27 sinin tamamen iyi-leştirilebildiğini belirtmektedir. Değişen basınçlar uygulayan havalı yataklarda, basınç yarasının önlenmesinde sevile-rek kullanılmaktadır. Son zamanlarda koyun deriside kullanılmaya başlanmıştır. Koyun derisi yatak ile hasta arasın-da bir miktar hava sirkülasyonunu sağ-lar. Koyun derisi vücudun geniş bir yüzeyi üzerine dağılan basınç verme kabiliyetinde olan esnek kuru bir mad-dedir. Ayrıca yıkanıp ütülenebilir. Ru-tubet yünün kuru süngerleşmiş niteliği vasıtası ile dağıtılıp emilir. Yanlız dez-avantajı olarak hastaları sıcak tutup rahatsız etmesidir.

Lokal bakım olarakta cilt günde en az iki defa yıkanmalı ve kurulan-malıdır. Talk pudrası ile kaplanmalıdır. Sahada her hangi bir kırmızılık olup olmadığı sıklıkla gözlenmelidir. İdrar sondası veya prezervatif kullanılarak cildin idrarla irritasyonu önlenmeye çalışılmalıdır.

Paraplejik hasta tekerlekli san-dalyede oturduğu zaman ağırlığını her

30 dakikada bir yukarı kaldırmalı ve her iki saatte bir 15 dakika uzanmalı-dır. Hastaların çoğu için 4 inç kalın-lıkta içi boş kauçuk köpüklü minder-lerle istkial sahaların korunmasına ö-nem verilmelidir. İçi hava, sıvı ve kau-cuk süngerle doldurulmuş şilteler has-tanın altına konmalıdır.

Spastisiteyi de önlemek gerekir. Bunun için intratekal fenol enjeksiyo-nu, Diazepam ve Dantrelene Sodyum, Lioresal faydalıdır. Bunlarla kontrol altına alınamazsa periferik nörektomi veya T-10 dan L-2,5 şe kadar rizotomi yapılır. Son zamanlarda rizotominin spastisiteyi başarılı bir şekilde ortadan kaldırdığı söylenmektedir. Fakat ön-ce intretekal fenol enjeksiyonunu de-nemelidir. Eğer fenol verilmek isten-mezse, rizotomi yapılmalıdır. Obturator nörektomi ve femoral sinir ezil-mesinin rizotomi ile yıkılmış seksüel fonksiyon ve mesaneye faydalılığı sı-nırlıdır. Ülserin cerrahi tamirinden ön-ce spastisitenin kalkması esastır. Aksi halde daha geniş ve derin ülser boşluğu meydana gelir.

Motor foksiyonları olan hastalar, genel durumu müsaade eder etmez yürümeye başlamalıdır. Paraplejik has-talar erkenden paralel barda veya kol-tuk değeneği ile yürümeye başlatıl-malıdır.

Decubitus Yarasının Tedavisi :

Tedavi bir ekip işidir. Bu ekipte dahiliyeci ve cerrahi yanında, hemşire ve yardımcıları, diyetisyen, psikiyatrist ve psikososyal uzman bulunmalıdır.

Diyet Tedavisi: Her tedavide ol-duğu gibi decubitus yaralı hastaların fena gıda almaları, hipoproteinemi

ve vitamin noksanlığı ile mücadele edilebilir. İlk akla gelecek yol, yüksek proteinli diyet ve vitamin vermek olacaktır. C vitaminini özellikle 1-2 gram dozunda vermeyi unutmamak gerekir.

Decubitus - Yarasının Lokal Tedavisi: Lokal olarak yaraya aşağıdaki topikal ajanlardan birisi veya bir kaç denenebilir. Bunlar; toz şeker, tuzlu solusyonlar, sabunlar, kremler, tentürler, losyonlar, doku büzücüler, lokal debritleme ajanları, antiseptikler, yumurta akı mikstürleri, antibiyotikler ve basınçlı oksijendir.

Verkonik (10) altı hastanın yarasına toz şeker tatbik ettiğini ve bu tatbik işlemi 24 saatte bir tekrarladığını, altı hafta içinde bu altı hastada yaraların süratle iyileştiğini bildirmektedir.

Klauder ve Gross (1) yaraya sabun kullanarak deri PH'nın alkaliye değiştiğini ve bu suretle yaranın iyileşmesinin hızlandığını söylemektedirler.

Lokal olarak yaraya Zinc Crem, Silicone Cremde tatbik edilebilir. 15 mHg. basıncında ve dakikada 12-15 litre oksijen günde üç defa onbeş dakikalık periyodlar halinde yaraya tatbik edilmekle dört haftalık bir tedavi neticesinde yaranın iyileşmesi süratlendirilebilir. Sayısız maddeler yaranın üzerine antiseptik gaye ile kullanılabilir. Yüzeysel yaralarda lokal temizleme, derin yaralarda irrigasyon yapılmalıdır. Irrigasyon için bilhassa, Psödomonas infeksiyonunda asetik asit (% 0,25) solusyonu kullanılır. Hem gram (+) hem de gram (-) bakteriler için yara sulandırılmış Dakin solusyonu, aneoraplar içinde hidrojen peroksit kula-

nılır. Sulanan yaralara % 1 lik rivanolu pansuman uygulanabilir.

Yaraların tedavi ve korunmasına döndürme, masaç, ültroviyole laması, vibratör gibi fizik metodlarla yardımcı olunmalıdır Russell (10) yaraya şeker, antiseptik solusyon ve ültroviyole lamba kullanarak yaranın süratle iyileştiğini söylemektedir.

Debridman: Granulasyonun gecikmesine ve iyileşmenin engellenmesine sebep olan ölü infeksiyon kaynağı dokuları, keserek yada elerokoterle çıkarmalıdır. Cerrahi müdahaleyi kabul etmeyen hastalara enzimatik debritleme tatbik edilebilir. Kuru eskarı gevşetmede kollagenaz, nekrotik adaleyi gevşetmede ise tripsin ve kimotripsin tercih edilmelidir.

Klinik olarak yara bakteriolojik yönden temizlenmeli ve mümkün meritebe iyi değerlendirilmelidir. Yara derinleşmemiş, fibröz halka ile sarılımış ve altındaki bursa yada kemiğe yaklaşmamış ve kalsifiye olmamış ise, kendiliğinden iyileşebilir. Çok sayıda lokal merhemlerin yarayı stimüle eder diye tatbikine gerek yoktur. Şayet yara konservatif tedaviye cevap vermiyorsa cerrahi yönetime baş vurulmalıdır. Ya yılmış, bursitis ile iştirakli ve akut süpürasyon gösteren yaralarda özel drenaj yapılmalıdır. Yüzeysel yaralar granulasyon ile iyileşebilir sede derin ve granulasyon iyi iyileşmesi geciken yaralarda, değişik tipte greft kullanılarak yara kapatılmalıdır. Fibröz halka sebebiyle yara iyileşmemiş altındaki bursa ve kemiğe kadar varırsa, o zaman eksizyon yapıp defekt kapatılmalıdır. Tam bir eksizyon için metilen mavisi bir pete emdirilip yaraya yer-

leştirilmelidir. Daha sonra boyanan yalancı kitle bu suretle tümüyle çıkarılabilir. Eksizyondan sonra eğer yaranın ağızları karşılıklı yaklaştırılabiliyorsa suture edilir. Buna ilave olarak bir iki adet retansiyon dikişide konabilir. Kenarları yaklaşmayan yaraları kapatmak için vak'asına göre, yara greft ile kapatılır.

Kötüleşen, osteomyeliti kontrol altına alınamıyan vak'alarda amputasyon gerekir.

Stewart'ın (23) decubitus yarası bulunan 1720 hastaya uyguladığı çeşitli cerrahi müdahaleler tablo: 2 de verilmiştir.

Tablo: 2. Cerrahi Müdahaleler.

Tipi	Total	İskial	Trokanterik	Retrotrokanterik	Sakral	Diğerleri
İnsizyon ve drenaj	164	49	53	5	13	44
Eksizyon ve kapama	642	221	175	25	126	95
Debridman	51	11	18	0	15	7
Gömme greft	22	0	11	0	9	2
Ostektomi	222	105	72	3	28	14
Deri Grefti	307	91	54	7	65	90
Flepler (Cildli ciltsiz)						
Rotasyon flep	32	13	0	0	17	2
Transpozisyon flep	9	0	4	0	2	28
Lokal flep	239	49	9	48		5
Dermal Yağ Tübüleri	9	9	0	0	0	0
Tübüleri tipinde flep	11	0	2	1	3	5

Yukarıdaki tablodan anlaşılacağı gibi decubitus yaraları durumuna göre çeşitli cerrahi metodlarla kapatılarak iyileşmesi sağlanabilir. Fakat decubitus

yarası, hasta personeli için teknik marifet, vicdanî gayret, hastaya çok yakın yaklaşım ve bıkmıyen sabırla ancak iyileştirilebilir.

Zusammenfassung

Zunächst wird hier die Decubitus-Wunde bestimmt und nach den Klassifikationen eingeteilt. Dann sind die Faktoren festgestellt, welche die Ent-

tstellung dieser Wunden erleichtern. Ausserdem gibt dieser Aufsatz über die Verhinderung und Behandlung der betreffenden Wunde Erklärungen.

LITERATUR

- 1- Berecek, K. H.: Treatment of Decubitus Ulcers; Nurs clin North Am. 10: 171-210, Mar. 1975.
- 2- Bliss, MR, et al., Preventing Pressure sores in Hospital: Controlled Trial of a Large-celled Ripple Matters Brit med S: 1: 394-7, Feb. 1967.
- 3- Chow AW, et al., Clindamycin for Treatment of Sepsis Caused by Decubitus Ulcers; J. infect Dis 135: 565-568, Mar. 1977.
- 4- Costagloiola M, et al., The Closure of sacrum Bed-Sores Using the so Called Diamond-Shaped Plasty LLL; Ann Chir Plast 20: (1) 53-9, 1975.
- 5- Christopher, Davis, Text Book of Surgery S: 151-436, 1977.
- 6- Delateur, Bj., et al.: Wheelchair Cushions Designed to Prevent Pressure Sores: An Evaluation Arch Phys Med. Rehabil 57 (3): 129-35, Mar. 1976.
- 7- (Editorial Sore Points: Lancet 1 (9020): 1042-3, 14 May. 1977.
- 8- El-Toraie, I., et al: The Management of Pressure Sores, J. Dermatol Surg. Oncol 3 (5): 507-11 Sept. Oct., 1977.
- 9- Gerson, LW.,: The incidence of Pressure Sores in Active Patients Hospitals Int J Nurs Stud 12 (4): 201-4, 1975.
- 10- Griffith, BH.,: Modern Trends in Plastic Surgery Pressure Sores. Mod. Trends Plastic Surg. 2: 150-63, 1966.
- 11- Fowler, LP. et al.: Decubitus Ulcer Management A Simple Program; 47 (5): 46-7, Nov. 1977.
- 12- Hellner, H. et al.: Lehrbuch der Chirurgie, Georg Thieme Verlag Stuttgart 1970.
- 13- Hoehn, SG. et al: The Use of Limberg Flaps for Repairing Small Decubitus Ulcers Plast Reconstr Surg; 60 (4): 548-57 Oct., 1977.
- 14- Howard, F. Conn: Current Therapy S: 595-596, 1978.
- 15- Lang, C. et al: Gelfoam for Decubitus Ulcers; Am. S. Nurs; 74: 460-1, Mar. 1974.
- 16- Lien, IN, et al: Topical Use of Ascorbic Acid in The Management of Pressure sore J, Formosan Med. Assoc. 75 (4): 243-250, Apr 1976.
- 17- Manizade, D., Dimilloer, I.: Cerrahi ve tıbbikati. (çeviri) Bilgi Basım ve Yayın Evi İstanbul; S: 74-75, 1955.
- 18- Morgan, J E.: Recurrence of Pressure Ulcers, A Study of Five Ca-

- ses; jama: 236 (21): 2430-1, 22 Nov 1976.
- 19- Pearlman, NW. et al.: Hemi corporectomy for intractable Decubitus Ulcers; Arch Surg: 111 (10): 1139-43, Oct. 1976.
 - 20- Rubin, CF. et al.: Auditing (he Decubitus Ulcer Problem, Am. j. Nurs; 74 (10): 1820-1, oct 1974.
 - 21- Seymour, I. Schwartz; principles of Surgery, S: 1958-60, New York 1974.
 - 22- Stallings, jc. et al: Turnover island Flap of Gluteus Maximum Muscle For the Repair of Sacral Decubitus Ulcer; Plast Reconst Surg; 54: 52-4, jul 1974.
 - 23- Stewart, P. et al: Bridging in An Effective and plactical Method of Preventive Skin Care for The immobilized Person; South, Med. j. 69 (11): 1469-73, Nov 1976.
 - 24- Umi, M. et al. § Bed Scres in Various Neurological Diseases; jpn. j. Geriatr; 14 (2): 110-4, Mar. 1977.
 - 25- Walldroff, S.: Significant Changes in the Care of Patients With Decubiti, ORC; 2 (11): 14-5, 23 Nov 1976.
 - 26- Wetten, i. B. V.: Pressure Sores, Prevention and Zreatment. Gerontol Clin (Ba el): 15, 234-46, 1973.