



Yara Tipleri, Kronik Yaralar ve Yarada Evreleme

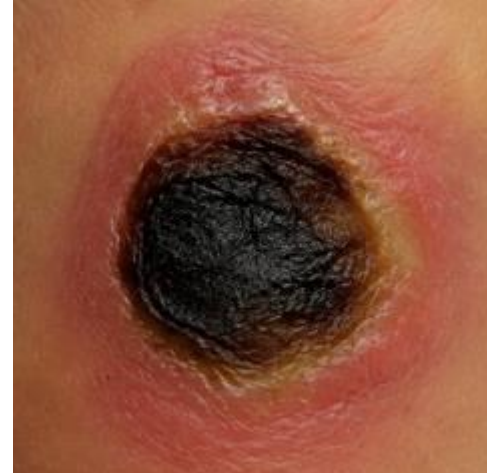


Dr. Derya KORKMAZ

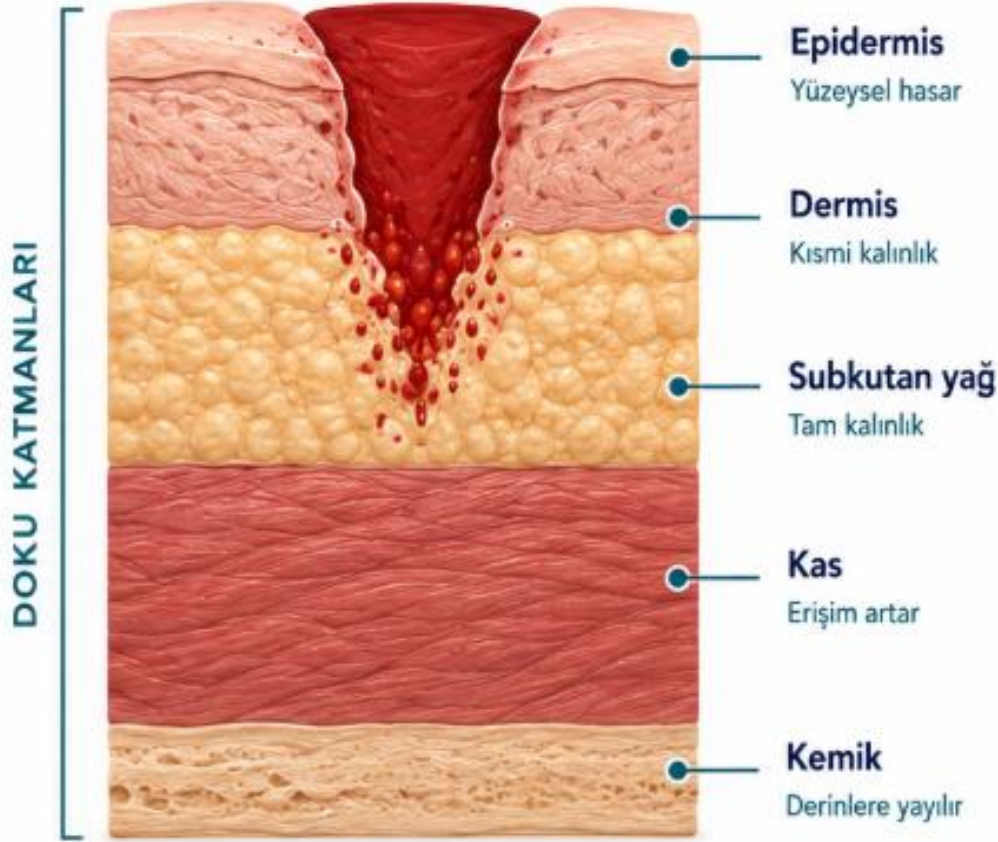
Temel Kavramlar

YARA,

- Deri ve deri altı dokusunun normal yapı ve fonksiyonunun bozulması
- Klinik
- Etiyolojik
- Tedavi yöntemi



DERİ KESİTİ – DOKU KATMANLARI VE YARA DERİNLİĞİ



DERİNLİK

Yüzeysel - kısmi - tam kalınlık

Kayıp epidermisle mi sınırlı,
yoksa kas ve kemiğe mi ulaşıyor?
Tedavi stratejisini ve iyileşme
sürecini doğrudan belirler.

GELİŞİM SÜRECİ

Akut - kronik

Akut yara öngörülebilir sürede
kapanır; kronik yarada iyileşme
beklentisi düşer ve altta yatan
neden araştırılır.

ETYOLOJİ

**Diyabetik - venöz -
arteriyel - bası**

Yaranın asıl nedenini ortaya koyar;
tedavinin gerçek hedefini
(kanşekeri, revaskülarizasyon,
bası kaldırma) tanımlar.

ENFEKSİYON

Temiz - kontamine - enfekte

Biyoyük ve doku canlılığı;
antibiyotik başlama ve debridman
kararını yönlendiren en kritik
eksenlerden biridir.

Akut Yara mı, Kronik Yara mı?

AKUT YARA

- Travmatik veya cerrahi kökenli, çoğunlukla temiz
- Düzenli biyolojik sıralama:

hemostaz → inflamasyon → proliferasyon → olgunlaşma

- İyileşme sürecine iyi yanıt verir

KRONİK YARA

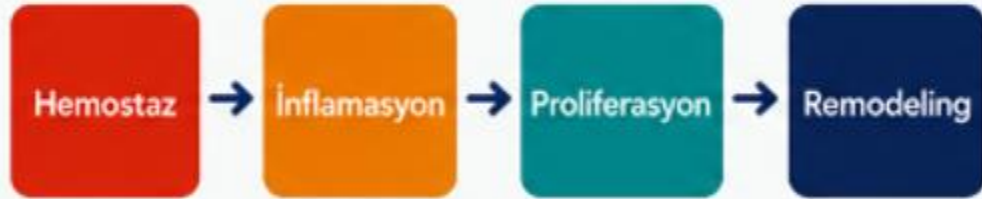
- Geç / güç iyileşen ya da iyileşmeyen yara
- Pratik tanım: 6–8 haftada iyileşmeyen

veya 4 haftada iyileşme belirtisi göstermeyen

- Altta daima bir neden vardır: damar, diyabet, enfeksiyon, bası, malnütrisyon...

- ✓ Kronik yaralar nedenleri farklı olsa da iyileşmeyi durduran benzer sorunları paylaşır:
- ✓ Ölü doku, Bozuk nem dengesi ve **Biyofilm**.
- ✓ Bu yüzden tedavinin temel adımları ortaktır.
- ✓ **Debridman**, Nem dengesi, **Biyofilm** kontrolü...

İYİLEŞMENİN NORMAL FAZLARI



Kronik yara bu sıralamada **inflamasyon fazında** takılıp kalır.

UZAMIŞ İNFLAMASYON

Aşırı pro-inflamatuar sitokinler (IL-1 β , TNF- α); proliferasyon fazına geçilemez

MMP DENGESİZLİĞİ

MMP-1/2/8/9 artar, TIMP azalır → matriks ve büyüme faktörleri yıkılır

HÜCRESEL SENESANS

Fibroblast ve endotel hücreleri PDGF, TGF- β , EGF'ye yanıt vermez

BİYOFİLM

Matrikse gömülü, antibiyotiğe dirençli bakteri toplulukları

PERSİSTAN HİPOKSİ

Bozuk perfüzyon + iskemi-reperfüzyon; ROS hasarı derinleşir

İyileşen Sağlıklı Doku

Nemli yara ortamı

Seröz, temiz, ideal nem dengesinde zemin — ne çok kuru ne masere edici



Doku için en uygun iyileşme zeminini oluşturur.

Granülasyon dokusu

Parlak kırmızı, tomurcuklu, frajil; bol fibroblast, kollajen ve yeni kapiller



Yeni doku oluşumunun temel göstergesidir.

Epitelizasyon

Kenarlarından keratinositlerle kapanma; açık renkli ince tabaka



Yara yüzeyinin yeniden bütünleştiği son aşamadır.

Yara Yatağının Değerlendirilmesi

BULGU	GÖRÜNÜM	KLİNİK ANLAMI	
Gangren		Siyah, kuru; demarkasyon hattı var	İrreversibl ölüm; perfüzyon değerlendirilir
Nekrotik doku		Koyu gri tabaka, pis kokulu	İyileşmeyi engeller, enfeksiyonu artırır
Eschar		Koyu, meşin gibi tam kat kuru yapı	Granülasyon/nem dengesini bozar (iskemide dikkat!)
Fibrin		Kirli sarı, tabana yapışık tabaka	İyileşmeyi durdurur, enfeksiyon yükü artar
Masere doku		Aşırı ıslanmış, beyazlaşmış cilt	Çevre cildi bozmaya yatkın kılar
Patolojik akıntı		Pürülan, hemopürülan, hemorajik	Enfeksiyon veya doku hasarı göstergesi



Yara yatağının uygun değerlendirilmesi, etkili tedavi ve iyileşme için kritik öneme sahiptir.

Kronik Yara Multidisipliner Bir Sorundur



Venöz Ülser

Venöz Ülser Patofizyolojisi

Kronik alt ekstremite ülserlerinin en sık nedenidir: **Venöz Yetersizlik**



Ambulatuvar Venöz Hipertansiyon

Valvüler kaçış veya baldır kas pompası disfonksiyonu sonucu kapiller yatakta hidrostatik basınç artışı.



Kapiller Kaçış & Fibrin Kelepçe

Distal dokularda genişleyen endotel aralıklarından plazma proteinlerinin sızması ve doku perfüzyonunu engelleyen fibrin birikimi.



Hemosiderin Pigmentasyonu

İnterstisyel alana sızan eritrositlerin yıkımıyla salınan demirin oluşturduğu tipik kahverengi–mor renk değişimi.

Patofizyolojik Süreç

Sağlıklı Kapaklar

Venöz dönüşü desteklenir



Kapak Yetersizliği

Geri kaçış ve venöz basınç artışı



Venöz Hipertansiyon

Kapiller sızıntı, ödem ve inflamasyon



Ülser Oluşumu

Doku hasarı ve kronik venöz ülser



Medial malleol yerleşimli venöz ülser

Klinik Özellikler ve Tanı

→ **Lokalizasyon:** medial malleol çevresi — “gaiter / tozluk” bölgesi

→ **Sınırlar düzensiz;** yara sığ, granülasyon var ama slough da olabilir

→ **Belirgin ödem;** eksüda miktarı genellikle fazla

→ **Ağrı:** elevasyonla hafifleyen künt sızı / ağırlık hissi

→ **Çevrede** hemosiderin, lipodermatoskleroz, venöz egzama



Erken tanı ve uygun tedavi, **yara iyileşmesini hızlandırır** ve tekrarlama riskini azaltır.



Klinik Evreleme: CEAP Sınıflandırması

CEAP, kronik venöz hastalığın klinik şiddetini standardize eden uluslararası sınıflama sistemidir.

C0	C1	C2	C3	C4a	C4b	C5	C6
Görünür/palpabl klinik belirti yok	Telenjektazi veya retiküler venler	Variköz venler (genişlemiş, kıvrımlı)	Venöz ödem (cilt değişikliği yok)	Pigmentasyon (hemosiderin) veya venöz egzama	Lipodermatoskleroz veya Atrophie blanche	İyileşmiş venöz ülser	Aktif / açık venöz ülser (müdahale edilen evre)
							



Erken Evre (C0–C3)

- Venöz yetmezlik bulguları
- Varis gelişimi
- Ödem



İleri Evre (C4–C6)

- Doku ve cilt değişiklikleri
- Lipodermatoskleroz ve pigmentasyon
- Venöz ülser gelişimi ve nüks riski



CEAP evrelemesi, tedavi planlaması, risk değerlendirmesi ve takipte rehberdir.

Venöz Ülserde Tanısal Yaklaşım

Venöz Doppler Ultrasonografi

Tanıda temel görüntüleme yöntemi

- Venöz reflünün gösterilmesi
- Venöz obstrüksiyonun değerlendirilmesi
- Derin ve yüzeysel ven sisteminin incelenmesi

ABİ (Ayak Bileği-Kol İndeksi)

Kompresyon öncesi arteriyel dolaşım değerlendirilmelidir

ABİ	Klinik yorum
> 0.8	Kompresyon uygulanabilir
0.5 – 0.8	Dikkatli yaklaşım
< 0.5	İleri arteriyel yetmezlik

CEAP Evreleme

Venöz hastalığın klinik şiddetini tanımlar

Normal görünüm → Aktif venöz ülser



ABİ ölçülmeden kompresyon tedavisine başlanmamalıdır.

Venöz Ülserde Tedavi

Kompresyon

Tedavinin temel taşı

- İyileşmeyi hızlandırır
- Nüksü azaltır

İlaç Tedavisi

- Analjezik
- Klinik enfeksiyon varsa antibiyotik

Yara Bakımı

- Yara yatağı hazırlığı
- Nem yönetimi

Endovenöz Tedaviler

- Ablasyon
- Endovenöz lazer
- Skleroterapi

Cerrahi

- Dirençli olgular
- Yüzeysel ven yetmezliğinin düzeltilmesi



Tedavinin amacı yalnızca ülseri kapatmak değil,
venöz hipertansiyonu düzeltmektir.

Arteriyel Ülser

ETYOLOJİ VE PATOFİZYOLOJİ

RİSK FAKTÖRLERİ



Ateroskleroz
(Periferik arter hastalığı)



Diyabet mellitus



Sigara kullanımı



Kronik böbrek hastalığı



Hipertansiyon, dislipidemi ve diğer kardiyovasküler riskler



Ateroskleroz ve diğer risk faktörleri; arterlerde daralma veya tıkanmaya yol açar.
Perfüzyon azalır, doku **iskemisi** gelişir ve sonuçta **nekroz** ve **ülser** oluşur.

Arteriyel Ülser

LOKALİZASYON

- Parmak uçları
- Parmak araları
- Topuk
- Lateral malleol
- Ayak dorsumu

GÖRÜNÜM

- Sınırlar keskin
- Zimba deliği ile delinmiş görünüm
- Yara yatağı derin
- Kuru nekrotik eskar, granülasyon yok

ÇEVRE DOKU

- Eksüda minimal veya yok
- Cilt soğuk, soluk, parlak, kılsız
- Tırnaklar kalın

AĞRI

- Şiddetli istirahat ağrısı
- Elevasyonla artar, sarkınca hafifler



Parmak ucunda nekrotik ülser



Lateral malleol ülseri



Kuru nekrotik eskar



Zimba deliği ile delinmiş görünüm



ÖNEMLİ BİRLİKTELİK

Arteriyel ülserlerin ~%50'si diyabetik ülserlerle birlikte görülür.
Diyabetik ayak ülserinde perfüzyon mutlaka değerlendirilmelidir.

Evreleme: Klinik İlerleyiş

Arteriyel hastalıkların evrelemede klinikte yaygın olarak **Rutherford** ve **Fontaine** sınıflamaları kullanılır. Bu sınıflamalar; semptomların şiddetini, hemodinamik durumu ve doku kaybı varlığını temel alarak hastalığın evresini belirlemeye yardımcı olur.



Tanısal Yaklaşım

Nabız muayenesi

Periferik nabızların palpasyonu; nabız zayıf veya alınamıyorsa periferik arter hastalığını düşündürür.

ABI (Ayak Bileği – Kol İndeksi)

Ayak bileği sistolik basıncının kol sistolik basıncına oranıdır. ≤ 0.90 periferik arter hastalığını düşündürür.

Doppler USG

Arteriyel kan akımı ve darlık/oklüzyonun yeri ve şiddetini değerlendirmede non-invaziv yöntemdir.

BT/MR anjiyografi

Arterlerin detaylı anatomisini gösterir; darlık/oklüzyonun yaygınlığını ve revaskülarizasyon planlamasında yol göstericidir.



Periferik arter hastalığının **erken ve doğru değerlendirilmesi**, uygun tedavi ve ülser iyileşmesi için **kritik öneme sahiptir**.

Arteriyel Ülser Tedavisi

Tedavinin temel amacı:
“Yarayı değil, kan akımını tedavi et.”

REVASKÜLARİZASYON

Tedavinin temel taşıdır.
Endovasküler veya cerrahi yöntemlerle kan akımı yeniden sağlanır.

YARA BAKIMI

Nekrotik dokunun yönetimi.
Uygun pansuman ve yara ortamının sağlanması.

RİSK FAKTÖRÜ KONTROLÜ

- Sigara bırakılması
- Diyabet kontrolü
- Kan basıncı kontrolü
- Lipid düşürücü tedavi
- Antiagregan tedavi

ENFEKSİYON TEDAVİSİ

Klinik enfeksiyon varsa antibiyotik tedavisi.
Gerektiğinde cerrahi debridman.



Revaskülarizasyon sağlanmadan yara tedavisi çoğu zaman başarısızdır.

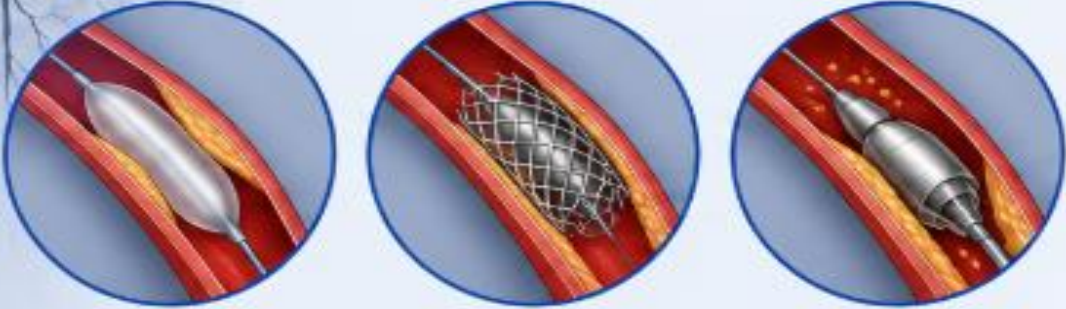
Revaskularizasyon Yöntemleri

KRONİK EKSTREMİTE İSKEMİSİ

REVASKÜLARİZASYON

ENDO VASKÜLER TEDAVİ

- Balon anjiyoplasti
- Stent uygulaması
- Atherektomi (seçilmiş olgular)



Daha az invaziv, kısa iyileşme süresi

CERRAHİ TEDAVİ

- Femoropopliteal bypass
- Distal bypass
- Endarterektomi



Uzun segment ve kompleks lezyonlarda tercih edilir

Amaç: ekstremitayı kurtarmak ve yara iyileşmesi için yeterli perfüzyonu yeniden sağlamaktır.

Lenfödem Ülseri

Etiyoloji ve Patofizyoloji

Primer lenfödem • Cerrahi • Lenf nodu diseksiyonu • Radyoterapi • Malignite • Tekrarlayan enfeksiyonlar

LENFATİK HASAR

Lenf damarlarında hasar veya gelişimsel bozukluk



LENF DRENAJİ BOZULUR

Lenf akımı yavaşlar veya tamamen engellenir



PROTEİN ZENGİN SIVI BİRİKİMİ

İnterstitial alanda protein zengin sıvı birikir, doku hacmi artar



KRONİK İNFLAMASYON ve FİBROZİS

Kronik inflamasyon ile kolajen birikimi ve fibrozis gelişir



CİLT BARIYERİ BOZULMASI

Cilt kalınlaşır, kurur, hiperkeratoz gelişir, bariyer bütünlüğü bozulur



LENFORE • ENFEKSİYON • ÜLSER

Lenfore (sızıntı), enfeksiyon riski ve yüzeysel ülserler gelişir



Lenfödem ülserinde temel problem iskemi değil, kronik lenfatik yetmezlik ve doku sıvısının uzaklaştırılamamasıdır.

Lenfödem Ülseri

Klinik Görünüm ve Ayırıcı Özellikler



ELEFANTİYAZIS

Ekstremitelerde belirgin büyüme ve şekil bozukluğu görülür.



HİPERKERATOZ ve VERRÜKÖZ GÖRÜNÜM

Cilt kalınlaşır, pürüklü ve siğilimsi bir görünüm oluşur.



LENFORE

Lenf sıvısının cilt yüzeyine sızması sonucu aşırı eksüda (ıslaklık) görülür.



ÇOKLU, YÜZEYEL ve DÜZENSİZ ÜLSERLER

Sıklıkla düzensiz sınırlı, yüzeysel ve birden fazla ülser bulunur.



Kronik ödem, cilt değişiklikleri, lenfore ve tekrarlayan enfeksiyonlar bir arada izlenir.



CİLT DEĞİŞİKLİKLERİ

Discolorasyon, pitting ödemin azalması ve ciltte sertleşme görülür.



ENFEKSİYON EĞİLİMİ

Tekrarlayan erizipel ve selülit atakları sık görülür.



TIRNAK ve CİLT TUTULUMU

Tırnak kalınlaşması, mantar enfeksiyonları ve ciltte çatlaklar sık izlenir.

STEMMER BELİRTİSİ

Ayırıcı tanıda önemlidir.



2. ayak parmağının tabanında cilt katlantısı yapılamaması pozitif Stemmer belirtisidir ve lenfödem için tanı koydurucudur.

Lenfödemde cilt bütünlüğü bozular, lenfore artar ve ülser gelişimi kolaylaşır.

Erken tanı ve uygun tedavi, komplikasyonları önlemede kritik öneme sahiptir.

International Society of Lymphology Consensus Document. Lymphology. 2023;56(4):133-151.

Lenfödem Ülseri

ISL Evreleme (International Society of Lymphology)



ISL evreleme;

lenfödem erken tanınması, uygun tedavi planı oluşturulması ve komplikasyonların önlenmesi için **yol göstericidir.**

Lenfödem Ülseri

Tanı Yaklaşımı

ANAMNEZ

- Ödemin başlangıç zamanı ve seyri
- Geçirilmiş cerrahi, radyoterapi
- Lenf nodu diseksiyonu öyküsü
- Malignite öyküsü
- Tekrarlayan enfeksiyonlar (erisipelas)
- Ailede lenfödem öyküsü
- Travma, enfeksiyon, parazit öyküsü
- Fonksiyonel kısıtlılık ve yaşam kalitesi

FİZİK MUAYENE

- Ödemin özellikleri
- Cilt değişiklikleri: hiperkeratoz, papilomatoz, verrüköz değişiklikler, rengi değişiklikleri
- Fibrozis: cilt ve cilt altı dokuda sertleşme
- Ülser: ileri evre olgularda gelişebilir

GÖRÜNTÜLEME

- Lenfosintigrafi: altın standart
- İndosiyenin yeşili lenfanjiografi: ICG-LAG
- Ultrasonografi: doku kalınlığı, cilt altı ödem
- MR lenfanjiografi
- BT lenfanjiografi

ÖLÇÜMLER

- Perometre ile çevre ölçümleri
- Hacim ölçümü
- Fotoğrafik dökümantasyon
- Semptom şiddet ölçekleri (LYMQOL vb.)

Lenfödem Ülseri

Tedavi Yaklaşımı

1. GENEL PRENSİPLER

- Lenfödemin etkin yönetimi tedavinin temelidir.
- Multidisipliner yaklaşım (esnek tedavi).
- Hastanın eğitimi ve öz-bakımının desteklenmesi.
- Düzenli takip ve tedavi yanıtının değerlendirilmesi.

2. ENFEKSİYONUN KONTROLÜ

- Klinik bulgulara göre uygun antibiyotik tedavisi.
- Bakteriyel yükü azaltmaya yönelik lokal bakım.
- Selülit ve yineleyen enfeksiyonların önlenmesi (cilt bütünlüğünün korunması, hijyen).

3. YARA BAKIMI

- Yaranın değerlendirilmesi (boyut, derinlik, eksüda, çevre cilt).
- Uygun yara bakım ürünlerinin seçilmesi (eksüda kontrolü, nemli iyileşme ortamı).
- Debridman (gerekli durumlarda).
- Ağrı kontrolü.
- Düzenli pansuman.

4. LENFÖDEM YÖNETİMİ

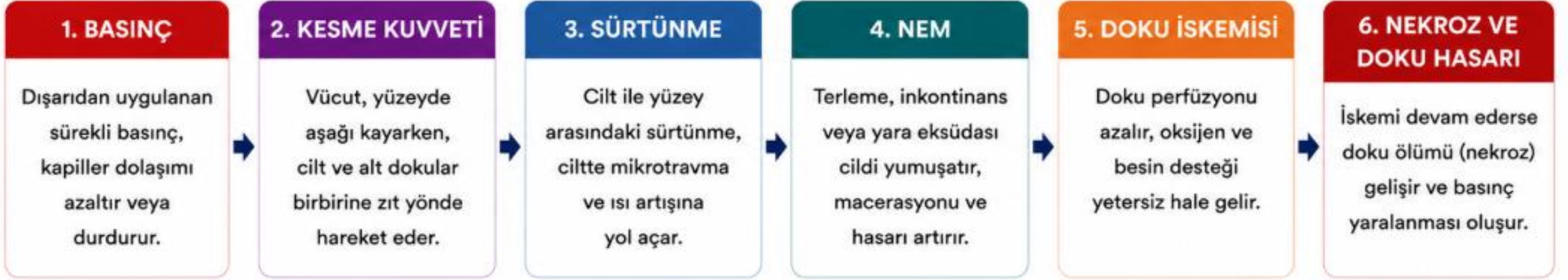
- Kompresyon tedavisi (uygun basınçla).
- Kompleks Boşaltıcı Fizyoterapi (KBF).
- Elevasyon.
- Cilt bakımı ve nemlendirme.
- Kilo kontrolü ve aktivite yönetimi.

5. TEDAVİDE DESTEKLEYİCİ YAKLAŞIMLAR

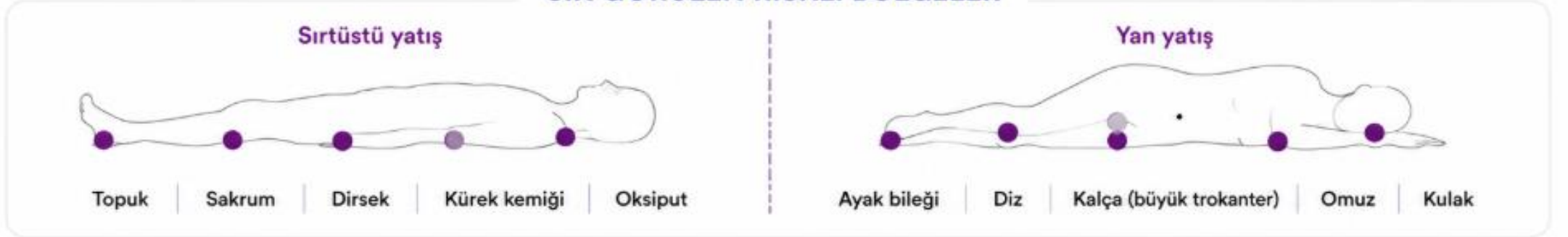
- Beslenmenin optimize edilmesi (yeterli protein, vitamin ve mineral alımı).
- Eşlik eden komorbiditelerin (diyabet, venöz yetmezlik vb.) yönetimi.
- Psikososyal destek.
- Uzun dönem izlem ve nükslerin önlenmesi.

BASINÇ YARALANMASI

PATOFİZYOLOJİ



SIK GÖRÜLEN RİSKLİ BÖLGELER



BASINÇ YARALANMASI

ETİYOLOJİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

EKSTRİNSEK FAKTÖRLER

- Uzun süreli basınç
- Kesme kuvveti
- Sürtünme
- Nem (terleme, inkontinans)
- Yetersiz destek yüzeyleri
- Tıbbi cihazlar (maske, sonda, atel vb.)

İNTRİNSEK FAKTÖRLER

- İleri yaş
- İmmobilite
- Duyusal algı azalması
- Beslenme bozuklukları (malnütrisyon, dehidratasyon)
- Komorbid hastalıklar (DM, vasküler hastalıklar vb.)
- İlaçlar (kortikosteroidler, sedatifler vb.)
- Doku perfüzyonunda azalma
- Önceki basınç yaralanması öyküsü



Basınç yaralanmaları önlenebilir bir sağlık sorunudur.

BASINÇ YARALANMALARI

Home Contact Us Your Cart Sign In

ABOUT US EVENTS EDUCATION & RESOURCES GUIDELINES & STANDARDS JOIN NPIAP SPONSORSHIP

New Science. Real-World Impact.
2027 Annual Conference
FEBRUARY 17-19
JW MARRIOTT INDIANAPOLIS
INDIANAPOLIS, INDIANA

LEARN MORE

PRESSURE INJURIES

- Unavoidable
- Mucosal Membrane
- Physiology of Stage 2
- Staging in premature infants

How Can We Help?

Home Contact Us Your Cart Sign In

ABOUT US EVENTS EDUCATION & RESOURCES GUIDELINES & STANDARDS JOIN NPIAP SPONSORSHIP

How Can We Help?

EVENTS MORE >

EDUCATION MORE >

RESOURCES MORE >

GUIDELINES MORE >

eCQM MORE >

NPIAP (National Pressure Injury Advisory Panel), basınç yaralanmalarında kullanılan güncel terminoloji, evreleme sistemi, eğitim materyalleri ve klinik uygulama rehberlerinin geliştirilmesinde öncü kuruluşlardan biridir. NPIAP, EPUAP ve PPPIA iş birliğiyle hazırlanan Uluslararası Basınç Yaralanması Kılavuzu; önleme, risk değerlendirmesi, evreleme ve tedaviye ilişkin kanıta dayalı öneriler sunmaktadır.

BASINÇ YARALANMALARINDA EVRELEME

NPIAP Evreleme Sistemi (2016)



Evreleme, yara derinliğine değil görülebilen en derin doku kaybına göre yapılır.

BASINÇ YARALANMALARINDA KLİNİK DEĞERLENDİRME

KLİNİK DEĞERLENDİRMEDE DİKKAT EDİLECEK NOKTALAR

- Cilt bütünlüğü düzenli olarak değerlendirilmelidir.
- Riskli bölgeler her değerlendirmede kontrol edilmelidir.
- Erken bulgular (eritem, ısı artışı, ödem, sertlik, ağrı) basınç yaralanmasının habercisi olabilir.
- Hastanın genel durumu, mobilite seviyesi, beslenme durumu ve komorbiditeleri değerlendirilmelidir.
- Daha önce basınç yaralanması öyküsü olan hastalar daha yüksek risk altındadır.

RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİ

ÖLÇEK	ÖZELLİK
BRADEN ÖLÇEĞİ	En yaygın kullanılan ölçektir. 6 alt bileşen, 23 puan üzerinden değerlendirilir. Puan azaldıkça risk artar.
NORTON ÖLÇEĞİ	5 alt bileşen, 20 puan üzerinden değerlendirilir. Hastane ortamında yaygın kullanılır.
WATERLOW ÖLÇEĞİ	10 alt bileşen içerir. Hastanede ve uzun dönem bakımda kullanılır.
PURPOSE-T ÖLÇEĞİ	Braden ölçeğinin revize edilmiş versiyonudur. Daha kapsamlı risk değerlendirmesi sağlar.



Düzenli ve sistematik klinik değerlendirme, basınç yaralanmalarının önlenmesinde temel yaklaşımdır.

BASINÇ YARALANMALARINDA KLİNİK DEĞERLENDİRME

Risk değerlendirme, erken tanı ve önleme stratejilerinin temelidir.

YÜKSEK RİSKLİ HASTA GRUPLARI

- İmmobil hastalar
- Yoğun bakım hastaları
- İleri yaşlı bireyler
- Duyusal algı bozukluğu olanlar
- Beslenme bozukluğu olanlar
- İdrar/dışkı inkontinansı olanlar
- Daha önce basınç yaralanması gelişmiş hastalar

ERKEN UYARI BULGULARI

ERİTEM	ISI ARTIŞI	ÖDEM	SERTLİK	AĞRI/ HASSASİYET
Basmakla solmayan kızarıklık (Evre 1'in öncüsü olabilir)	Bölgede lokal ısı artışı	Ciltte şişlik ve gerginlik	Doku sertleşmesi veya indürasyon	Dokunma ile ağrı veya hassasiyet



Düzenli değerlendirme, erken tespit ve uygun önlemler basınç yaralanmalarını önlemede en etkili yaklaşımdır.

BASINÇ YARALANMALARINDA ÖNLEME

Risk değerlendirmesi, erken tanı ve önleme stratejilerinin temelidir.

POZİSYON DEğİŞİKLİğİ

- Hastanın pozisyonu düzenli aralıklarla deęiŐtirilmelidir.
- Yatakta: en az 2 saatte bir; sandalyede: en az 1 saatte bir.

BASINÇ DAęITICI YATAKLAR

- Yüksek riskli hastalarda basınç dağıtıcı yatak, minder ve destek yüzeyler kullanılmalıdır.
- Basıncı azaltır, doku perfüzyonunu artırır.

TOPUK KORUMA

- Topuklar yastık veya koruyucu cihazlarla yükseltilmelidir.
- Topuk üzerine doğrudan basınç önlenmelidir.

NEM/İNKONTİNANS YÖNETİMİ

- İdrar ve dışkı kaynaklı nem deriyi bozar.
- Cildi temiz ve kuru tutun; bariyer ürünler kullanın.

BESLENME DESTEęİ

- Yeterli enerji, protein, vitamin ve mineral alımı sağlanmalıdır.
- Özellikle protein, C vitamini, çinko ve sıvı alımı önemlidir.

RİSKLİ HASTALARIN ERKEN TANINMASI

- Tüm hastalar risk açısından düzenli değerlendirilmelidir.
- Yüksek riskli hastalarda önleme stratejileri erken başlatılmalıdır.

BASINÇ YARALANMALARINDA TEDAVİ

BASINCI ORTADAN KALDIR	<ul style="list-style-type: none">• Pozisyon değişikliği• Basınç azaltıcı yüzeyler kullanımı
YARA YATAęINI HAZIRLA	<ul style="list-style-type: none">• Nekrotik dokunun yönetimi• Uygun nem dengesi sağla
ENFEKSİYONU KONTROL ET	<ul style="list-style-type: none">• Klinik enfeksiyon bulgularını değerlendir• Gerektiğinde kültür ve antibiyotik tedavisi uygula
SİSTEMİK DESTEK SAğLA	<ul style="list-style-type: none">• Beslenme optimizasyonu• Komorbiditelerin düzeltilmesi

Basınç kaldırılmadan yara iyileşmesi beklenmez.

KRONİK YARALARDA AYIRICI TANI

Yara tipinin doğru tanınması, doğru tedavi yaklaşımının temelidir.

ÖZELLİK	VENÖZ ÜLSER	ARTERİYEL ÜLSER	LENFÖDEM ÜLSERİ	BASINÇ YARALANMASI
LOKALİZASYON	Malleol çevresi (özellikle medial malleol)	Parmaklar, topuk, lateral malleol	Distal ekstremitte (ayak bileği çevresi)	Kemik çıkıntıları (sakrum, topuk, trokanter vb.)
AĞRI	Hafif – Orta	Şiddetli	Genellikle hafif	Evreye bağlı
ÖDEM	Belirgin	Yok / Az	Çok belirgin	Değişken
PERFÜZYON	Genellikle korunmuş	Azalmış	Korunmuş	Basınca bağlı
TİPİK BULGULAR	Hemosiderin birikimi, ekzama, varis	Nekroz, soluk / soğuk ekstremitte, kıl kaybı	Fibrozis, cilt kalınlaşması, pozitif Stemmer bulgusu	Eritem → açık ülser (evreye göre)



Doğru tedavi, yara tipinin doğru tanınması ile başlar.

TEŐEKKÜRLER

Afyonkarahisar

