

## SİNDİRİM SİSTEMİNİN CERRAHİ HASTALIKLARINDA HEMŞİRELİK BAKIMI

### GASTROİNTESTİNAL SİSTEMİN YAPISI

- Gis Organları
- Ağız
- Tükrük Bezleri
- Farenks
- Özofagus
- Mide
- Barsaklar
- Karaciğer
- Safra Sistemi
- Pankreas

### GASTROİNTESTİNAL SİSTEMİN FONKSİYONU

- Ağız yoluyla alınan besinlerin sindirim kanalı boyunca ilerlemelerini sağlamak (motor)
- Alınan besinlerin sindiriminde kullanılan hormon, elektrolit ve enzimleri salgılamak (sekresyon)
- Besin ve sıvıların sindirimi (sindirim)
- Sindirilmiş besin, sıvı ve elektrolitlerin emilimi (absorbsiyon)

### ÖZOFAGUS

- 25 cm uzunluğunda, 2 cm çapında farenksten, mide kardiyasına kadar uzanır.
- 4 tabakadan oluşur.
  - Mukoza
  - Submukoza
  - Kas tabakası
  - Fibröz doku en dışıdır. (Fibröz doku diğer GIS organlarında yoktur. Diğer organlar peritonla kaplıdır.)

### MİDE

- Normal kapasitesi 1-2 litredir.
- 3 bölümden oluşur
  - Fundus; üst kısımdır.
  - Korpus; orta kısımdır.
  - Pilor; alt kısımdır.
- 2 sfinkteri vardır.
  - Kardiyak sfinkter
  - Pilorik sfinkter

### İNCE BARSAKLAR

- 5-6 m uzunluğunda, 2,5cm çapındadır.
- Üç parçası vardır.
  - Duodenum**; en kısa ve en geniş ilk kısmıdır. Ortalama 25cm uzunluğundadır. Pankreas ve safra kanalı, duodenumun orta kısmında "ampulla vater" hizasında duodenuma açılır.
  - Jejunum**; orta kısımdır. Yaklaşık 2,5m'dir.
  - İleum**; son kısımdır. Yaklaşık 3,5m'dir.

### KALIN BARSAKLAR

- 1,5m uzunluğunda 5cm genişliğindedir.
- Tabakaları
  - Peritonla örtülü seroza
  - Kas tabakası
  - Submukoza, arter, ven ve lenf damarları vardır.
  - Mukoza- mukus salgılanır. Burada villuslar yoktur.

### Kalın barsağın bölümleri

- Çekum
- Çıkan kolon(asendan kolon)
- Tranfers kolon
- İnen kolon(desendan kolon)
- Sigmoid kolon
- Rektum
- Anal kanal
- İç sfinkter, otonom sinir sistemi

- Dış sfinkter, istemli sinir kontrolündedir.

#### **KARACİĞER**

- Peritonla örtülüdür ve ince bir kapsülle çevrilidir,
- Karaciğere kan hepatik arterle ve portal venle gelir,
- Portal ven sindirim sistemindeki organlardan besinleri, metabolitleri ve toksinleri karaciğere taşır,
- Pıhtılaşmada rolü olan protrombin ve fibrinojen karaciğerde kana karışır.
- Karaciğerde toksinlerden arındırılan kan, hepatik venlerle VCI'a burdan da sistemik dolaşıma katılır.
- Karaciğerin fonksiyonları
- Safranin yapımı ve GİS'e ulaşması
- Metabolik fonksiyon
- Kanın depolanması ve filtrasyonu

#### **SAFRA SİSTEMİ**

- Safra kesesi yaklaşık 45ml safra toplayabilir. Karaciğere bağlanmıştır.
- Safranin depolanma yeridir.
- Safra, safra kesesinde konsantre edilir ve koledok kanalına oradan da GİS atılır.
- İnce barsak boş olduğunda koledok kanalının çıkışında yer alan oddi sfinkteri kapanır.
- Safra kesesi çıkarıldığında safra yolları depo olarak fonksiyon görür.

#### **PANKREAS**

- İki tip hücreden oluşmuştur.
- Ekzokrin hücreler;** NaHCO<sub>3</sub> ve sindirim enzimlerinin bağırsak lümenine salınımından sorumludur.
- Endokrin hücreler;** insülin ve glukagon hormonlarının kana salınımından sorumludur.
- Oddi sfinkteri hem pankreatik sıvıların hem de safranin akışını kontrol eder.
- Pankreasta günde 1200-3000 ml pankreatik sıvı oluşur. İçerdiği enzimler;
- Pankreatik amilaz;** karbonhidratların
- Pankreatik lipaz;** yağların
- Pankreatik tripsin;** proteinlerin sindiriminde rol oynar.

#### **GİS TANI YÖNTEMLERİ**

- Endoskopi
- Gastroskopi
- Rektosigmoidoskopi
- Kolonoskopi
- Sitolojik testler
- Biyopsi
- GİS sekresyonlarının analizi
- Ultrasonografi
- Bilgisayarlı tomografi

#### **GİS'in CERRAHİ GEREKTİREN HASTALIKLARI ve BAKIMI**

- **Akalazya**  
Özafagusun alt kısmında peristaltizm ve bununla uyumlu çalışan alt sfinkter relaksasyon bozukluğu sonucu, besinlerin farenksten mideye iletilmesinde ortaya çıkan bir bozukluktur

#### **Belirtileri;**

- Sıvı ve katı gıdalara karşı disfaji
- Göğüs ağrısı
- Halitozis
- Regürjitasyon (besinlerin kusma olmaksızın ağıza gelmesi)
- Aspirasyon görülebilir

#### **Komplikasyonları;**

- özofajit,
- pulmoner sorunlar ve
- özofagus karsinomudur.

#### **Tanı**

- **anamnez,**
- **endoskopik bulgular ve motilite çalışması yeterlidir.**
- **motilite çalışması, tanıda altın standarttır.**

#### **Tedavi**

- **Tedavide balon dilatasyonudur**
- **Botulinum toksin enjeksiyonları**

## ■ Heller myotomisi (özefagomyotomi) oldukça etkilidir

### Hemşirelik bakımı

- Ameliyat sonrasında hasta az az ve sık sık yemek yemeli
- Hastaya yatmadan 2 saat öncesine kadar yemek yedirilmemeli (reflüye neden olur)
- Hastanın yatarken başı yüksekte olmalı
- Hasta semifowler ya da fowler pozisyonunda yemek yemeli,
- Hasta yemek yerken besinleri iyice çiğnedikten sonra yutmalı,
- Hasta yemekleri yavaş yavaş yemelidir.

## ■ Özofageal Herniler (Hiatal Herni)

### ■ Üç tip hiatal herni vardır:

- (1) Sliding (kayıcı) herni, kardiyanın yukarı doğru mediastinuma yer değiştirmesidir.
- (2) Para özofageal (rolling) hiatal herni, normal pozisyonundaki kardiyanın etrafında gastrik fundusun yukarıya doğru yer değiştirmesidir.
- (3) Kombine sliding ve rolling ya da miks tip hiatal hernide hem gastrik kardiyanın hem de fundusun yukarıya doğru yer değiştirmesi söz konusudur.

## ■ Özofageal hiatal herniler

Midenin özofageal hiatustan yukarı geçmesiyle oluşur.

**Belirtiler;** disfaji, regürjitasyon, ağrı, yanma

- **Tanı;** baryumlu grafiler, endoskopi
- **Komplikasyon;** ülserasyon, özefajit, stenoz, obstrüksiyon, gastrit
- **Tedavi;** cerrahi (Nissen fundoplikasyon, Belsey (Mark IV) ve Hill ameliyatları yapılır)
- Cerrahi tedavi sonrasında hasta 1,5 ay kadar oral beslenemez, iyileşme olana kadar NG takılabilir. Bulantı ve kusma önlenmelidir, hasta geçiremediği için gaz şikayeti olabilir.

## ■ Tedavi ve Bakım:

**Özofageal hiatal herni tedavisinin amacı; gastrik kapsamın özofagusu reflü olmasına bağlı gelişebilecek komplikasyonları önlemek ve gidermektir.**

Komplikasyonları önlemeye yönelik olarak hastaya öğretilenler şunlardır;

- Hasta ağır kaldırmamalı, ıkmamalı, öksürmemeli, yere eğilmekten kaçınmalıdır (Bunlar karın içi basıncını arttırır).
- Konstipasyonu önlemek (lifli gıdalar, bol sıvı, laksatifler)
- Sigara ve alkol içilmemelidir.
- Giyecekler sıkı olmamalı, korse kullanılmamalıdır.
- Azar azar sık beslenmelidir. Besinler yumuşak olmalıdır.
- Asitli, alkollü, baharatlı ve soğuk, dondurulmuş yiyecekler ve içeceklerden sakınmalıdır.
- Yemek yerken oturur pozisyonunda olmalı ve yemek yedikten sonra uzanmamalıdır.
- Yemek sonrasında su içilerek özofagus temizlenmelidir.
- Ağrı varsa, gece semifowler pozisyonunda yatılmalıdır. Yatak başı yükseltilmelidir. Bazı hastalar sağ taraflarına yatarak uyduklarında şikayetlerinin azaldığını ifade etmektedirler.

## ■ NG tüpün uygun pozisyonunda kalmasını, açıklığını ve etkin fonksiyon görmesini sağlamak hemşirelerin en önemli sorumluluklarından biridir.

- Ameliyat sonrası bakımın amacı; özofageal dikiş hattının iyileşmesini sağlamak, enfeksiyon ve fistül oluşumunu önlemektir. Bunun için:
  - Hastaya uygulanan NG tüp sakşına bağlanarak ameliyat yapılan yerden sıvı ve sekresyonlar uzaklaştırılır.
  - Sakşın gastrik distansiyonun yaratacağı gerilimi ortadan kaldırır ve NG tüp alanı sıvı, sekresyon ve besinlerden arındırarak, bunların mediastinuma geçip fistül oluşturmasını ve enfeksiyonu önler.
  - NG tüp ameliyat olan kısım tamamen iyileşinceye kadar, yani besin ve sıvıların fistül oluşturma tehlikesi olmaksızın rahatça geçebileceği döneme kadar kalır.
  - NG çok iyi tespit edilmelidir ve tespit edildiği yerde kalmalıdır:
  - NG tüpün hareket etmesi insizyon yerini tahriş eder. Tüpün yerinin değiştirilmesi özofagus perforasyonuna neden olabilir.
  - Tüpe ilişkin herhangi bir sorun derhal hekime bildirilmelidir.
- **Ameliyattan sonra peristaltik hareket tekrar başladığında, oral yolla sıvılar verilmeye başlanır ve hasta giderek normal diyeteye geçer.**
  - Genellikle hasta ameliyattan sonra 6 hafta içinde normal diyeteye geçer.
  - Hasta oral almaya başladığında beslenme sırasında yakından izlenir. Çünkü hastalarda sıklıkla disfaji görülür. Disfaji genellikle geçici olmakla birlikte eğer sürekli olursa dilatasyona gereksinim vardır.
  - Ameliyatla midenin hacmi küçüldüğünden hasta azar azar ve sık beslenebilir.

- Bulantı ve kusmayı önlemek için hasta yemeklerden sonra birkaç saat oturur pozisyonda olmalıdır. Bulantı ve kusma dikeş hattının zedelenmesine neden olabilir.
- **Nissen fundoplikasyon ameliyatı sonrası en önemli sorun hastada “aşırı gaz birikimi sendromudur”.**
- Hasta geçiremez. Bu şikayeti geçici ya da sürekli olabilir.
- Bu nedenle hasta karbonatlı yiyecekler yememeli, gaz yapıcı besinler ve içecekler almamalıdır. ,
- Hastaya yemeklerden önce ve sonra bilinçli olarak gevşemesi, yavaş yavaş yiyip içmesi ve besinleri iyi çiğnemesi öğretilmelidir.
- Midedeki gazın, geçirerek çıkarılmaması çok rahatsız edici bir durumdur. Hastanın sık sık pozisyon değiştirmesi ve dolaşması peristaltizmini arttırarak gazın atılmasına yardımcı olunmalıdır.
- **Özofagus tümörleri**
- **Belirtiler**
- En önemli belirtileri; önce katı daha sonra yarı katı ve sulu gıdalarda **disfaji**, retrosternal, boyun, sırt ve epigastriuma yayılan ağrı, **kilo kaybı** ve kaşeksi, halsizlik, kusma vardır.
- **Tanı**; özofagoskopi ile konulur. Sitolojik testler ve biyopsi yapılır.
- **Tedavi** ; cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, palyatif
- Tedavinin en önemli amacı hastanın yeterli ve dengeli beslenmesini sürdürmektir. Hastanın durumuna göre küratif cerrahi ya da palyatif cerrahi uygulanır.
- Palyatif tedavide kobalt radyasyonla tümör küçültölmeye çalışılır ve büyümesi yavaşlatılır. Ancak radyasyon fistül oluşumuna neden olabilir. Semptomatik olarak ayrıca **dilatasyon** ve **Küratif Tedavi** uygulanır.
- **Ameliyat Öncesi Bakım**
- Ameliyata hazırlık 5 gün ile 2-3 hafta sürebilir. Bu dönemde řu hazırlıklar yapılır:
- Hastanın ağız yoluyla beslenmesi en idealidir. Gereki durumlarda hastalar sıklıkla tüple beslenir ya da hiperalimantasyon uygulanır.
- Hastanın kilosu, aldığı çıkardığı ve sıvı elektrolit dengesi yakından izlenir.
- Hastaya ağız bakımı günde en az 4 kez uygulanır.
- Cerrahi girişim için bağırsağın bir bölümü alınacaksa bağırsak hazırlığı yapılır.
- Solunum ve öksürük egzersizleri, NG tüp, insizyon yeri, drenaj hakkında hastaya açıklamalar ve öğretim yapılır. Ameliyat sonrası solunum egezersizlerinin çok önemli olduğu öğretilir.
- **Ameliyat Sonrası Bakım**
- Ameliyat sonrası hasta abdominal ve torasik ameliyatlarda gelişebilecek komplikasyonlar açısından izlenmelidir. Özofagusa anastomoz yapıldığında insizyon yerinin gerginliğini önlemek için erken dönemde düz yatırılır.
- Solunum problemini önlemeye yönelik bakım yapılır. Solunum öksürük egzersizi öncesi analjezik verilir, egzersizler yapılırken insizyon yeri desteklenir. Egzersizler semifowler pozisyonda ya da oturur pozisyonda olursa ventilasyon bu şekilde daha iyi olur ve mideden özofagusa reflü önlenmiş olur.
- Hastaya profilaktik olarak antibiyotik ve oksijen verilebilir.
- Hastanın göğüs tüpleri olabilir ve bakımı yapılmalıdır. Hastanın solunum problemleri olabilir. Bu nedenle kan gazları izlenir.
- **Ameliyat Sonrası Bakım**
- Hastada birden fazla insizyon yeri olduğu için yara bakımı önemlidir. Hastaya derin nefes alma ve öksürük egzersizleri, dönme egzersizlikleri yapılırken insizyon yeri desteklenmelidir. Bu yara açılmasını önlemek açısından önemlidir.
- Anastomoz yerinden sızıntı olması çok kötü bir komplikasyondur ve bu komplikasyon ameliyattan sonraki 5 ve 7. günlerde ortaya çıkar. Bu dönemde hastanın ateşi, inflamasyonun genel belirtileri ve erken şok belirti ve bulguları yakından izlenmelidir.
- Bu hastalar için NG tüp bakımı önemlidir. Tüpün açık olması, yerinden oynamaması (tüpün hareketi anastomoz hattının zedelenmesine neden olur) ve sakşının uygun basınçta çalışması sağlanmalıdır. NG tüp irriğe edilmemelidir. Başlangıçta NG'den gelen drenajın kanlı olması normaldir, ameliyattan sonraki ilk günün sonuna doğru NG drenaj yeşilimsi sarı renge dönüşmelidir.
- **Ameliyat Sonrası Bakım**
- Hasta bağırsak hareketleri geri dönünceye kadar ağızdan beslenmez. Hastaya IV sıvılar ya da hiperalimantasyon yapılır.
- Hastada NG takılı olduğu sürece hastaya 2-4 saatte bir ağız bakımı yapılmalıdır. NG tüp hastada insizyon yeri ve anastomoz hattı tamamen iyileşinceye kadar kalır.
- Hastaya ağız yoluyla önce sıvı verilir. Sıvı verilmeye başlandığında 15-30 dakikada bir 3-5 ml su verilir. Hasta eğer bu verilen sıvıyı tolere edebiliyorsa, sıvı miktarı gittikçe arttırılır.

- Hemşire hastanın sıvıyı oturur pozisyonda almasını sağlamalı ve anastomoz hattından sızıntı belirtilerine karşı hastayı izlemelidir.
- Eğer sızıntı olmuyorsa hastaya yumuşak besinler verilerek beslenmeye başlanır.
- Hastanın yemek yerken oturur pozisyonda olması ve sık ve azar azar yemesi sağlanır ve bu konuda açıklama yapılır.
- Özofagus travmaları
  - Yanıklar (asit, alkali, ısı)
  - Yabancı cisimler
  - Yaralanmalar
- Travma nedenli özofagus perforasyonu sonucu mediastinum kontamine olur ve darlıklar oluşabilir. (striktür)
- Tedavide; **dilatasyon** ya da **cerrahi girişim** uygulanabilir.
- **Mideye uygulanan cerrahi girişimin amaçları;**
  - Gastrik asit salgısını inhibe ederek ülserin iyileşmesini sağlamak
  - Midede bulunan benign ve malign tümörleri çıkarmak
  - Kanama, obstrüksiyon ve perforasyon gibi peptik ülser komplikasyonlarını tedavi etmektir.
- **Midenin Cerrahi Gerektiren Hastalıkları**
  - Peptik ülser
  - Perforasyon
  - Tümörler
- **Mide asiditesini azaltmaya yönelik yapılan cerrahi işlemler şunlardır**
- **Vagotomi** : gastrik hücrelerden asit salınmasını uyarıcı vagusun kelimesidir
  - (1) Trunkal;
  - (2) Selektif;
  - (3) Proksimal
- Vagotomi ve Drenaj Girişimler
- **Subtotal Gastrektomi (Antrektomi)**  
(Billroth I ya da Billroth II)
- **Subtotal Gastrektomi (Antrektomi)**
  - Antrektomiyle (antrumun çıkarılmasıyla), midenin asit salgılayan kısmı çıkarılır. Böylece gastrin hormonu salınımı azalır (antrumdan salgılanan gastrin hormonu, kan yoluyla gelerek midedeki gastrik glandların pariyetal hücrelerini uyarak hidroklorik asit salınımını artırır)
  - Antrum çıkarıldıktan sonra midenin kalan kısmı duodenumla anastomoz edilir. Antrektomi ile sindirimin gastrik fazı ortadan kalkmış olur. Antrektomi genellikle vagotomiyle birlikte uygulanır. Bu durumda sindirimin gastrik ve sifalik fazı ortadan kalkmış olur ve gastrointestinal motor aktivite azalır.
- **Subtotal Gastrektomi Billroth I ya da Billroth II** yöntemiyle uygulanır.
- **Billroth I** ameliyatında midenin antrumunu kapsayan distal kısmı çıkarılır, kalan kısım duodenumla anastomoz edilir. Bu girişime "**gastroduodenostomi**" denir.
- **Billroth II** ameliyatında subtotal gastrektomi yapılır, midenin kalan kısmı jejunumla anastomoz edilir, duodenumun uç kısmı kapatılır.
- Pankreas ve safra sekresyonu gastrektomiden sonra da duodenuma akmaktadır.
- **Mide Ameliyatları Sonrası Gelişebilecek Komplikasyonlar**  
Postgastrektomi sendromlarının gelişmesinde en önemli faktör pilör sfinkterinin çıkarılması, kesilmesi ya da bypass yapılmasıdır. Bu ameliyatlara vagotominin eklenmesi de problemi arttıran bir faktör olmaktadır.
- **Erken Komplikasyonlar**
  - Kanama
  - Duodonal Güdük Sızdırması
  - Stomal Obstrüksiyon
  - Akut Gastrik Dilatasyon
  - Pilörük Obstrüksiyon
- **Geç Komplikasyonlar**
  - Erken postprandial dumping sendromu
  - Geç (hipoglisemik) dumping sendromu
  - Alkalen gastrit
  - Marjinal ülser (rekürrent ülser, anastomotik ülser, stomal ülser)
  - Afferent loop sendromu
  - Gastrojejunokolik fistül
  - Beslenme bozuklukları

## ■ Mide Ameliyatlarında Hemşirelik Bakımı

### Ameliyat Öncesi Hazırlık

- Mide ve duodenumla ilgili cerrahi girişimler, planlanmış ya da acil olabilir. Perforasyon, kanama ve obstrüksiyon gibi durumlar nedeniyle acil ameliyat uygulanacaksa hasta aşırı derecede rahatsızdır, anksiyetesi ve korkusu vardır. Bu nedenle hastaya gerekli konularda uygun açıklamalar yapılmalıdır. Hastanın sözel olmayan, fakat davranışlarıyla ifade ettikleri de dikkate alınmalıdır. Hastayı destekleyebilmeleri için hasta yakınlarına da yardım edilmelidir. Eğer hastada kanserden şüpheleniliyorsa hastanın korku ve endişeleri paylaşılmalıdır.
- Planlanmış ameliyat uygulanacaksa hastaya ameliyat öncesinde çeşitli testler (örneğin; Gi seriler, gastroskopi, gastrik sıvı analizi) uygulanabilir. Hastanın tanı testleri öncesi hazırlığı ve sonrasında izlemi yapılır.
- Ameliyattan önce ameliyat hakkında açıklama yapılır, ameliyattan sonra hastada NG tüp olacağı, tüpün sakşına bağlanmış olacağı ve IV sıvıların bulunacağı söylenmelidir.
- Hastaya derin solunum ve öksürük egzersizleri öğretilir ve bu egzersizlerin önemi anlatılır. Özellikle batının üst kısmındaki olan insizyonların, derin solunumu güçleştirip, solunum komplikasyonu riskini arttıracığı hastaya açıklanmalıdır.

### ■ Ameliyat Sonrası Bakım

- NG tüplü hastanın bakımı gibidir. Hastanın genel ameliyat sonrası bakımına ek olarak:
- NG tüpten gelen drenajı kontrol etmeli,
- NG tüpü sakşına bağlamalı ve sakşının uygun basınçta çalışıp çalışmadığı kontrol etmeli,
- NG tüp, genellikle ameliyat sırasında cerrah tarafından yerleştirilir ve tüpün dikiş hattıyla ilişkisini cerrah bilir, bu nedenle doktor istemi olmaksızın hemşire kesinlikle tüpü irriye etmemeli,
- Ameliyat yerinden sekresyon olup olmadığını kontrol etmeli, kanama varsa hekime bildirilmelidir,
- Ameliyattan sonraki ilk saatlerde drenajın parlak kırmızı renkte olması normaldir, saatler ilerledikçe drenajın rengi koyulaşmalıdır.
- Ameliyat sonrasında analjezikler, uygun şekilde verilerek hasta rahatlatılmalı, derin solunum ve öksürük egzersizlerini yapmasına yardım edilmelidir. IV sıvılar, doktor istemine göre verilmelidir. IV sıvılar genellikle ameliyat yapılan yer iyileşip, sıvı ve besinlerin geçmesine izin verecek duruma gelinceye kadar uygulanır.
- Hasta ağız yoluyla beslenmeye başlanacağında 30 ml su verilir ve NG klempenir. Bir saat sonra NG tüp aspire edilerek, verilen suyun absorbe edilip edilmediği kontrol edilir. Hasta suyu tolere edebiliyorsa, NG tüp çıkarılır. Sonra hastaya sıvılar saat başı verilir. Hasta azar azar günde 5-6 öğün yemek yemelidir.

### ■ Ameliyat Sonrası Bakım

- Ameliyat sonrası erken dönemde beslenmeye başlanılmamalı ve besin miktarı hızla artırılmamalıdır. Hasta ameliyattan sonraki iyileşmenin yavaş olacağını ve uzun süreceğini bilmelidir. Hastanın eski gücünü kazanması üç ay sürebilir, normal üç öğün yemek yemesi için bir yıl ya da daha uzun bir süre gerekebilir.
- Ameliyat sonrasında hastanın gastrik şikayetleri gözlenmeli, mide ameliyatlarından sonra hastanın erken dönemde görülebilecek kanama, gastrik dilatasyon, obstrüksiyon ve dikişlerin açılması gibi komplikasyonlar da izlenmelidir. Hasta ayrıca şok, pulmoner problemler, tromboz, eviserasyon ve enfeksiyon gibi genel cerrahi komplikasyonları yönünden de gözlenmelidir. AÇİD yapılmalı ve kayıt edilmelidir.
- Bazı hastaların yaşamlarındaki, stres yaratan durumları kontrol edebilmeleri için yardıma ihtiyaçları olabilir. Yaşam tarzının değiştirilmesine yönelik çabalar rehabilitasyonda önemli bir yer tutar. Hastaların büyük çoğunluğu stres yaratan durumları kontrol etmeyi ve normal yaşam sürdürmeyi öğrenebilir.

### Belirti ve bulgular

- Genellikle sinsi seyirli bir hastalıktır. Başlangıçta epigastrik bölgede belli belirsiz rahatsızlık hissi
- İleri devrede en sıklıkla kilo kaybı ve karın ağrısıdır (%75-80). İştahsızlık, halsizlik, disfaji, bulantı ve kusma diğer belirtilerdir.
- Hastaların %10'unda hematemez, çoğunda ise gizli kanama vardır.

### ■ Ameliyat Sonrası Bakım

- Hastada NG ve göğüs tüpü vardır. NG'den gelen sıvı miktarı mide çıkarıldığı için çok azdır. Drenajı kolaylaştırmak için hastaya semifowler pozisyon verilir.
- Total gastrektomi uygulanan hastada pulmoner komplikasyonlar sık görülür. Hastaların 1/5'i ameliyattan sonra gastrik kapsımı aspire eder. Bunu önlemek için hastanın karnına sıkı sargı uygulanır. Bu şekilde karın içi basınç artar ve diyafram yükseltilmiş olur.
- Pulmoner komplikasyonları önlemek için ayrıca hastanın derin soluk alıp vermesinde ve dönme egzersizi sırasında yardımcı olunur.
- Solunumu baskılayacağından analjezik olarak hastaya narkotikler verilmemelidir.

### ■ Ameliyat Sonrası Bakım

- Hastanın ameliyat sonrası iyileşme dönemi uzayabilir. Hastanın oral beslenmesi diğer mide ameliyatlarında olduğu gibi önce suyla başlanır. Daha sonra besinler günde 5-6 öğün olacak şekilde besinler giderek arttırılır. Hastaya yemek yeme sırasında çok iyi çiğnemesi ve dengeli beslenmesi önemlidir.
- Cerrahi girişim başarılı olmuşsa, hastaya proteinden zengin, az karbohidratlı, normal yağlı besinler verilir.
- Hastada ameliyat sonrası intrensek faktör olmayacağı için B12 vitamini enjeksiyonu yapılmalı ve Hb miktarı sık aralıklarla izlenmelidir.
- Mide karsinomu olan hastalar genellikle zayıf, anemik olduklarından enfeksiyonlara karşı dirençleri düşüktür. Bu dönemdeki hastaların enfeksiyonlardan korunmaları önemlidir.

#### **BARSAK HASTALIKLARI**

##### ■ **Cerrahi girişimi gerektiren inflamatuvar hastalıklar**

Crohn Hastalığı (Regional Enterit)

Apandisit

##### ■ **Divertiküler hastalık**

Divertikülozis,

Divertikülit,

Meckel Divertikülü

##### ■ **Herniler**

##### ■ **Obstrüksiyonlar**

##### ■ **Tümörler**

#### **HERNİLER**

Herni (fitik) bir organ, doku yada organın bir kısmının bulunduğu yerden dışarı çıkmasıdır.

Herni oluşumunda iki faktör rol oynar:

1. Karın duvarındaki defekt
2. Karın içi basıncın artması

Herni kitlesi,

itilerek karın içine yerleştirilebiliyorsa **“redükte herni”**,

karın içine itilemiyorsa **“irredükte ya da “inkarsere herni”** denir.

Herni boynundaki darlık nedeniyle, herni kesesindeki organın kan akımının bozulması ya da tamamen engellenmesine strangüasyon ve bu hernilere **strangüle herni** denir.

Strangüle herniler acil cerrahi girişim gerektirir.

#### **Herninin Komplikasyonları**

- Fıtığın geri girmemesi (inkarsere)
- Fıtığın boğulması (strangüasyon)
- Barsak tıkanıklığı (obstrüksiyon)
- Fıtık derisinin yaralanması

#### **İNTESTİNAL OBSTRÜKSİYONLAR**

İntestinal obstrüksiyonlar (**ileus**), bağırsak içindeki kapsamın ileri doğru geçişinin kısmen engellenmesi, yavaşlaması ya da tamamen durmasıdır.

#### **Obstrüksiyona neden olan faktörler**

- Mekanik Faktörler
- Nörojenik Faktörler
- Vasküler Faktörler
- **Obstrüksiyona Neden Olan Mekanik Faktörler**
- **Adhezyonlar:** Batın ameliyatlarından sonra, skar dokusu nedeniyle gelişen fibröz doku bantlarına “adhezyon” denir.
- **Herniler:** Hernilerin her çeşidi obstrüksiyona neden olabilir.
- **Volvulus:** Bağırsağın belli bir yerinde kendi ekseni üzerinde dönmesidir.
- **İnvajinasyon:** Bağırsağın teleskop gibi kendi içine girmesine denir.
- **Tümörler:** Kalın bağırsak obstrüksiyonlarının başlıca nedenidir
- **Obstrüksiyona Neden Olan Nörojenik Faktörler**
- **Paralitik İleus:** “Adinamik ileus” da denir. Sempatik aktivitenin artıp, parasempatik sistemin baskılanmasıyla gelişir. Peristaltizm azalır ya da durur
- **Nedenleri:** Retroperitoneal kanamalar, vertebra kırıkları, büyük yanıklar, ağır pyelonefrit, kaburga kırıkları, alt lob pnömonileri, miyokard infarktüsü, hipokalemi
- **Tedavi:** nedene yöneliktir.
- **Obstrüksiyona Neden Olan Vasküler Faktörler**

- **Tam Tıkanma (Mezenterik İnfarktüs):** Sıklıkla emboli sonucu oluşur. Acil cerrahi tedavi gerekir. (embolektomi ve barsak rezeksiyonu)
- **Parsiyel Tıkanma (Abdominal Anjina):** Genellikle mezenterik arterlerin atherosklerozu nedeniyle gelişir.(cerrahi tedavide vasküler by pass)
- **İntestinal Obstrüksiyon Belirti ve Bulguları**
- Karın ağrısı, gaz ve dışkı çıkaramama, kusma, abdominal distansiyon, yüzeysel solunum
- Bağırsak duvarındaki lokal değişikliklere bağlı olarak peristaltik aktivite durur, sıvı ve gaz retansiyonu olur, bağırsaktan absorpsiyon bozulur,bakteri ve toksinler peritona geçebilir.
- Obstrüksiyonun sistemik etkileri arasında ise kan hacminin azalması, damar tıkanıklıklarının oluşması, sıvı elektrolit dengesizliği ve peritonit sayılabilir.

#### Tanı

- Fizik muayene bulguları, boş batin grafisi, baryumlu filmler ve kan testlerinden yararlanır.
- **Tedavi ve Bakım**
- Sıvı elektrolit tedavisi ve gastrointestinal dekompresyon yapılır.
- Mekanik ve vasküler obstrüksiyonlarda çoğunlukla cerrahi tedavi uygulanır. **Cerrahi tedaviler:**
- **Enterektomi** (tıkayıcı cismin bağırsağın o segmentinin açılarak çıkarılması),
- **Rezeksiyon+anastomoz**, nekroz gelişen segment, kronik inflamatuvar barsak hastalığının neden olduğu darlık alanları ve tümörlerde kullanılır.
- **İntestinal by-pass** (laterolateral): tıkanma noktasının proksimalinden tıkanma noktası sonrasındaki alana barsak segmenti ile yan yana anastomoz yapılır.
- **Adhezyonların açılması**, sadece bağırsak dışındaki adhezyonlar açılır.
- **Ostomiler** (jejunostomi, çekostomi, kolostomi)
- **Paralitik ileusta:** NG dekompresyon ve sıvı elektrolit tedavisi

#### ■ Hemşirelik bakımı

- Hastaya sıvı ve elektrolitler, hekim istemi esas alınarak parenteral yolla verilir.
- Ameliyattan önce antibiyotik verilir.
- Distansiyonu gidermek için ameliyattan önce intestinal dekompresyon uygulanır.
- Kusmuk ve intestinal tüpten gelen drenaj ölçülür, rengi, kokusu ve görünümü kayıt edilir.
- Kusma, distansiyon artışı, ağrı ve ateş gibi belirti ve bulgular takip edilir
- Narkotik ilaçlar, obstrüksiyon belirti ve bulgularını ve komplikasyonlarını gizleyebildiğinden dikkatli verilmelidir.
- Yaşam bulguları, şok yönünden izlenmelidir.
- Saatlik idrar miktarı 40 ml altına düşerse, distansiyon ve paralitik ileus belirtileri gelişirse, hekime bildirilmelidir.

#### İnce barsak tümörleri

- İnce barsak tümörleri oldukça nadir görülür. Tüm GİS tümörlerinin %3-6'sı, malign tümörlerin %1' i ince bağırsaklarda görülür.
- İnce barsakta en sıklıkla malign tümörlerden adenokarsinomlar görülür. Benign tümörler leiomyomadır. Kanayan benign tümörler cerrahi girişimle çıkarılır.
- İnce barsakta en sık görülen tümör adenokarsinomdur. En sıklıkla malign tümör ileumda görülür. Daha sonra jejunumda en az duodenumda görülür.Adenokarsinomun ortalama görülme yaşı 50-60 yaşdır, erkeklerde kadınlara göre iki kat daha fazla görülür. Erken tanı ile bağırsak rezeksiyonu uygulansa da 5 yıl yaşama şansı %20 civarındadır.
- Tümörler, makroskopik ya da mikroskopik kanama, anemi, ağrı, bulantı-kusma, kilo kaybı, kabızlık ve obstrüksiyona neden olur.
- Kalın Barsak Tümörleri
- Kalın bağırsakta en sık görülen **benign tümör** poliplerdir. Polip mukozadan lümeneye doğru gelişen oluşumlardır.Tek ya da çok sayıda (polipozis) olabilir. Polip çıktığı mukozaya ince bir uzantı ile bağlıysa pediküllü (saplı) polip, geniş tabanlı ise sessil polip denir.
- İnvajinasyon ve obstrüksiyona neden olabilir.
- Tedavi; polipektomidir, endoskopik yapılabilir.
- Anüsten çekuma uzanan yolda karşılaşılan tüm polipoid oluşumlar çıkarılır.
- Kalın barsak **malign tümörleri** arasında en sıklıkla kolorektal karsinomlar görülür. Kolorektal karsinomlar GİS'in en sık rastlanan tümördür.
- Kolorektal karsinomlar çeşitli yollarla yayılır
- **Direkt invazyon** (komşuluk yoluyla): Mide, mesane, üreterler ve üreme organları



- **Lenfatik yol** (hastaların yaklaşık yarısında-%25-40) lenf bezi metastazı vardır)
- **Hematojen yayılım** (karaciğer ve akciğer)
- **İmplantasyon yayılım** (peritona implante olur).
- **Belirti ve Bulgular**
- İlk ve en önemli bulgu **rektal kanamadır**. Kanama gizli de olabilir. Gizli kanama olan hastalar genellikle anemi şikayetiyle hastaneye başvururlar.
- Sağ kolon lezyonlarında genellikle gizli kanama ve demir eksikliği anemisi vardır.
- Sol kolon ve rektum karsinomlarında hastada taze rektal kanama vardır.
- Karın ağrısı en sık görülen bulgu olup, her iki kolon kanserinde de görülür.
- Sol kolon ve rektum karsinomlarında dışkılamadan sonra barsaklarda boşalamama hissi
- Sağ kolon tümörlerinde bağırsak lümeni geniş ve buradaki dışkı sıvı özellikte olduğu için genellikle obstrüksiyon yoktur, **sol kolon ve rektum tümörlerinde sıklıkla obstrüksiyon vardır**. Bu hastalarda **fistül oluşumu, perforasyon ve peritonit** de görülebilir
- Tanı
- Kolorektal kanserlerin büyük çoğunluğu rektal muayene ile saptanır.
- Kolorektal karsinomların %55-60'ı rektosigmoid kolonda olduğundan, tanı koymada proktosigmoidoskopi de önerilir. Bu yolla biyopsi de alınır.
- Bazı otoriteler rutin fizik muayenede 40 yaşın üstünde yılda bir kez sigmoidoskopi yaptırılmasını önermektedir.
- Tanı amacıyla kolonoskopi de yapılabilir. Kolonoskopi, tüm kolonun incelenmesine olanak sağlar. Ayrıca baryumlu kolon grafisi de yapılabilir.
- **Tedavi**
- Tedavi tümörün yerine, evresine, metastaz tapıp yapmadığına ve hastanın genel durumuna göre değişiklik gösterir.
- Temel tedavi cerrahidir.
- **Radyoterapi, kemoterapi ve immünoterapi cerrahi tedaviye eklenebilir.**
- **Ameliyat Öncesi Bakım**
- Bağırsak ameliyatları; inflamatuvar hastalıklar, divertiküller, herniler, obstrüksiyonlar ve tümörlerde uygulanır.
- Bağırsak rezeksiyonu yapılan hastada öncelikle beslenme yetersizliği varsa düzeltilmelidir. Anemi varsa kan transfüzyonu yapılması ve bağırsağın hazırlığını içerir.
- Bağırsaklarda yapılan anastomozların çabuk iyileşmesi ve bağırsak aktivitesinin kısa sürede geriye dönebilmesi için enfeksiyon olasılığın ortadan kaldırılması gerekir. Bunun için bağırsaktaki bakteriyel kapsamın azaltılması gerekir. Bunun için bağırsağın mekanik temizliği yapılır ve antibiyotik uygulanır.
- **Ameliyat Sonrası Bakım**
- Bağırsak ameliyatlarından sonra bağırsak seslerinin geri dönmesi önemlidir. Stetoskolla bağırsak seslerinin geri dönüşü sıklıkla izlenir.
- Hastanın bağırsak peristaltizmi (bağırsak sesleri) geri dönünceye kadar NG tüp uygulanır.
- Bağırsak peristaltizmi başlayınca önce hastaya oral yolla sıvı verilir. Sonra yumuşak diyet ve katı gıdalara geçilir.
- Distansiyon dikiş yerlerinde gerginliğe neden olacağı için önlenmelidir. Distansiyon olursa hastaya 20-30 dakika boyunca rektal tüp uygulanır.
- Hastada var olan hemovak ve sump drenler izlenir.
- Pansumanlarda aseptisyeye dikkat edilir. İnsizyon alanında akıntı varsa kültür alınarak antibiyogramına uygun antibiyotik uygulanır.
- Rektumda olan yaradan çok miktarda sızıntı olur. Yaralar tam olarak iyileşinceye kadar rektal pansuman uygulanır.
- Hasta ve ailesine pansumanlar, aktiviteler, yara bakımı, diyet konularında eğitim yapılır.
- **Abdominoperineal rezeksiyon** uygulanan hastanın, abdominal insizyonuna ek olarak kolostomisi ve rektumun rezeke edildiği yerde derin bir yarası vardır.
- Kolostomi bakımı sırasında insizyon alanının kontaminasyonu önlenmelidir. Barsak fonksiyonunun normale dönüp dönmediğini anlamak için kolostomiden gelen materyal izlenmelidir.
- Rektal pansumanlar sık aralıklarla değiştirilmelidir. Rektal yaralar derin ve geniş olduğu için çok fazla drenaj vardır . Bu yaraların tamamen iyileşmesi haftalarca sürebilir. Yaralar iyileşinceye kadar pansumanın devam edeceği hastaya açıklanır.
- **ANOREKTAL KANAL HASTALIKLARI**
- Hemoroidler,
- Anal Fissür
- Anorektal Apse

- Perianal Fistül
- Tümörler
- Plonidal Kist
- Tanı
- Batın muayenesi
- Rektal muayene
- Proktoskopi
- Sigmoidoskopi
- Baryumlu grafi
- Kolonoskopi
- **Karaciğer Hastalıkları**

Karaciğerin cerrahi girişim gerektiren başlıca hastalıkları;

- kistler
- apseler
- tümörler

#### **Karaciğer Ameliyatında Hemşirelik Bakımı**

- Karaciğer ameliyatı uygulanacak hastalara genel ameliyat öncesi hazırlığa ek olarak karaciğer fonksiyonlarını değerlendirmeye yönelik çeşitli testler uygulanır.
- Ameliyat sonrası bakımın planlanabilmesi için cerrahi girişimin hastaya hangi nedenle uygulanacağı ve karaciğer fonksiyonlarının ne durumda olduğu bilinmelidir. Bu nedenle hemşire, karaciğerin normal fonksiyonlarını ve normalden sapma belirtilerinin ne olduğunu bilmelidir.

#### **Ameliyat sonrası bakım**

- Drenlerin bakımı
- Yaşam bulguları sık aralarla izlenmesi
- Derin solunum ve öksürük egzersizleri yaptırılması
- Kanama, asit, ödem, hipoproteinem, sarılık, toksik maddelerin bedende birikimi, karbonhidrat, protein, yağ metabolizması bozuklukları, sıvı elektrolit dengesizlikleri yönünden izlenmesi
- Hasta yakınlarına hastanın durumuna ilişkin açıklama yapılmalıdır.

#### **SAFRA KESESİ VE SAFRA YOLLARI HASTALIKLARI**

- Enfeksiyon
- Taşlar
- Tümörler

#### **Ameliyat sonrası Bakım**

##### **Kolesistektomi : safra kesesinin çıkarılmasıdır.**

- Laparoskopik kolesistektomi ise safra kesesinin laparoskopik girişimle çıkarılmasıdır. Ameliyat sonrası
- hastada NG tüp vardır ve hasta oral yolla beslenemez,
- IV sıvılar verilir.
- Bağırsak hareketleri başlayınca, hasta oral yolla beslenmeye başlanır.
- Hastaya önce sıvı, sonra yumuşak besinler verilir, daha sonra normal diyet geçilir.
- İnsizyon yeri diyafragma yakın olduğundan, derin solunum ve öksürük egzersizleri ağırdır. Bu nedenle hasta egzersizleri yapmak istemez. İnsizyon yeri desteklenerek egzersizler düzenli bir şekilde hastaya yaptırılmalıdır.
- Yağdan fakir ya da düşük kalorili diyet uygulanacaksa hastaya açıklanır ve ne zaman kontrole gelmesi gerektiği söylenir.

#### **Kolesistektomi Sonrası Gelişebilecek Komplikasyonlar**

- Kanama
- Subhepatik abse
- Safra fistülü
- Kalıntı safra taşları
- Safra peritoniti
- **Koledokostomi**

#### **Koledok kanalının cerrahi olarak açılması, taşların çıkarılması ve drenaj için T-tüp yerleştirilmesidir.**

- Taş bulunması ya da cerrahi travma nedeniyle koledokostomiden sonra, koledok kanalında ödem gelişebilir.
- Koledoka T-tüp yerleştirilmesiyle safra kanalının peritoneal boşluğa sızması önlenir.
- Drenajın engellenmemesi için tüp bükülmemeli, bası altında kalmamalı ve gergin olmamalıdır.

- T-tüpten gelen drenaj düzenli bir şekilde ölçülüp kayıt edilmelidir.

#### **PANKREATİT**

- Pankreasın inflamasyonudur.
- Ödemden nekroza kadar değişik şiddette patolojik değişiklikler ile seyredeceği gibi fibrozis ve bunun sonucunda irreversble endokrin ve ekzokrin fonksiyon bozukluğu ile sonlanabilir.
- Pankreatit akut ve kronik olarak klinik gösterir.

#### **Pankreatik Karsinom**

- Lokalizasyonu % 60 pankreas başında
  - Sigara içenlerde daha yaygın
  - İnfiltran, sert ve düzensiz tm
  - Mikroskobik olarak mukus salgılayan, mukus salgılamayan, kistadenokarsinom olabilir
- Yayılım:
- Doğrudan yayılım:
  - Koledok, portal ven, inferior vena kava
  - Lenfatik yayılım
  - Kan akımı (karaciğer)
  - Peritoneal yayılım ve asit
- Küratif cerrahide **Whipple (pankreatoduedonektomi)**, gastroenterostomi, jejunum loop'u içine pankreas kanalı bağlanır

#### **Hemşirelik Bakımı**

- Ağrı takibi yapılması
- Ateş takibi yapılması
- A-Ç sıvı takibi yapılması
- Kilo takibi yapılması
- Kan şekeri takibi yapılması
- Ödem takibi yapılması
- Önerilen IV sıvı tedavisinin uygulanması
- Önerilen albumin destek tedavisinin uygulanması
- Kan protein değerlerinin takip edilmesi
- Doktor isteğine göre potasyum replasmanı yapılır.
- Asepsi kurallarına dikkat edilir
- Geçici diyabet konusunda hasta bilgilendirilir
- Düzenli aralıklarla kateterlerin bakımı yapılır.
- Hastaya yapılacak işlemler hakkında bilgi verilir.
- Korkularını ifade etmesi sağlanır.
- Tetkik süresince güvende olduğu, yalnız kalmayacağı ifade edilir.
- Gerektiğinde aileden birinin refakat etmesi sağlanır
- T-tüp varsa ve fonksiyon görmüyorsa hekime bildirilmelidir.
- Hastaya taburcu olmadan önce yara bakımı, diyet, hipoglisemi, hiperglisemi belirti ve bulguları hakkında eğitim verilmelidir.