

**T.C.
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI**

HEMŞİRELİK

**SİNDİRİM SİSTEMİ CERRAHİSİNDE
BAKIM**

Ankara, 2013

-
- Bu modül, mesleki ve teknik eğitim okul/kurumlarında uygulanan Çerçeve Öğretim Programlarında yer alan yeterlikleri kazandırmaya yönelik olarak öğrencilere rehberlik etmek amacıyla hazırlanmış bireysel öğrenme materyalidir.
 - Millî Eğitim Bakanlığınca ücretsiz olarak verilmiştir.
 - **PARA İLE SATILMAZ.**

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ	1
ÖĞRENME FAALİYETİ-1	3
1. SİNDİRİM SİSTEMİNİN CERRAHİSİNDE KULLANILAN TANI YÖNTEMLERİ VE HEMŞİRENİN SORUMLULUKLARI.....	3
1.1. Anamnez ve Fizik Muayene.....	4
1.2. Görüntüleme Yöntemleri ve Endoskopik İncelemeler.....	4
1.3. Biyopsi	7
1.4. Dışkı Analizi	8
1.5. Sindirim Sisteminin Değerlendirilmesi İçin Tanı Testleri Uygulanacak Hastalara Karşı Hemşirenin Sorumlulukları	8
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME.....	10
ÖĞRENME FAALİYETİ-2	11
2. SİNDİRİM SİSTEMİNİN CERRAHİ HASTALIKLARI VE BAKIMI	11
2.1. Özofagusun Cerrahi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı.....	11
2.1.1. Özofagusta Yabancı Cisim	11
2.1.2. Özofagus Yanıkları	13
2.1.3. Özofagus Divertikülleri	14
2.1.4. Özofagus Varis Kanaması	16
2.1.5. Akalazya	17
2.2. Mide ve Duodenumun Cerrahi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı	19
2.2.1. Peptik Ülser.....	19
2.3. İnce Bağırsağın Cerrahi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı	21
2.3.1. Meckel Divertikülü	21
2.4. Kalın Bağırsağın Cerrahi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı.....	23
2.4.1. Akut Apandisit.....	23
2.4.2. Polipler.....	24
2.4.3. Hemoroid Hastalığı.....	25
2.4.4. Peri Anal Apse	28
2.4.5. Anal Fissür	29
2.4.6. Peri Anal Fistül	30
2.5. İntestinal Obstrüksiyonlar (Bağırsak Tıkanmaları/İleus).....	30
2.6. Herniler.....	32
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME.....	34
ÖĞRENME FAALİYETİ-3	35
3. SİNDİRİME YARDIMCI ORGANLARIN CERRAHİ HASTALIKLARI VE SİNDİRİM SİSTEMİ TÜMÖRLERİNDE BAKIM	35
3.1. Karaciğerin Cerrahi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı	35
3.1.1. Karaciğer Kist Hidatiği (Ekinokokkoz/Hidatidoz)	36
3.1.2. Karaciğer Travmaları	37
3.1.3. Karaciğer Apsesi.....	38
3.2. Safra Kesesinin Cerrahi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı.....	38
3.2.1. Safra Taşları (Kolelitiyazis).....	39

3.2.2. Koledok Taşları (Koledokolitiazis)	40
3.3. Pankreasın Cerrahi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı	41
3.3.1. Pankreas Ameliyatı Uygulanan Hastaların Hemşirelik Bakımı	41
3.3.2. Kronik Pankreatit	42
3.4. Sindirim Sistemi Tümörleri ve Hemşirelik Bakımı	42
3.4.1. Özofagus Tümörleri	42
3.4.2. Mide Tümörleri	44
3.4.3. Bağırsak Tümörleri	45
3.4.4. Karaciğer Tümörleri	49
3.4.5. Safra Yolları Tümörleri	50
3.4.6. Pankreas Tümörleri	50
3.5. Akut Batın (Karın) Tablosu ve Hemşirelik Bakımı	52
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	54
MODÜL DEĞERLENDİRME	55
CEVAP ANAHTARLARI	57
KAYNAKÇA	58

GİRİŞ

Sevgili Öğrenci,

Sağlıklı yaşamak için beslenme şarttır. Hücrelerin fonksiyonlarını sürdürebilmeleri, oksijenin yanı sıra sıvı ve besinlerin yeterli alımına bağlıdır. Sindirim sisteminin esas fonksiyonu besin maddelerini kan yoluyla hücrelere taşınabilecek hale dönüştürmektir.

Yeterli beslenme ve boşaltımın sürdürülmesi sindirim sisteminin fonksiyonlarının normal olmasına bağlıdır. Besinlerin normal alımını, emilimini ve boşaltılmasını bozan sindirim sistemine ait pek çok hastalık bulunmaktadır. Bu hastalıklar sadece sindirim sistemini değil vücudun tümünü etkiler.

Bu modülde sindirim sistemine ait en sık görülen cerrahi hastalıklar ve bu hastalıkların, tanı yöntemleri, tedavi ve hemşirelik bakımları hakkında bilgi verilmiştir. Bu bilgilerin yardımıyla pratikte hemşirelik bakımını başarılı bir şekilde gerçekleştirebileceksiniz.

ÖĞRENME FAALİYETİ-1

AMAÇ

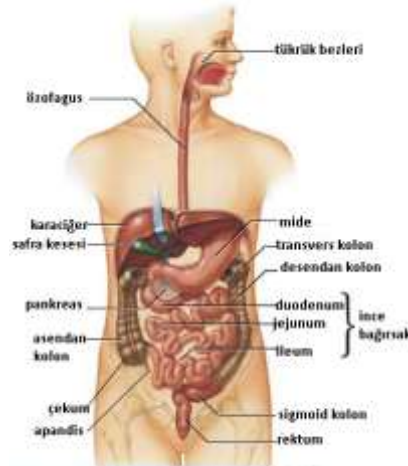
Sindirim sistemi cerrahi hastalıklarının tanı yöntemleri ve hemşirenin sorumluluklarını kavrayabileceksiniz.

ARAŞTIRMA

- Değişik kaynaklardan yararlanarak sindirim sistemi cerrahi hastalıklarında kullanılan tanı yöntemleriyle ilgili bir sunu hazırlayıp sınıfta arkadaşlarınıza sununuz.
- Çevrenizde sindirim sistemi ameliyatı olmuş kişi veya kişiler varsa görüşerek hastalıkları ve yapılan tetkikler hakkında bilgiler toplayınız. Topladığınız bu bilgileri arkadaşlarınızla paylaşınız.

1. SİNDİRİM SİSTEMİNİN CERRAHİSİNDE KULLANILAN TANI YÖNTEMLERİ VE HEMŞİRENİN SORUMLULUKLARI

Ağız boşluğundan anüse kadar uzanan, kaslardan yapılmış olan sisteme gastrointestinal sistem (GİS) denir. Bu sistem, sindirim borusu ve eklerinden oluşmuştur. Karaciğer, pankreas ve safra kesesi sindirim sisteminin ekleridir. Bu sistemin yiyeceklerin çalkalanması, ileriye doğru hareket ettirilmesi, sindirim sıvıları ve enzimlerle karıştırılması, besin maddelerinin emilmesi ve katı atıkların atılması gibi görevleri vardır.



Resim 1. 1: Sindirim Sistemi

Sindirim sistemi hastalıkları sistemin her yerinde görülebileceğinden tanı yöntemleri ile sorunun ne olduğu ve nerede olduğu saptanır. Tanı yöntemlerinin gerçekleştirilmesinde hemşirenin rolü önemlidir. Özellikle tanı öncesi yapılan hazırlıklar (örneğin lavman vb.) tam olarak yapılmazsa tanı işleminin tekrarı gerekir. Bu durum işlemlerin uzamasına, hastanın rahatsız olmasına ve daha fazla harcama yapılmasına neden olur.

1.1. Anamnez ve Fizik Muayene

Hastalık öyküsü, yaşam şekli, beslenme alışkanlığındaki değişiklikler ve sağlıkla ilgili alışkanlıklar sorgulanır ve genel veriler toplanır. Sindirim sistemi bozukluklarında sık görülen kanama, sarılık, ülser, kolit, nedeni bilinmeyen kilo kaybı, ağrı, hazımsızlık, gaz, bulantı, kusma, bağırsak alışkanlıklarında değişme olup olmadığı değerlendirilir.

Hemşire hastayı fizik muayeneye hazırlar, işlem hakkında bilgi verir.

1.2. Görüntüleme Yöntemleri ve Endoskopik İncelemeler

➤ Abdominal ultrasonografi (USG)

Karın içi organların ultrasonla incelenmesine **abdominal ultrasonografi** denir. Ultrason cihazıyla karın içine yüksek frekanslı ses dalgaları gönderilir. Bu dalgalar organların üzerinden geri yansıtılıp görüntü elde edilir. GIS'e ilişkin ultrasonografik tanı yöntemleri; pankreas, karaciğer ve safra kesesindeki patolojik durumları saptamak amacıyla kullanılır. Bu yöntemle batın içindeki apselere de tanı konabilir. Acil durumlar dışında hastanın 12 saat önceden aç olması, bir gece önceden ilaç vb. kullanılarak bağırsaklarının boşaltılması gerekmektedir.

➤ Endoskopik ultrasonografi (EUS)

Sindirim sistemi hastalıklarının tanısı için endoskopik işlemle hedef alanın direkt olarak görüntülenmesidir.

➤ Direkt batın grafisi

Bu film için hastaya açıklama yapmanın dışında ön hazırlık gerekmez.

➤ Baryumlu filmler

Hastaya baryum verilerek seri hâlde filmlerin çekilmesi işlemidir. İncelenecek bölgeye göre baryum, oral veya anal yolla verilir. Özofagus, mide ve ince bağırsakların filmi çekilecekse baryum ağız yoluyla; kolonun filmi çekilecekse rektal yolla verilir.

- **Özofagus grafisi:** Yutma güclüğü ile başvuran bir hastada genellikle ilk başvurulan inceleme yöntemidir. Baryum yutturulmasından sonra özofagustan geçişi röntgen altında izlenir. Özofagustaki lezyonlar, divertiküller, özofagusun çapı ve peristaltizmi hakkında bilgi edinilir.

➤ **Oral kolesistografi**

Oral kolesistografi yapılacak hastaya yağsız, hafif bir akşam yemeği verilir. Yemekten iki saat sonra opak madde tabletlerinden altı tanesi beşer dakika ara ile alınır. Ertesi sabah hastaya aç karnına tetkik yapılır. GİS'ten emilen opak madde önce karaciğere oradan da safra yollarına geçerek safra kesesi de dâhil olmak üzere tüm safra sisteminin görüntülenmesini sağlar.

➤ **İntravenöz kolanjiyokolesistografi**

Dört yolla suda eriyen iyotlu kontrast madde verilerek safra yollarının ve safra kesesinin görüntülenmesidir

➤ **Bilgisayarlı tomografi (BT)**

Bilgisayarlı tomografi, x-ışınlarının farklı dokulardan geçerken azalma oranlarının dedektör aracılığıyla algılanması ve bilgisayar aracılığıyla görüntü şekline çevrilmesi esasına dayanır. Bilgisayarlı tomografi sıklıkla karaciğer kanseri, pankreas kanseri, kist ve apseleri saptamak amacıyla uygulanır.

➤ **Manyetik rezonans(MR)**

Organların kesit görüntüleri, manyetik alan ve radyasyon kullanılarak, bilgisayar analiziyle elde edilir. Karın içindeki kan damarları, apseler, fistüller, neoplastik ve kanama alanlarının yanı sıra yumuşak doku da değerlendirilir.

➤ **Sintigrafi**

Gama ışınları yayan radyoaktif bir izotopun organizma içindeki yolunu izlemek temeline dayanan tanı yöntemidir. Sindirim sistemi organlarının büyüklüğündeki değişiklikler, anatomik yerleşim bozuklukları, kistik ya da apse gibi odaksal lezyonları veya kanser varlığını belirlemek için kullanılır.

➤ **Endoskopi**

Ayna, ışık ve mercek sistemi bulunan endoskop adlı aletle GİS'in çeşitli bölümlerinin incelenmesidir. Endoskopi sırasında ilave aletlerle biyopsi ve tedavi (örneğin polipin çıkartılması vb.) yapılabilir. Endoskopi uygulandığı yere göre adlandırılır:

- **Özofagoskopi:** Özofagusdaki ülser, erezyon, tümör gibi lezyonların direkt olarak görülerek tanı konulmasına ve gerektiğinde histolojik tanı için doku örneği alınmasına (biyopsi) olanak sağlar. Endoskopide hastalıkların tanısı yanında özofagustaki kanayan lezyonlara müdahale edilmesi, darlıkların genişletilmesi (dilatasyon) veya bazı protezlerin takılması (stent vb.) gibi tedavi girişimlerinin yapılması da mümkündür.

- **Özofagogastroduodenoskopi:** Üst gastrointestinal sistem endoskopisi veya gastroskopi olarak da adlandırılır. Özofagus, mide ve duodenum iç yüzünün esnek ve bükülebilir ince bir boru şeklinde bir alet olan gastroskopi ile incelenmesidir.
- **Kolonoskopi:** Esnek fiberoptik kolonoskop ile kalın bağırsaklar çekuma kadar direkt olarak görüntülenir. Kolonoskopi, hem tanı hem de tedavi amacıyla uygulanır. Tanı amacıyla sıklıkla kanser taramasında kullanılır. Ayrıca doku biyopsisi almak, nedeni bilinmeyen diyare, anemi ve gizli kanamaları değerlendirmek, inflamatuvar ve diğer bağırsak hastalıklarını belirlemek ve sınıflandırmak için kullanılır. Bu işlem sırasında sigmoid kolon inceleniyorsa sigmoidoskopi, rektum inceleniyorsa rektoskopi olarak adlandırılır.
- **Laparoskopi:** Sindirim sistemi, pelvik veya jinekolojik hastalıkların tanı ve tedavisi için kullanılan bir işlemdir. Özel fiber optik laparoskopla karın içindeki doku ve organlar direkt görülür. Gerekirse işlem sırasında biyopsi örneği alınır.
- **Video kapsül endoskopi (enteroskopi veya kablosuz endoskopi):** İnce bağırsakların görüntülenmesinde yeni geliştirilmiş bir yöntemdir. Kapsül endoskopi; kapsül, kapsülden gelen dijital görüntüleri toplayan bir alıcı, kapsül ve alıcının çalışabilmesi için bir enerji kaynağı, toplanan dijital görüntülerin video görüntüsü şeklinde seyredilebilmesi için programlanmış bir bilgisayardan oluşmaktadır. Alıcı ve enerji kaynağı hasta üzerindeki yelekle taşınır. Kapsül hastaya yutturulduktan sonra, kapsülün almış olduğu dijital görüntüler hastanın üzerine yerleştirilmiş olan özel elektrotlar ile yine hastanın üzerinde bulunan alıcıya ulaştırılır ve alıcıda bu görüntüler depolanır. Toplanan dijital görüntüler daha sonra video görüntüsü şeklinde izlenebilmesi için bilgisayar ortamında düzenlenir. İşlem sırasında hasta günlük aktivitesine devam edebilir ve gıda alabilir. Kayıt süresi yaklaşık 6-8 saattir. Bağırsaklardaki kapsül 12-48 saat içinde dışkı ile dışarı atılır. Dışkıda kapsülün atıldığı görülmediğinde işlemden 1-2 hafta sonra ayakta direkt karın grafisi çekilerek kapsülün dışarı atılıp atılmadığı kontrol edilir.



Resim 1. 2: Kapsül

- **Peritonoskopi:** Karın duvarına yapılan küçük bir insizyonla peritonoskop aletinin yerleştirilip karaciğer ve peritonun doğrudan gözlenmesine olanak sağlayan bir tanı yöntemidir. Bu yöntem metastatik tümörlerin

tanınmasında yardımcı olur. Hasta işlemden önce ağızdan bir şey almamalıdır. Bağırsakları ve mesanesi boş olmalıdır.

Peritonoskopiyle birlikte karaciğer biyopsisi de alınmışsa hasta 24 saat yatak istirahatına alınmalıdır. Biyopsi alınmadıysa ilaçların etkisi geçtikten sonra normal aktivitelerini yapabileceği açıklanmalıdır.

- **Endoskopik retrograt kolanjiopankreatografi (ERCP):** Endoskopun yardımıyla faydalanılarak safra yolları ve pankreatik kanal görüntülenebilir. Bu girişim, hastaya hafif IV sedasyon verilerek yapılır.

➤ **Manometri**

Özofagusun motor fonksiyon bozukluklarının gösterilmesinde kullanılır. Manometrik inceleme, nazal yolla yutturularak özofagus lümeni içine yerleştirilen özel manometrik kateterler kullanılarak yapılır. İşlem sırasında üst ve alt özofagus sfinkterleri ve özofagus fonksiyonları(sfinkter basınçları, yutma sırasındaki fonksiyonları vb.) incelenerek gerektiğinde daha sonra değerlendirilmek üzere kaydedilir.

1.3. Biyopsi

GIS'in belirli kısımlarından doku örneği alınmasıdır. Başlıca GIS biyopsileri şunlardır:

- **Özofagal biyopsi;** inflamasyon ve kanser şüphesi durumlarında alınır.
- **Gastrik biyopsi;** kronik gastrit, gastrik ülser ya da kanser şüphesinde alınır.
- **Rektal biyopsi;** rektum ve sigmoid kolonda neoplastik lezyonlardan şüphelenildiğinde alınır. İşlem sonrasında hasta gastrointestinal kanama ve perforasyon belirtileri yönünden izlenmelidir.
- **Kapalı ya da perkütanöz karaciğer biyopsisi:** Açık biyopsiden daha basit bir girişimdir. Bu işlemde iğne ve enjektörle karaciğerden doku aspire edilir. İşlemden 6 saat öncesinde hasta aç bırakılır. İşlem için hastaya lokal anestezi uygulanır. Hasta sırtüstü ya da yan yatırılır. İğne batırılırken diyaframın zarar görmesini önlemek için hastadan 5-10 saniye nefesini tutması istenir. Biyopsi sonrası 8-12 saatlik sürede hastanın yaşam bulguları izlenir. Kanama belirtilerinden taşikardi ve kan basıncı düşüklüğü dikkatli bir şekilde değerlendirilir. Karnın sağ üst kadranında ağrı (karaciğerin kapsülü altında kan ya da safra birikimi nedeniyle olabilir) ve sağ omuzda ağrı (diyaframın alt yüzünde kan birikmesi nedeniyle olabilir) olup olmadığı kontrol edilir. Hasta 24 saat yatak istirahatına alınır. Kanama riskini azaltmak için işlem sonrası 1 ya da 2 saat sağ yan pozisyonda yatırılır.
- **Açık (cerrahi) biyopsi:** Bir cerrahi uzmanı tarafından biyopsi alınacak kitle veya organa operasyon ile ulaşıp parça alınması işlemidir. Lokal veya genel anestezi altında yapılabilir. Gözle görülerek örnek alındığı için yanlış yerden

veya yetersiz örnek alınması olasılığı yok gibidir. Patolojik inceleme tüm detayıyla yapılabilir. Açık biyopsi şu durumlarda tercih edilir:

- Görüntüleme yöntemleri eşliğinde ulaşılamayan veya görülemeyen kitlelerde
- İğne biyopsilerinin riskli olacağı durumlarda
- Biyopsi sonucuna göre operasyonun devam etme olasılığının bulunduğu durumlarda
- Kitlenin başka bir cerrahi operasyon sırasında fark edilmesi durumunda

1.4. Dışkı Analizi

Gastrointestinal sistem hastalıklarının birçoğunun tanısının konmasında dışkı analizi yardımcı olur. Dışkı analizi karaciğer ve safra kesesi hastalıklarında, kanamalarda önemli bilgiler verir. Atılabilir kaplara alınan dışkı örneği çok bekletilmeden laboratuvara gönderilir.

1.5. Sindirim Sisteminin Değerlendirilmesi İçin Tanı Testleri Uygulanacak Hastalara Karşı Hemşirenin Sorumlulukları

- Sindirim sistemi rahatsızlıklarına yol açabilecek yiyecekler ve tanıdan sonra özel diyet gereksinim varsa diyetle ilişkin bilgi verilir.
- Hastaya yapılacak işlemle ilgili bilgi verilir.
- İşlem sonrası bakım ve aktivite kısıtlamalarıyla ilgili bilgi verilir.
- Hastanın anksiyetesini gidermek için psikolojik destek sağlanır, hasta ve ailesi cesaretlendirilir.
- Endoskopik ultrasonografi yapılacak hasta işlemden önce 8-12 saat aç bırakılır.
- Safra kesesi ultrasonu yapılacaksa hastaya testten önceki gece yağlı ve gaz yapıcı yiyecekler yememesi söylenir.
- İnce bağırsak grafisi çekilecekse kolon temizliği yapılır. İşlemden 1 gün önce düşük posalı diyet, bol sıvı ve laksatif verilir.
- Kolon grafisi çekilecekse, işlem öncesi 2 gün az posalı diyet uygulanır ve laksatif verilir. Grafi, baryumun rektal yoldan verilmesinden sonra çekilir. İşlemden sonra hastanın bol sıvı alması sağlanır, defekasyon yapıp yapmadığından ve baryumun atıldığından emin olunur.(Baryum atılmadığı zaman sertleşerek kabızlığa hatta tıkanıklığa neden olabilir. 2-3gün içinde baryum atılmazsa lavman yapılır.)
- Bilgisayarlı tomografi çekilecek hastanın işlemden önce 6-8 saat aç kalması söylenir. Kontrast maddeler kullanılacaksa oral ya da intravenöz yoldan uygulanır. Alerjik reaksiyonlara karşı hasta yakından izlenir ve önlem alınır.

- Manyetik rezonans çekilecek hastanın işlemden önce 6-8 saat aç kalması söylenir. Hastanın üzerindeki tüm takı ve metaller çıkarılır. Hastaya•işlemin 30-60 dakika süreceği ve işlem sırasında sesler duyabileceği anlatılır.
- Üst sindirim sistemi (özofagus, mide, duodenum) endoskopisi yapılacak hastanın işlemden önce 10-12 saat aç kalması söylenir. İşleme başlamadan önce ağzına lokal anestezi sprey sıkılır ya da gargara yaptırılır. Sedasyon için intravenöz olarak midazolam, sekresyonları azaltmak için atropin uygulanır. Takma dişi veya protezi varsa çıkartılır. İşlem sırasında salyayı silmek ve gerekli malzemeleri sağlamak için hastanın yan tarafında durulur. İşlemden sonra öğürme refleksi geri gelene kadar bir-iki saat oral bir şey verilmez.

Kanama, ağrı, yutma güçlüğü ve vücut ısısında artış gibi üst sindirim sistemi endoskopisi komplikasyonları açısından izlenir. Nabız ve kan basıncı sık sık kontrol edilir. Sedasyon yapılan hastaya işlemden sonra 10-12 saat araba ve makine kullanmaması söylenir.

- Kolonoskopi yapılacak hastaya; bağırsak temizliği için işlemden 2 gece önce laksatif verilir. İşlemden önceki gün öğlenden itibaren 3-4 saat aralarla lavaj solüsyonu oral olarak verilir. Eğer hastada yutma güçlüğü varsa solüsyon nazogastrik tüple verilir. (bk. Meslek Esasları Tekniği Nazogastrik Sonda Uygulamaları modülü). İşlem günü sabah aç karnına lavman yapılır. Kolostomisi olan hastalar için de aynı bağırsak temizliği yapılır. Bağırsak temizliği yapıldığı gün rutin kullandığı diğer ilaçlarını almaması gerektiği söylenir. İşlem sırasında yaşam bulguları, cilt rengi, vücut ısısı ve oksijen saturasyonu izlenir. İşlemden sonra hasta yatağına alınır. Karın ağrısı, kramp, rektal kanama, karında gerginlik ve ateş gibi bağırsak perforasyonu belirtileri açısından hasta izlenir.
- Anoskopi yapılacaksa işlem hastaya açıklanır. Rektal yol ile yapılacak tüm tetkikler hastaların zor kabul ettiği, rahatsızlık ve utanç duygusu veren sıkıntılı tetkiklerdir. Bu nedenle hastayla konuşularak, açıklama yapılarak ve soruları yanıtlanarak rahatlatılması önemlidir.
- Laparoskopik yapılacak hastaya işlemden önce 8 saat aç kalması söylenir. Mide ve bağırsakların boş olması sağlanır. Gerekirse lavman uygulanır. İşlemden sonra hasta kanama ve perforasyon belirtileri yönünden gözlenir. Yaşam bulguları sık sık kontrol edilir. Bağırsak hareketleri başlayana kadar ağızdan yiyecek ve içecek verilmez.
- Endoskopik işlemler yapılmışsa kullanılan aletlerin su ve deterjanla temizliği ve dezenfeksiyonu sağlanır.

ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki soruları dikkatlice okuyunuz ve doğru seçeneği işaretleyiniz.

1. Sindirim sistemini oluşturan organların baştan sona sıralaması hangi şıkta doğru verilmiştir?
I-ağız
II-ince bağırsak
III-farenks
VI-kalın bağırsak
V-özofagus
IV-mide
A) I-II-III-IV-V-VI B) I-III-V-IV-II-VI C) I-VI-II-III-IV-V
D) I-V.-III-II-VI-IV E) I-III-II-V-IV-VI
2. Aşağıdakilerden hangisi sindirim sistemi hastalıklarının tanısı için endoskopik işlemlerle hedef alanın direkt olarak görüntülenmesidir?
A) endoskopik ultrasonografi B) direkt radyografi C) kolon grafisi
D) tomografi E) MR
3. Aşağıdakilerden hangisi ERCP ile görüntülenir?
A) mide B) kolon C) karaciğer
D) safra yolları E) ince bağırsak
4. Aşağıdakilerden hangisi sindirim sistemi ile ilgili hastalıkların tanısında kullanılan testlerinden değildir?
A) Laboratuvar testleri
B) Radyolojik incelemeler
C) İntravenöz pyelografi
D) Ultrasonografi
E) Endoskopik incelemeler
5. Aşağıdakilerden hangisi sindirim sisteminin değerlendirilmesi için tanı testleri uygulanacak hastalara karşı hemşirenin genel sorumluluklarındandır?
A) Sindirim sistemi rahatsızlıklarına yol açacak yiyecekler ve tanıdan sonra özel diyet gereksinimi varsa, diyetle ilişkin bilgi verir.
B) İşlem öncesi, sırası ve sonrasında yeterli hidrasyonun sağlanması ve sürdürülmesi için eğitim yapar.
C) Endoskopik işlemlerde kullanılan aletlerin su ve deterjanla temizliğini sağlar.
D) İşlem sırasında hastaya psikolojik destek sağlar, hasta ve ailesini cesaretlendirilir.
E) Hepsisi

DEĞERLENDİRME

Cevaplarınızı cevap anahtarıyla karşılaştırınız. Yanlış cevap verdiğiniz ya da cevap verirken tereddüt ettiğiniz sorularla ilgili konuları faaliyete geri dönerek tekrarlayınız. Cevaplarınızın tümü doğru ise bir sonraki öğrenme faaliyetine geçiniz

ÖĞRENME FAALİYETİ-2

AMAÇ

Sindirim sisteminin cerrahi hastalıklarını kavrayacak ve hemşirelik bakımını uygulayabileceksiniz.

ARAŞTIRMA

- Sindirim sistemi cerrahi hastalıklarıyla ilgili bir araştırma yaparak edindiğiniz bilgileri sınıfta arkadaşlarınızla paylaşınız.

2. SİNDİRİM SİSTEMİNİN CERRAHİ HASTALIKLARI VE BAKIMI

2.1. Özofagusun Cerrahi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı

Özofagus farinksten mideye kadar uzanan 25-30 cm uzunluğunda müsküler bir kanaldır. Boşken genişliği 1-1,5 cm iken basınç artışı ile 2,5-3 cm genişliğe ulaşabilir. Özofagusun üç anatomik darlığı vardır:

- 1.darlık özofagusun farinkle birleştiği bölümde,
- 2. darlık özofagusun sol bronşla çaprazlandığı bölümde,
- 3. darlık özofagusun kardiyayla birleştiği bölümde bulunur.

Özofagusun birinci fonksiyonu besinlerin farinksten mideye geçişini sağlamaktır. İkinci fonksiyonu ise mide içeriğinin regürjitasyonunu önlemektir. Fakat anatomik olarak besinlerin orofarinksten mideye geçişini sağlayan basit bir boru olarak tanımlanmakla birlikte boyun, toraks ve abdomen olmak üzere üç farklı anatomik bölgede uzanması ve hayati organlara yakın komşuluğu nedeniyle hastalıkları ve bunların tedavisi oldukça komplikedir.

Özofagus, en çok gastroenterologların olmak üzere cerrahların kullandığı tanı ve tedavi amaçlı girişimler için hem bir yol hem de bir alan oluşturur.

2.1.1. Özofagusta Yabancı Cisim

Özofagusta yabancı cisim genellikle çocuklarda, akli dengesi yerinde olmayan kişilerde veya bilerek bazı cisimleri yutanlarda görülür. Çocuklarda madeni paralar, erişkinlerde ise kemik ve balık kılçığı özofagusta en sık görülen yabancı cisimlerdir. Yabancı cisimler özofagusun üç anatomik darlığından birinde özellikle 1. darlıkta takılır.

Takılan bu cisimlerde -özellikle keskin kenarlı metalik obje, kemik, kürdan ve diş protezinde- perforasyon riski yüksektir.



Resim 2. 1: Özofagusta yabancı cisim (balık kılıcı)

➤ **Belirti ve bulgular:**

Yutulan nesnenin şekline, yapısına, yerleşim yerine, hastanın yaşı ve yabancı cismin yol açtığı komplikasyonlara bağlı olarak değişik belirtiler görülebilir. Bunlar:

- Disfaji (yutma güçlüğü)
- Odinofaji (yutma sırasında ağrı)
- Kusma
- Ağızda tükürük birikimi
- Retrosternal ağrı
- Özofagusta delinme (kanama, ateş vb.)
- Trakeaya basıya bağlı dispne, öksürük

➤ **Tanı:**

Radyolojik tetkikler (servikal grafi vb.) ve özofagoskopi ile konur.

➤ **Tedavi:**

Tedavi seçeneği hastanın yaşı, klinik durumu, yabancı cismin büyüklüğü/ keskinliği ve anatomik lokalizasyonuna göre belirlenir. Özellikle çocuklarda en önemli sorun hava yolu kontrolüdür. Hava yolu kontrolü sağlandıktan sonra yabancı cisim çıkartılabilir. Özofagusta yabancı cisimlerin tedavisinde:

- Gözlem: Çapı 2,5 cm veya uzunluğu 5 cm'den az düzgün kenarlı yabancı cisimler (örneğin, para) bağırsak yoluyla bütün olarak atılır. Cismin bağırsaklardan atılıp atılmadığı gözlenir.

- Foley kateter ile yabancı cisim çıkartılabilir. Düzgün yüzeyli yabancı cisimleri çıkarmada foley kateter kullanılabilir. Akut solunum sıkıntısı, tam tıkanma, yutmanın üzerinden 24 saatten fazla zaman geçmesi, bilinmeyen yabancı cisim veya yabancı cisme bağlı özofajiyal komplikasyon gelişen keskin kenarlı yabancı cisimlerde bu işlem yapılmaz.
- Özofagoskopi en sık kullanılan metottur. İşlemin en önemli avantajı direkt yabancı cismin görülmesi, özofagustaki hasarın değerlendirilmesi ve yardımcı aletlerle cismin çıkartılmasıdır.
- Forseps ile yabancı cisim çıkartılabilir. 1.darlıktaki yabancı cisimler hasta sedatize edildikten sonra laringoskop eşliğinde forseps ile çıkartılır.
- Tıkanma ve mukozal travma olmayan 3. darlıktaki yabancı cisimler mideye itilebilir.
- Perforasyon durumunda veya endoskopi ile yabancı cismin çıkartılmasının tehlikeli veya imkânsız olduğu durumlarda cerrahi tedavi uygulanır. Özellikle sivri uçlu yabancı cisimler cerrahi girişim gerektirmektedir.

2.1.2. Özofagus Yanıkları

Özofagusta kimyasal ya da kostik yanıklar güçlü asit ya da güçlü alkalilerle (koroziv maddelerle) oluşur. Kostik yanıkların çoğu evlerde kullanılan çamaşır suyu gibi alkalilerdir. Bu alkaliler kazara ya da intihar amaçlı içilir. Kostik madde içilmesi özofagusta mukozal yanığa veya perforasyona neden olur.

➤ **Belirti ve bulgular:**

- Odinofaji
- Tükürük salgısında artış
- Disfaji
- Orofaringeal, retrosternal ve epigastrik ağrı
- Kusma
- Hematemez
- Solunum güçlüğü, hırıltılı solunum ve ses değişikliği solunum yollarının da etkilendiğini, özellikle asit madde aspirasyonuna bağlı larinks spazmını, larinks ve/veya akciğer ödemini düşündürür.
- Şiddetli yaralanma olan hastalarda retrostrenal ağrının şiddetlenmesi, ateş ve şok

➤ **Tanı:**

BT, özofagografi ya da özofogoskopi ile konur.

➤ **Tedavi:**

Kusturma midedeki koroziv maddenin özofagus ve oral kaviteyi yeniden yaralamasına ve solunum yollarına aspirasyonuna yol açabileceğinden hastalar kesinlikle kusturulmamalıdır. Alınan koroziv maddeyi nötralize edici maddeler akut dönemde verilebilir ancak daha sonra verilmemelidir. Alkali madde alımında su veya portakal suyu, asit madde alımında su veya süt verilebilir. Nötralizasyon sırasında oluşacak ısı hasarı artırabileceğinden kuvvetli maddelerle nötralizasyondan kaçınmak gerekir. Soğuk su ile gastrik lavaj yapılabilir. Hastada solunum güçlüğü varsa laringoskopi ile değerlendirme yapılır ve gerekirse kalıcı hava yolu sağlanır. Böyle olgularda mukozadaki yanık ve ödem entübasyona izin vermeyebilir ve hava yolu sağlanması için trakeostomi gerekebilir. Koroziv madde alan hastada oral beslenme kesilir. Hastaların ihtiyacı olan kalori miktarı parenteral yolla verilir. Daha sonra nazogastrik tüp takılarak enteral beslenme yapılabilir.

Bu uygulama aynı zamanda özofagus lümeninin kısmen de olsa açık kalmasını sağlayabilir. Darlık gelişimini önlemek için kortikosteroidler kullanılabilir.

Özofagusta 2. ve 3. derece yanığı olan olgularda koruyucu antibiyotik tedavisi yapılır. Özofagusta gelişen erken darlıklar akut dönem geçtikten sonra buji veya endoskopik balon dilatasyonu ile tedavi edilebilir. Daha erken dönemde koruyucu olarak dilatasyon yapılması perforasyon riski nedeniyle önerilmez. Dilatasyonun yetersiz kaldığı olgularda dar bölgeye stent yerleştirilmesi veya cerrahi tedavi denenebilir. Perforasyon meydana gelen yanıklarda cerrahi onarım yapılır. Koroziv madde içen hastalarda özofagusta karsinom gelişme sıklığı yüksektir ancak özofagustaki yaralanma ile kanser oluşumu arasındaki süre kısa olmayıp ortalama 40 yıldır. Hastaların çok sık olmayan aralıklarla (her 3 yılda bir) endoskopik kontrolü yapılmalıdır.

2.1.3. Özofagus Divertikülleri

Divertikül, özofagus duvarının lümen dışına doğru cepleşmesidir. Divertikül sadece mukoza tabakasının kaslar arasındaki zayıf bir bölgeden geçerek dışa doğru torbalaşması şeklinde olabildiği gibi (psödodivertikül) özofagusun tüm tabakalarından meydana gelmiş olabilir (traksiyon divertikülleri). Divertiküller yerleşim yerlerine göre 3 ayrı grupta incelenir:

- Üst özofagus sfinkterinin hemen üzerinde bulunan divertiküller (Zenker divertikülü)
- Orta özofagusta oluşan traksiyon divertikülleri
- Alt özofagusta diyaframın hemen üstünde oluşan divertiküller

2.1.3.1. Zenker Divertikülü

Disfaji, gürültülü yutma, ağız kokusu (Yenen gıdaların kese içerisinde kokuşmasına bağlıdır.), regürjitasyon, öksürük ve kilo kaybı gibi bulgularla genellikle 50 yaş sonrasında ortaya çıkar. Disfaji hem katı hem de sıvı gıdalarla oluşabilir. Disfaji nedeni divertikülün özofagusu bası yapmasıdır. Trakeaya fistülleşme olabilir. Yemek sonrasında boyunda yumuşak kıvamda bir kitle oluşması ve bunun dışarıdan bası ile küçülmesi Zenker divertikülünü akla getirmelidir.



Resim 2. 2: Zenker divertikülü

Radyolojik inceleme ve özofagoskopi ile tanı koyulur. Bu hastalarda endoskopi ve nazogastrik entübasyon yapılırken perforasyon riski nedeniyle dikkatli olunmalıdır

Tedavisi divertiküektomidir. Tedavide kullanılacak bir diğer yöntem de divertikülle özofagus arasındaki septumun endoskopik olarak kesilmesidir.

2.1.3.2. Orta Özofagustaki Traksiyon Divertikülleri

Geçirilmiş enfeksiyonlara bağlı yapışıklıklar veya motilite bozuklukları nedeniyle oluşan divertiküllerdir. Divertikül büyükse disfaji oluşturabilir. Genellikle endoskopik veya radyolojik inceleme sırasında tesadüfen saptanır ve tedavi edilmesi gerekmez.



Resim 2. 3: Traksiyon divertikülü

2.1.3.3. Alt Özofagusta Diaframın Hemen Üstünde Oluşan Divertiküller

Genellikle motilite bozuklukları (özellikle akalazyza) veya bu bölgedeki peptik striktürlerle (Striktür: Kanal şeklindeki organın daralmasıdır.) birlikte görülür. Çoğunlukla belirti vermezler. Tedavide endoskopik dilatasyon veya cerrahi myotomi uygulanır.

2.1.4. Özofagus Varis Kanaması

Özofagus mukozası zengin bir ven ağı ile kaplıdır. Özofagusun üst kısmındaki venler vena cava superiora; alt kısmındaki venler ise portal sisteme açılır. Portal venöz sistemin basıncının arttığı durumlarda (örneğin; siroz, kanser, portal ven trombozu) özofagusta varisler oluşur. Özofagus, varis kanamaları üst gastrointestinal kanamalara bağlı ölümlerin en önemli nedenidir. Özofagus varislerine baryumlu özofagus filmi ve özofagoskopi ile tanı konur.

➤ Belirti ve bulgular:

- Melena veya hematemez
- Karaciğer sirozu bulguları (sarılık, palmer eritem vb.)
- Portal hipertansiyon bulguları (splenomegali, asit vb.)



Resim 2. 4: Özofagus varis kanaması

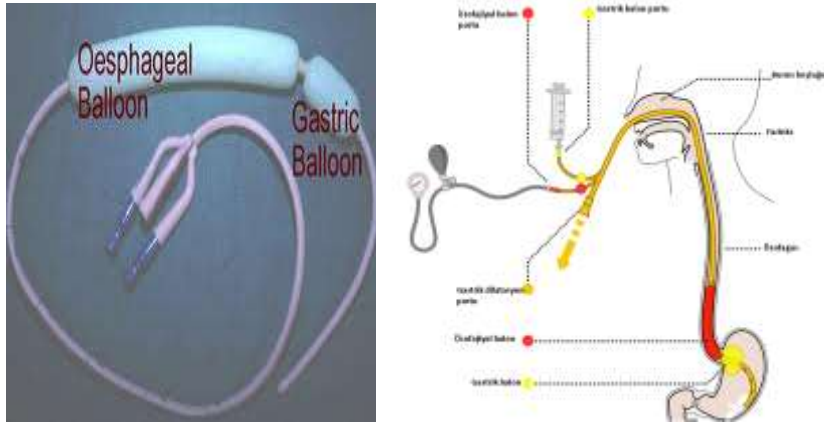
➤ Tedavi:

- İlaçlarla portal kan akımı azaltılarak basınç düşürülür.
- Balon tamponandı ile kanayan varislere direkt bası yapılarak kanama kontrolü sağlanır. Bu amaçla sengstaken blakemore tüpü kullanılır. Uygulamadan önce mide boş olmalıdır. İşlem sırasında hasta sol yan pozisyonda yatırılmalıdır. Tüp yutturulduktan sonra önce mide balonu 100-300 ml hava ile şişirilerek hafifçe çekilir ve 0,5 kg ağırlıkla traksiyona alınır. Sonra özofagus balonu şişirilir. Özofagus balonundaki basınç saatlik kontrol edilmelidir. Balon 24 saatten fazla şişirilmiş olarak tutulmamalıdır.

- Endoskopik yolla varisler enjeksiyonlarla skloreze edilebilir ya da lastik bantlarla ortadan kaldırılabilir.

Özofagus varis kanaması olan hastada alınacak genel tedbirler şunlardır:

- Yatak istirahatı
- Damar yolu açılması
- Oksijen inhalasyonu
- Vital bulguların takibi
- Laboratuvar tetkiklerinin yapılması
- Kan transfüzyonu
- Parantral sıvı verilmesi
- AÇT yapılması
- NG sonda uygulaması
- EKG takibi.



Resim 2. 5: Sengstaken blakemore tüpü

2.1.5. Akalazya

Latince “gevşeme bozukluğu” anlamına gelen akalazya; özofagus alt sfinkterinde tonus artışı ve buna bağlı yetersiz gevşeme ile karakterize nöromusküler bir bozukluktur. Akalazyalı hastada besinler mideye yeterince geçemediğinden özofagusta birikir. Hastalığın nedeni bilinmemektedir. Hastalık 30-60 yaş aralığında görülür. Özofagus grafisi ve endoskopi ile tanı konur.

➤ **Belirti ve bulgular:**

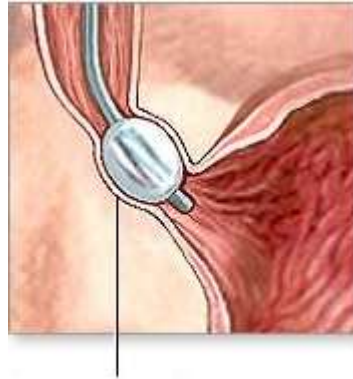
- Akalazyanın en belirgin klinik bulgusu yutma güçlüğüdür. Yutma güçlüğü ani başlayabileceği gibi genellikle kronik ve tekrarlayıcı özellik gösterir ve hastalığın ilerleyen dönemlerinde devamlı görülür.
- Alınan gıdaların ağza geri gelmesi
- Ağız kokusu
- Hastalar iştahları iyi olduğu hâlde zamanla yemek yemekten çekinir hale gelirler ve bu da kilo kaybına sebep olur.
- Hastaların hemen yarısında aralıklı gelen retrosternal ağrı şikâyeti vardır.



Resim 2. 6: Akalazyaya

➤ **Tedavi**

Alt özofajiyal sfinktere endoskopik balon dilatasyonu yapılır. Endoskopik balon dilatasyonu tedavisi 30-40 mm çapındaki dilatasyon balonlarının şişirilmesi ile bu bölgedeki kasların yırtılması esasına dayanır. Dilatasyon sonrasında yeterli düzelme sağlanamadığında cerrahi tedavi (Özofagomyotomi: Özofagus kasına kesi yapılması) düşünülebilir. Cerrahi myotomi açık veya laparoskopik olarak yapılabilir.

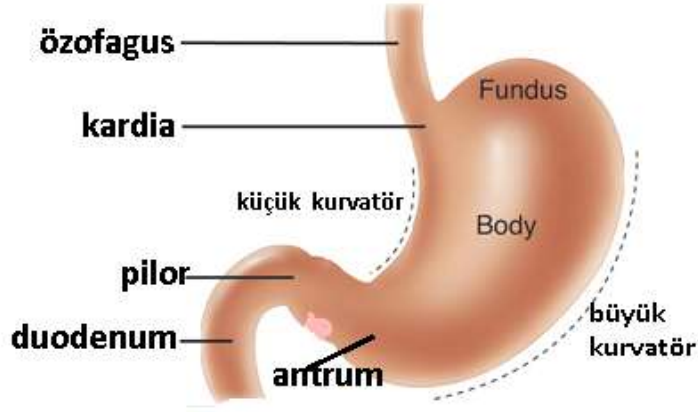


Alt özofageal sfinkter

Resim 2. 7: Endoskopik balon dilatasyonu

2.2. Mide ve Duodenumun Cerrahi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı

Mide karın bölgesinin üst ve orta kısmında ve diyafragmanın hemen altında yer alır. Midenin cerrahi anatomisini kardiyak, fundus, korpus, antrum ve pilor kanalı oluşturur. Özofagus ile birleşim yerinde kardiyak (özofajial) sfinkter, duodenum ile birleşim yerinde pilorik sfinkter yer alır.



Resim 2. 8: Midenin bölümleri

Midenin görevleri; protein-karbonhidrat sindirimini bazı aşamalarını gerçekleştirmek ve intrinsek faktör yapımıdır.

Mide ve duodenumun cerrahi hastalıkları; peptik ülser ve tümörlerdir.

2.2.1. Peptik Ülser

Özofagus, mide ve duodenum duvarında oluşan kronik yaralara 'peptik ülser' denir. Peptik ülserlerin çoğu duodenumda görülür.

➤ Nedenleri:

- Helicobacter pylori infeksiyonu
- Nonsteroid antiinflamatuvar ilaçların aşırı kullanımı
- Asit salgısının artışı
- Hipervagotoni (Vagus, midenin motor siniridir. Mide asidini kontrol eder. Hipervagotoni ise vagal tonusun artmasıdır.)
- Stres ve duygusal etkenler: Bu etkenler(üzüntü, açlık hissi vb.) vagal yolla asit salgısını arttırarak ülser oluşturur.
- Kolalı içecekler ülser yapıcı maddelerdir.
- Sigara ülsere yatkınlığa neden olur.

➤ **Belirti ve bulgular:**

En tipik belirti ağrıdır. Ağrı epigastriumdadır. Hasta ağrıyı yanma, kazınma, aşırı açlık hissi şeklinde tarif edebilir. Ağrılar mevsimsel olarak ortaya çıkar, sonra kesilir. Zaman içinde tekrarlar. Bulantı, kusma, regürjitasyon, hipersalivasyon diğer belirti ve bulgulardır.

Gastroduodenoskopi ile tanı konur. Peptik ülser komplikasyonları, kanama, perforasyon ve tıkanıklıktır (stenoz).



Resim 2. 9: Peptik ülser

➤ **Tedavi:**

Medikal tedavide; antiasitler, mukozayı koruyucu ajanlar ve proton pompası inhibitörleri kullanılır. Peptik ülser tıbbi tedaviyle iyileşmediğinde ya da ülser komplikasyonları geliştiğinde cerrahi tedavi uygulanır.

➤ **Cerrahi tedavi:**

- Subtotal gastrektomi/antrektomi, (antrumdan asit salgılandığından bu bölüm çıkarılarak asit salgılanması önlenir.)
- Vagotomi (Asit salgılayan hücreleri uyaran sinirlerkesilir.)
- Kombine ameliyatlara: vagotomi + antrektomi

Bu girişimlerin hepsinin tek hedefi midenin asit salgısının olabildiğince azaltılmasıdır.

➤ **Mide ameliyatlarında hemşirelik bakımı**

- **Ameliyat öncesi hazırlık:** Perforasyon veya kanama gibi bir durum nedeniyle acil ameliyat uygulanacak hasta korku içindedir. Bu durumdaki hastaya neler yapılacağı telaşlanmadan anlayacağı şekilde açıklanmalıdır. Planlanmış ameliyat uygulanacaksa hastaya ameliyat öncesinde çeşitli tanı testleri uygulanabilir. Hemşire, tanı testleri için gerekli hazırlıkları yapmalı ve tanı testlerinden sonra gerekli bakımı uygulamalıdır. Ameliyattan önce ameliyat hakkında açıklama yapılmalıdır. Hastaya

derin solunum ve öksürük egzersizleri öğretilmelidir. Batının üst kısmındaki insizyonların derin solunumu güçleştirip solunum komplikasyonu riskini artıracığı için bu egzersizlerin önemi hastaya açıklanmalıdır.

- **Ameliyat sonrası bakım:** Mide ameliyatlarından sonraki bakım NG tüplü hastanın bakımı gibidir. Hemşire, genel ameliyat sonrası bakıma ek olarak NG
- tüpten gelen drenajı kontrol etmelidir. Ameliyat yerinden akıntı olup olmadığını gözlemlemeli, kanama varsa doktora bildirmelidir. Ameliyattan sonraki ilk saatlerde drenajın parlak kırmızı renkte olması normaldir, saatler ilerledikçe drenajın rengi koyulaşmalıdır. Ameliyat sonrasında analjezikler verilerek hasta rahatlatılmalıdır. Hastanın 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. Ağız yoluyla beslenmeye geçileceği zaman hastaya 30 ml su verilir ve NG tüp klemplenir. Bir saat sonra NG tüp aspire edilerek verilen suyun emilip emilmediği kontrol edilir. Hasta suyu tolere edebiliyorsa NG tüp çıkarılarak ağızdan beslenmeye geçilir. Hasta azar azar günde 5-6 öğün yemek yemelidir. Ameliyattan sonra beslenmeye erken dönemde başlanmamalı ve besin miktarı hızla artırılmamalıdır. Mide ameliyatından sonra erken dönemde görülebilecek kanama, obstrüksiyon ve dikişlerin açılması gibi komplikasyonlar izlenmelidir. Hastanın aldığı-çıkarıldığı dikkatli bir şekilde izlenmeli ve kaydedilmelidir.

2.3. İnce Bağırsağın Cerrahi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı

İnce bağırsak, karın boşluğuna yerleşmiş yaklaşık 6 m uzunluğunda duodenumun 1. kısmı hariç mobil bir organdır. Anatomik olarak duodenum, jejunum ve ileum olarak üç bölümde incelenir. Duodenum ve jejunum üst karın bölgesine ileum ise alt karın bölgesine yerleşir. İnce bağırsakların iç yüzünde spiral mukoza kıvrımları bulunur.

İnce bağırsak sindirimin ve emilimin hemen hemen tamamının gerçekleştiği yerdir. Duodenum ve jejunumda safra asitleri ve pankreas enzimlerinin etkisi ile karbonhidratlar, yağlar ve proteinler sindirilir ve emilir.

2.3.1. Meckel Divertikülü

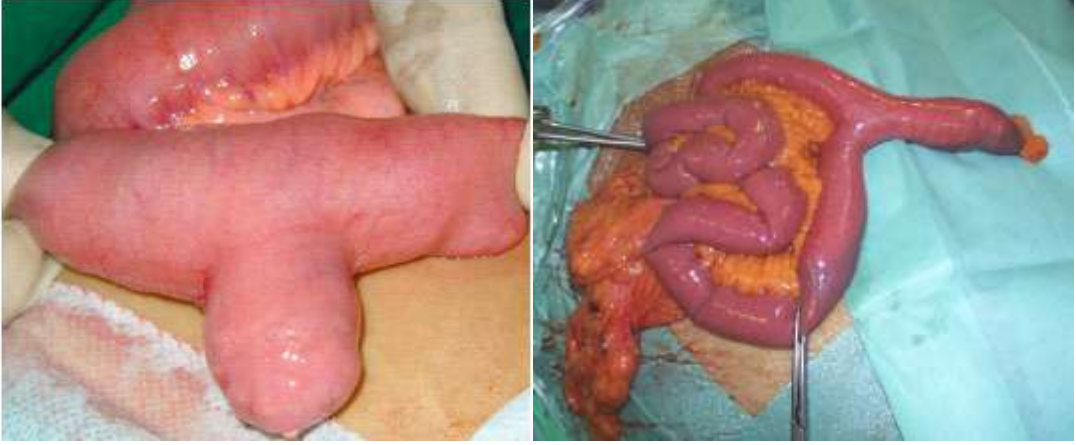
Meckel divertikülü, yaygın olarak görülen konjenital gastrointestinal anomalilerden birisidir. Meckel divertikülü; ince bağırsağın son kısmında bulunan, kese tarzında bağırsağa açılan bir yapıdır. Divertikülün boyu 1-10 cm arasında değişir ve olguların çoğunda bağırsak mukozası yerine mide mukozası içerir. Buradaki mide mukozası salgıları çevre dokuları tahriş eder. Tahriş sonucu ince bağırsakta kanama, enfeksiyon (divertikülit) ve perforasyon görülebilir. Erkeklerde kadınlardan iki kat daha fazla görülmektedir. Klinik yaşla birlikte

değişmektedir ve yaşla birlikte komplikasyon oranı da artmaktadır. 20 yaşın altındaki hastalarda en önemli komplikasyon kanama iken ileri yaşlarda -özellikle 40 yaşından sonraki dönemde- en önemli komplikasyon tıkanmadır. Tanı, sintigrafi ile konur.

➤ **Belirti ve bulgular**

Meckel divertikülü çoğu zaman asemptomatiktir ancak belirti görülen hastalarda:

- Karın ağrısı,
- Bağırsak tıkanması,
- Ağrısız kanlı dışkı,
- Bulantı- kusma,
- Kanamaya bağlı anemi görülür.



Resim 2.10: Meckel divertikülü

➤ **Tedavi:**

Divertikül, cerrahi olarak çıkarılır veya komplikasyonlara yönelik (kanama veya tıkanma gibi) cerrahi girişim uygulanır.

➤ **Bağırsak ameliyatlarında hemşirelik bakımı:**

- **Ameliyat öncesi hazırlık:** Bağırsak ameliyatları; divertiküller, herniler obstrüksiyonlar ve tümörler gibi çeşitli nedenlerle uygulanır. Ameliyat sonrası enfeksiyonun önlenmesinde en önemli etken bağırsaktaki bakterilerin azaltılmasıdır. Bu amaçla ameliyat öncesinde bağırsakların mekanik temizliği (tüm bağırsak irrigasyonu) yapılır. Ameliyattan bir gün önce hastaneye yatırılan hastanın midesine NG tüp yerleştirilir, serum fizyolojik veya izotonik sıvı verilir. İshal genellikle 20-30 dakika sonra başlar ve temizleme etkisi 90 dakika ile 12 saat arasında görülür. “Tüm bağırsak irrigasyonu” tekniğinin bulantı, kusma, kramp tarzında ağrı, geğirme ve abdominal distansiyon (karında şişkinlik) gibi yan etkileri gelişebilir. Tüm bağırsak irrigasyonunun amacı ve nasıl uygulanacağı

hastaya açıklanır. İşlem öncesi ve sonrası hastadan kan örneği alınarak hematokrit, BUN ve elektrolit değerleri belirlenir. Hastanın aldığı-çıkardığı izlenir. Hasta, işlem öncesi ve sonrası tartılır. İşlem öncesinde ve işlem süresince 30 dakikada bir hastanın yaşam bulguları izlenir. Hastanın damar yolu açıklığı sağlanır. Bağırsak temizliği sağlandıktan sonra işlem sonlandırılır. Ameliyata alınana kadar hastaya ağız yoluyla hiçbir şey verilmez.

- **Ameliyat sonrası bakım:** Yapılan ameliyata ve uygulanan anesteziye göre değişir. Bazı ameliyatlarda bağırsak açılır, (tümörün çıkarılması vb.) bazı ameliyatlarda ise bağırsak açılmaz (herni onarımı vb.). Hasta, herni ameliyatlarından sonra kısa sürede ayağa kalkar ve iyileşir. Bağırsak rezeksiyonunu gerektiren ameliyatlardan sonra ise hastanın iyileşmesi çok daha uzun sürer. Bağırsak ameliyatlarından sonra bağırsak aktivitesinin geri dönmesi önemlidir. Bağırsak aktivitesinin geri dönmesi, hastanın gaz çıkarması ve stetoskolla bağırsak seslerinin işitilmesiyle belirlenir. Peristaltik aktivite dönünceye kadar NG tüp uygulanır. Peristaltik aktivite geri dönüp hasta oral yolla besinleri tolere edebilecek duruma gelince önce sıvılar verilir. Daha sonra sırasıyla yumuşak ve katı gıdalara geçilir. Drenlerden gelen drenajın özelliği, miktarı ve kokusu değerlendirilir. Kolostomi torbası varsa değiştirilirken ameliyat yarasının dışkıyla bulaşması önlenir.

2.4. Kalın Bağırsağın Cerrahi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı

Kalın bağırsağın uzunluğu 100-125 cm'dir. Çekum, çıkan kolon, transvers kolon, inen kolon, sigmoid kolon ve rektum gibi anatomik kısımları vardır. Kalın bağırsağın çapı çekumda en genişken (8,5 cm) rektuma doğru giderek daralır.

Kalın bağırsağın görevi; suyun ve elektrolitlerin emilimini gerçekleştirmek, içindeki maddelerin ilerlemesini ve defekasyona kadar dışkının depolanmasını sağlamaktır.

2.4.1. Akut Apandisit

Apandis (appendix vermiformis) karın **sağ alt** kadranda, kalın bağırsak başlangıç kısmında, çekumun ucunda parmak şeklinde bir organdır. Uzunluğu genellikle 7-10 cm arasındadır. Apandisin vücuttaki görevi tam olarak aydınlatılmamış olmakla birlikte bağışıklık sistemiyle ilgili bazı maddeler salgıladığı bilinmektedir ancak apandisin alınması durumunda vücutta önemli bir fonksiyon kaybı görülmemektedir.

Apandisit: Apandisin iltihaplanmasıdır. Her yaşta görülebilmemesine karşın en çok 10 ile 30 yaşları arasında görülür. Hastalık apandis lümeninin tıkanması, mukozal doku iskemisi, bakteriyel invazyon ve enfeksiyon, apandis dokusunun yapısının bozulması ve perforasyon sonucu meydana gelir. Fizik muayene, ultrason ve laboratuvar testleri (Lökositoz vardır.) ile tanı konur.

➤ **Belirti ve bulgular:**

- Göbek çevresinde ağrı ile başlar. 4-6 saat sonra ağrı sağ alt kadranda devam eder. Ağrı kramp tarzındadır.
- İştahsızlık
- Ateş
- Taşikardi
- Bulantı–kusma

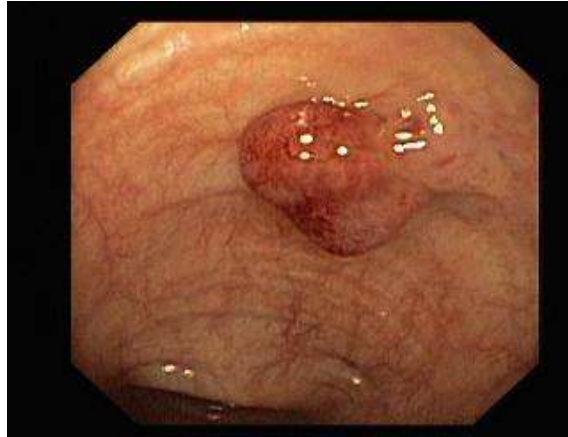
Komplikasyonlar, apandis rüptürü ve peritonittir. Tanısı gecikmiş olgularda ve çocuklarda bu bulguya daha sık rastlanır. Postoperatif komplikasyonlar, yara enfeksiyonu ve ileustur. İleus, yapışıklığa bağlı olarak meydana gelir.

➤ **Tedavi:**

Apandisit tanısı kesinleşinceye kadar hastaya ağrı kesici, yiyecek ve içecek verilmez. Akut apandisit, acil cerrahi müdahale gerektiren bir durumdur. Cerrahi olarak apandis çıkarılır (appendektomi). Ameliyattan sonra yaraların 2-3 gün kapalı kalması yeterlidir. Üçüncü gün pansuman çıkarılıp banyo yapılabilir. Dikişlerde kızarıklık, akıntı vb. bir sorun yoksa tekrar pansuman gerekmez. Doku kendiliğinden eriyen gizli dikişlerle yaklaştırılmışsa dikiş alınması gerekmez. Görünür dikişler konulmuşsa ameliyattan bir hafta sonra dikişler alınmalıdır.

2.4.2. Polipler

Polip, mukozadan lümeneye doğru gelişen oluşumlardır. Polip bir ya da birden fazla sayıda olabilir. Çok sayıda ve yaygın olduklarında “polipozis” olarak adlandırılırlar. Polip çıktığı mukozaya ince bir uzantıyla bağlıysa "saplı polip", geniş bir tabanla oturuyorsa “geniş tabanlı sapsız polip” denir. Poliplerin çoğu iyi huylu olmasına karşın bazılarında kanser gelişimi görülmektedir. Polipler mide, ince bağırsak ve kalın bağırsakta oluşabilir. Kalın bağırsaktaki poliplerin % 70’i sigmoid kolon ve rektumda bulunmaktadır. Polip tanısı kolonoskopi veya ilaçlı bağırsak röntgeniyle konur.



Resim 2.11: Bağırsakta polip

➤ **Risk Faktörleri:**

- Yaş: 40 yaş civarında risk başlar.
- İltihabi bağırsak hastalıkları: Ülseratif kolit ve Crohn hastalığı gibi bir iltihabi bağırsak hastalığı zemininde geliştiklerinde kanser riskinin arttığı bilinmektedir.
- Aile öyküsü: Anne, baba veya kardeşlerde kalın bağırsak poliplerinin olması durumunda, çocuklarda polip olma olasılığı artar.
- Sigara
- Alkol
- Hareketsizlik
- Şişmanlık

➤ **Belirti ve Bulgular:**

Kalın bağırsak poliplerinin büyük bölümü belirti vermezler ve tesadüfen kolonoskopi ya da bağırsak röntgeninde tespit edilirler. Kalın bağırsak polipleri bazen kanama, bağırsak hareketlerinde değişiklik ve karın ağrısı gibi belirtiler verebilir.

➤ **Tedavi:**

Kalın bağırsak poliplerinin kolonoskopi sırasında sadece gözle bakılması ile kanserleşme olasılıklarını anlayabilmek mümkün olmadığından alınmaları önerilir. Polipler elektrokoterle veya kement şeklindeki telle alınır (polipektomi). Polipektomi için hastayı hastaneye yatırmaya gerek yoktur. İşlem ayakta tedavi şeklinde yapılır. Endoskopi ile polip alma (polipektomi) işlemi sonrasında görülen komplikasyonlar:

- Kanama
- Delinme: Koterin ısı etkisine bağlı olarak düşük de olsa bağırsakta delinme olabilir. Hastalarda işlemden sonra gelişen şiddetli karın ağrısı, karında şişkinlik, yüksek ateş, bulantı gibi bağırsak delinmesi belirtileri olabilir.

2.4.3. Hemoroid Hastalığı

Normalde kalın bağırsağın dışarı açılan en son kısmında süngersi yapıda ven ağları (hemoroidal damarlar) bulunur. Bu ven ağının vücutta önemli fonksiyonları vardır. Bu fonksiyonlar;

- Normalde bu damar ağlarında biriken kan anüsün tam olarak kapanmasını sağlar. Böylelikle hemoroidal damarlar, kişi istemli olarak anüsü kontrol eden kaslarını kasmadığı hâlde, dışkılama kontrolünün sağlanmasına yardımcı olur.
- Anüsü çevreleyen sfinkterin üzerinde koruyucu bir yastık tabakası işlevi görür.
- Dinlenme ve uyku hâlinde anüsü tam kapatarak dışkının dışarı sızmasını engeller.



Resim 2.12: Hemoroid

Hemoroidal damarlar yerleşim yerine göre eksternal (dış) ve internal (iç) olarak ikiye ayrılmaktadır. Dış hemoroidler anüsün çevresinde yer alır ve ince bir deri ile kaplıdır. İç hemoroidler ise anüsün içinde bulunur ve mukoza ile kaplıdır.

Anüs ve rektumda bulunan hemoroidal damarların aşırı derecede genişlemesi ve bazen anüsten dışarı taşması '**hemoroid hastalığı**' olarak adlandırılır.

➤ **Nedenler:**

Karın içi basıncını artıracak faktörler, hemoroidal hastalık görülme olasılığını artırır. Karın içi basıncını artıran faktörler şunlardır:

- Kabızlık
- Kronik öksürük
- Hamilelik
- Şişmanlık
- Ağır kaldırma

➤ **Belirti ve Bulgular:**

- Dışkılama sırasında kanama: En sık görülen belirtisidir. Kanama sıklıkla damla damla taze parlak kırmızı renktedir. Dışkının üzerinde veya tuvalet kâğıdında kan fark edilebilir.
- Dışkılama esnasında anüste ele gelen şişlikler: Hasta anüsten dışarı doğru çıkan yumuşak bir şişlikten, kitleden şikâyet eder. Bazı hastalar bu dışarı çıkan şişliği makat içine doğru içeriye itebilirler.
- Anal bölgede kaşıntı: Hemoroidal damarların normal işlevlerini yapamaması sonucu anal bölgenin hijyeni bozulur. Anüsün tam kapanmaması ile dışkı ve akıntı kaçağı olur. Buna bağlı kaşıntı ortaya çıkar.

- Ağrı: Hastalar bu şikâyetlerini tam olarak ifade edemezler. Sancı, sızlama veya yanma şeklinde bir his olarak tanımlayabilirler. Özellikle dış hemoroidlerin tromboze (damar içinde kan pıhtısı oluşması) olması şiddetli ağrıya neden olur.
- Sürekli olarak anal kanalın dışında kalan ve dokunulduğunda ağrılı olan şişlikler: İç hemoroidlerin makattan dışarı sarkması sonucu gelişebileceği gibi dış hemoroidlerin tromboze olması ile de ortaya çıkabilir.

➤ **Tanı:**

Fizik muayene ile konur. Bu muayenede hasta yan yatar pozisyonda, ayakta veya dizlerinin üzerinde öne eğilmiş pozisyonda doktor tarafından önce gözle incelenir sonra rektal tuşe ile muayene tamamlanır. Gözle muayene ve rektal tuşe hemoroid hastalığı tanısı koymak için genellikle yeterli olur ancak hemoroid benzeri yakınmalar kolon kanseri gibi hastalıklarda da görülebileceğinden ve hemoroidle birlikte muayenede fark edilemeyen başka hastalıklar da bulunabileceğinden tedaviye başlamadan önce endoskopik muayene yapılır.

➤ **Tedavi:**

Tedavi yöntemine ve zamanı, hastalığın etkilediği bölge (iç veya dış hemoroidal hastalık), hastalığın evresi ve şikâyetlerin şiddeti göz önüne alınarak karar verilir.

Tedavide; dışkılama alışkanlığının düzenlenmesi, diyetin düzenlenmesi, oturma banyosu ve ilaç tedavisi yapılır. Tıbbi tedaviye cevap vermeyen veya ileri evre hemoroidlerde cerrahi tedavi gerekir.

➤ **Cerrahi Tedavi:**

- Lastik bant yöntemi ile bağlama (band ligasyon):İç hemoroidlerin tedavisinde kullanılır. Dışarı doğru sarkan ve kanayan hemoroidlere uygulanır. Bağlanan hemoroid dokusu 3-5 gün içinde nekroze olarak düşer.
- Enjeksiyon (Skleroterapi): Anüsten dışarıya çıkmayan ve kanama şikâyetine neden olan iç hemoroidlerin tedavisinde kullanılmaktadır. Hemoroidal damarlar içine bir sıvı (fenol solüsyonu) enjekte edilir.
- Hemoroidektomi: Hemoroidlerin çıkartılması işlemidir.

Cerrahi tedavinin risk ve komplikasyonları:

- Ameliyat sonrası dönemde bir süre dışkılama yaparken ağrı ve batma hissi olabilir.
- Yara yerinden iltihabi akıntı olabilir.

- Ameliyat sırasında veya sonrasında kanama olabilir. Bu kanamaya bağlı tekrar ameliyat gerekebilir.
- Ameliyat sonrası dışkılama alışkanlığında değişiklik ve dışkı kontrol mekanizmalarında bozulma olabilir ancak bu durum zamanla düzelir.
- Hemoroid hastalığı cerrahi tedaviden sonra tekrarlayabilir. Tekrarlamaması için yüksek lifli diyet tercih edilmelidir.

2.4.4. Peri Anal Apse

Anüsü çevreleyen ve istemsiz olarak gaz ve gaita çıkışını engelleyen dairesel kas lifleri arasında, tuvalet sırasında kayganlığı sağlayan ve bölge cildini nemlendiren salgı bezleri vardır. Salgı bezlerinin iltihaplanması ve tıkanması sonucu apse oluşur. Anüs çevresinde gözenekli doku olduğundan irin çevreye yayılabilir ve cilde uzanıp kendiliğinden boşalabileceği gibi (fistül) çoğu kez acil cerrahi girişim gerektirebilir. Peri anal apse tanısı fizik muayene, rektal tuşe ve endoanal USG ile konur.



Resim 2.13: Peri anal apse

➤ **Nedenleri:**

- Enfeksiyonlar
- Travma
- Crohn hastalığı

➤ **Belirti ve bulgular:**

- Anüs çevresinde zonklama veya şiddetli ağrı (Ağrı hastanın oturmasını önleyecek kadar çok olabilir.)
- Anüs çevresinde ısı artışı
- Ateş, titreme
- Cilt altına kadar uzandığında anüs çevresinde kızarıklığın ve şişliğin belirgin hâle gelmesi

➤ **Tedavi:**

Peri anal apsenin tedavisinde en kısa sürede irin boşaltılır ve antibiyotik başlanır. Lokal veya genel anestezi yapıldıktan sonra apse cerrahi olarak açılır ve irinin toplanmış olduğu boşluk tamamen temizlenir, antiseptik çözelti ile yıkanır. Apsenin derin yerleşimli olması durumunda içine diren konularak pansumanlar sırasında apse boşluğunun yıkanabilmesi sağlanır. Hastaya antibiyotik başlanır.

2.4.5. Anal Fissür

Anal fissür, anal kanal üzerindeki çatlak ya da yırtıktır. En sık 20-40 yaş arasında görülür. Anal fissüre travmatik bir olayın neden olduğu düşünülmektedir. En çok rastlanan travmatik olay ise sert dışkılamadır. Anal fissür akut ya da kronik olabilir. Tanı, İnspeksiyon (gözle muayene) ile konur. Lokal anesteziyle rektal tuşe ve anoskopi de tanıda kullanılır.



Resim 2.14: Anal fissür

➤ **Belirti ve Bulgular**

- Defekasyon sırasında ağrı, anal fissürün tipik belirtisidir. Ağrı şiddetli, dayanılmaz, kesici ve yanıcı özellikte olabilir. Defekasyon sırasında başlayan ağrı defekasyon sonrası saatlerce sürebilir. Hastalar ağrılı defekasyon nedeni ile defekasyon yapmak istemezler ve geciktirirler ancak gaita daha da sertleşir ve sert gaita daha fazla ağrıya ve fissürün kronikleşmesine neden olur.
- Defekasyon sırasında kanama görülür. Kanama genellikle parlak kırmızı renkte ve miktarı azdır.
- Kronik fissürlerde anüste şişlik şikâyeti vardır.

➤ **Tedavi:**

Fissürlerde konservatif (koruyucu) ve cerrahi tedavi uygulanır. Konservatif tedavi akut fissürlerde yapılır. Bu tedavide hastanın diyeti düzenlenir. Kabızlığı önlenir. Sıcak suya

oturma banyosu, lokal anestezi pomatlar verilir. Birkaç ayda iyileşme olmayan anal fissürler cerrahi olarak tedavi edilir. Cerrahi olarak uygulanan teknik lateral subkutan internal sfinkterotomidir. Bu teknikle anal sfinkter spazmı ortadan kaldırılır ve fissürün iyileşmesi sağlanır.

Hastanın kaygılarını en aza indirmek amacıyla ameliyat öncesi hastalığı ve yapılacak ameliyatla ilgili bilgi verilmelidir. Ameliyat öncesi özel bir hazırlık gerekmez. Bağırsak temizliği yapılmaz. İşlem lokal veya genel anestezi altında uygulanabilir.

2.4.6. Peri Anal Fistül

Cilt ve anal kanal arasında normalde olmaması gereken bir bağlantının (kanalın) oluşmasına 'peri anal fistül' denir. Olguların çoğunda peri anal apse hikâyesi vardır. Fizik muayene, kolonoskopi ve endorektal ultrasonla fistül tanısı konur.

➤ **Belirtiler:**

Anal bölgeden kirli sarı-yeşil akıntı ve anüste sürekli ıslaklık hissidir.

➤ **Tedavi:**

Tedavideki ana ilke bağırsak ile deri arasında gelişmiş olan bağlantıyı ortadan kaldırmaktır. Genellikle fistülotomi (fistülün açılması) / fistülektomi (fistülün çıkarılması) tercih edilir. Bu işlem sırasında anüs bölgesini kontrol eden kasların bir kısmı da kesilir. Fistülün dışkıyı kontrol eden kas (eksternal sfinkter veya istemli kas) ile ilişkisinin olduğu belirlenirse bu durumda iki aşamalı onarım tercih edilerek işlem ikinci bir ameliyat ile pekiştirilir.

Hastaya ameliyat sonrası dönemde baklagillerden (bakla, bezelye, fasulye, nohut, mercimek vb.) zengin posa yani lif bırakan bir diyet şekli önerilir.

2.5. İntestinal Obstrüksiyonlar (Bağırsak Tıkanmaları/İleus)

Bağırsak tıkanmalarında, bağırsak içeriğinin anüse doğru gidişi bozulmuş ya da durmuştur. Bu olay bağırsak lümenini tıkayan bir nedene bağlı ise mekanik tipte intestinal obstrüksiyon vardır. İnce bağırsak obstrüksiyonları sıklıkla postoperatif gelişen yapışıklıklar (adezyon) ve fitiklara; kolon obstrüksiyonları ise kanser ve volvulusa (bağırsak düğümlenmesi) bağlıdır.

Fizik muayene (abdominal distansiyon, bağırsak seslerinin durması vb.), rektal tuşe ve radyografilerle tanı konur.

➤ **Nedenler:**

- Bağırsak lümeninin daralması veya tıkanması: Rektumda feçesin taşlaşması, baryumun sertleşmesi, yumak hâline gelmiş parazitler vb.

- Bağırsak duvarı lezyonları: Konjenital atreziler, imperfore anüs, Meckel divertikülü, travma, enfeksiyonlar (ülseratif kolit gibi), tümörler vb.
- Bağırsak dışı nedenler: Adezyonlar (yapışıklıklar), herniler vb.
- Yetersiz bağırsak motilitesine bağlı intestinal obstrüksiyonlar: Megakolon, paralitik ileus vb.

➤ **Belirti ve Bulgular:**

- Karın ağrısı
- Gaz ve gaitanın çıkarılmaması
- Kusma (hipovolemiye neden olabilir.)
- Abdominal distansiyon (tıkanma olan bağırsak segmentinin üstünde sıvı ve gaz birikmesine bağlıdır.)
- Yüzeysel solunum (abdominal distansiyona bağlı diyaframın yukarı itilmesine bağlıdır.)

Obstrüksiyonlarda sıvı-elektrolit dengesizliği ve peritonit gibi komplikasyonlar gelişebilir.

➤ **Tedavi:**

İntestinal obstrüksiyonlar -özellikle ince bağırsak obstrüksiyonları- acil cerrahi girişimi gerektiren ciddi durumlardır. İntestinal obstrüksiyonlar 24 saat içinde tanılanıp tedavi edilmezse mortalite yükselir.

İntestinal obstrüksiyonlarda tedavi, başlangıçta sıvı-elektrolit tedavisi ile gastrointestinal sistemin dekompresyonu (baskının kaldırılması) ve bu yöntemlerle düzelmeyen durumlarda cerrahi olarak yapılır.

İntestinal obstrüksiyonların tedavisinde en önemli noktalardan birisi akut gelişen hipovoleminin düzeltilmesidir. Sıvı kaybının yanı sıra elektrolit eksiklikleri, özellikle potasyum eksikliğinin düzeltilmesi gerekir ancak hastaya potasyum verilebilmesi için idrar atımı yeterli olmalıdır.

➤ **Kolon obstrüksiyonlarında cerrahi yaklaşım**

Özellikle kolon kanserleri uzun zamanda yavaş gelişen bir obstrüksiyona yol açar. Dekompresyon amaçlı geçici kolostomi yapılır. Kusma, oral alım azlığı ve absorpsiyondaki azalmadan dolayı IV sıvı replasmanı yapılır. Hastanın kan basıncı, kalp hızı, idrar çıkışı takibi yapılır. Hastaya doktor istemine göre, geniş spektrumlu antibiyotik başlanır. Cerrahi olarak tıkalı kısım çıkarılarak bağırsaklar ağızlaştırılır.

İntestinal obstrüksiyonu olan hastaya uygulanacak bakım

- Hastaya sıvı ve elektrolitler parenteral olarak verilir.
- Ameliyattan önce antibiyotik başlanır.
- Distansiyonu gidermek için ameliyattan önce intestinal dekompresyon uygulanır.
- Kusmuk ve intestinal tüpten gelen drenaj ölçülür. Rengi, kokusu ve görünümü kaydedilir.
- Hastanın kan elektrolit değerleri ve pH değeri kontrol edilir.
- Kusma, distansiyon artışı, ağrı ve ateş gibi belirti-bulgular strangülasyon (kan akımının engellenmesi) belirtileri olup hemen doktora bildirilir.
- Yaşam bulguları şok yönünden izlenir.
- Saatlik idrar miktarı 40 ml altına düşerse doktora bildirilir.

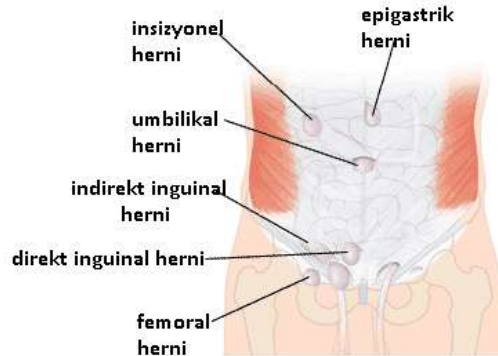
2.6. Herniler

Karın duvarı karın içi organların korunmasında, solunum hareketlerinde, defekasyon ve doğum eylemi gibi olaylarda önemli bir fonksiyona sahiptir. Herni (fitik) herhangi bir vücut bölümünün çıkıntı yapmasıdır. Fıtıkların büyük çoğunluğu karın duvarında doğuştan ya da sonradan oluşmuş bir zayıflık nedeniyle oluşur.

➤ Nedenler:

- Karın duvarındaki defekt: Konjenital kollojen doku zayıflığı ya da travma nedeniyle olabilir.
- Karın içi basıncın artması: Hamilelik ya da şişmanlık nedeniyle karın içi basınç artar. Ağır eşya kaldırma, öksürük ve künt travmalar da karın içi basıncını artırabilir.

Herni tanısı; fizik muayene, USG, BT ve laboratuvar tetkikleri (BUN yüksektir.) ile konur.



Resim 2.15 :Karın ön duvarı fıtıkları

➤ **Herni Çeşitleri:**

- **İnguinal herni (kasık fıtığı):** Kasık kanalı; karın duvarı alt-yan bölümünde bulunan erkeklerde testis, kadınlarda ligamentum rotundumun içinden geçtiği ve bu yapıların eğik olarak aşağıya inişine yarayan bir kanaldır. Yağ, bağırsak gibi yapıların kasık kanalından dışarı çıkıntı yapmasına 'inguinal herni' denir. İnguinal herni erkeklerde daha fazla görülür. Yeni doğanlarda ve 50 yaştan sonra sıklığı artar. Belirtileri kasıkta şişlik ve ağrıdır.
- **Femoral herni:** Femoral halkadan oluşan hernidir. Kadınlarda daha sık görülür. Femoral halkada başlar, sonra genişler peritonu çeker ve mesane herni kesesi içine girer. Bu tip hernide sıklıkla inkarserasyon (sıkışma/boğulma) ve strangülasyon gelişir.
- **Umbilikal herni:** Fetüste umbilikal damarlar ile umbilikal kordun geçmesine izin veren konjenital karın duvarı defektinin devam etmesi sonucu oluşan hernilerdir. Erişkinlerde ise umbilikal herni intraperitoneal basıncın arttığı durumlarda -özellikle şişman ve çok doğum yapmış kadınlarda- daha sık görülür.



Resim 2.16: Umbilikal herni

- **İnsizyonel herni:** Ameliyat olan kişilerde enfeksiyon, yetersiz beslenme, aşırı distansiyon ve şişmanlık gibi nedenlerle insizyon yerinin tam iyileşmediği durumlarda görülür. İnsizyonel herni genellikle ameliyattan sonraki ilk yıl içinde gelişir.

➤ **Belirti ve bulgular:**

- Ağrısız şişlik: İnkarserasyonda ağrı aniden oluşabilir.
- Hernilerin her çeşidi obstrüksiyona neden olabilir. Bağırsakta obstrüksiyon olursa inkarserasyona bulantı, kusma eşlik edebilir.
- Strangülasyon devam ederse; perforasyon, apse, peritonit ve septik şok görülür.

➤ **Tedavi:**

Hernilerin tedavisi cerrahidir (Strangülasyonlu herniler acil cerrahi gerektirir.)

ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki soruları dikkatlice okuyunuz ve doğru seçeneği işaretleyiniz.

1. Aşağıdakilerden hangisi akalazyanın belirtilerindendir?
 - A) Disfaji
 - B) Perforasyon
 - C) Akciğer Apsesi
 - D) Aspirasyon Pnömonisi
 - E) Devamlı kusmalar
2. 2.Aşağıdakilerden hangisi anorektal bölgede bulunan venlerin genişlemesiyle ortaya çıkan bir durumdur?
 - A) Özofagus varis kanaması
 - B) Anal fissür
 - C) Prolapsus
 - D) Hemoroid hastalığı
 - E) Anal fistül
3. 3.Aşağıdakilerden hangisi ileusun belirtilerinden değildir?
 - A) Gaz çıkaramama
 - B) Karın ağrısı
 - C) Bulantı, kusma
 - D) Karında şişlik
 - E) Diyare
4. 4.Kalın bağırsak ile ilgili hangisi yanlıştır?
 - A) Yaklaşık 125 cm uzunluğundadır.
 - B) Asendan kolon, transvers kolon, desenden kolon ve jejunum olmak üzere dört bölümden oluşur.
 - C) Kalın bağırsakta daha çok su emilimi olur.
 - D) Kalın bağırsağa çok az emilecek madde geçer.
 - E) Kalın bağırsak rektum ve anüs ile sonlanır.
5. 5.Aşağıdakilerden hangisi mideyi oluşturan bölümlerden değildir?
 - A) Kardiya
 - B) Korpus
 - C) Pilor
 - D) Endotel
 - E) Antrum

DEĞERLENDİRME

Cevaplarınızı cevap anahtarıyla karşılaştırınız. Yanlış cevap verdiğiniz ya da cevap verirken tereddüt ettiğiniz sorularla ilgili konuları faaliyete geri dönerek tekrarlayınız. Cevaplarınızın tümü doğru ise bir sonraki öğrenme faaliyetine geçiniz

ÖĞRENME FAALİYETİ-3

AMAÇ

Sindirim sisteminin yardımcı organlarında görülen cerrahi hastalıkları ve sindirim sistemi tümörlerini kavrayabileceksiniz

ARAŞTIRMA

- Beslenme ve sindirim sistemi kanserleri arasındaki ilişkiyle ilgili bir araştırma yaparak edindiğiniz bilgileri sınıfta arkadaşlarınızla paylaşınız.

3. SİNDİRİME YARDIMCI ORGANLARIN CERRAHİ HASTALIKLARI VE SİNDİRİM SİSTEMİ TÜMÖRLERİNDE BAKIM

3.1. Karaciğerin Cerrahi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı

Ağırlığı 1200-1600 gr arasında değişen, vücuttaki en büyük bez olan karaciğer karın boşluğunun üst tarafında sağ hipokondrium ve epigastriumdan sol hipokondriuma kadar uzanır. Karaciğer sağ ve sol olmak üzere iki loba ayrılır.

- **Karaciğerin Fonksiyonları:**
 - Kan glikoz düzeyini normal sınırlarda tutar (glikozu, glikojene dönüştürür. Yağ ve proteinlerden glikoz sentezler.).
 - Vitamin ve mineralleri depolar.
 - Plazma proteinleri ve pıhtılaşma faktörlerini üretir.
 - Toksin ve ilaçları parçalar.
 - Safra asitlerini yapar.
 - Karaciğer toplam kanın 1/3'ünü depolar. Ciddi kan kayıplarında depolandığı kanı dolaşıma vererek kan hacmini normale döndürmeye çalışır.
 - Kanla gelen bakterileri fagosite ederek sistemik dolaşıma katılmalarını önler.
- **Karaciğer ameliyatlarında hemşirelik bakımı**

Karaciğer ameliyatı uygulanacak hastalara genel ameliyat öncesi hazırlığa ek olarak karaciğer fonksiyonlarını değerlendirmeye yönelik çeşitli testler uygulanır. Ameliyat öncesi

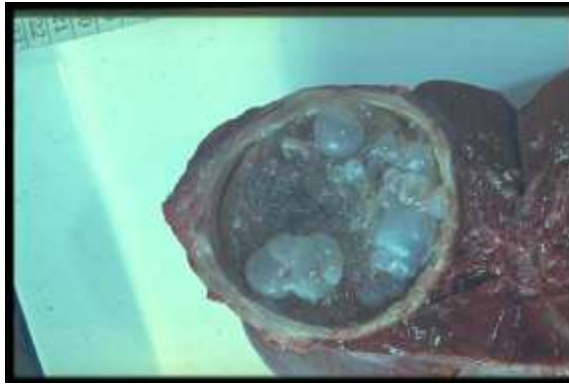
dönemde hastaların bu testler için hazırlanmaları ve test sonrası gerekli bakımın uygulanması önemlidir. Ameliyat sonrası bakımın planlanabilmesi için cerrahi girişimin hastaya hangi nedenle (kist, apse, tümör vb.) uygulanacağı ve karaciğer fonksiyonlarının ne durumda olduğu bilinmelidir. Bu nedenle hemşire karaciğerin normal fonksiyonlarını ve normalden sapma belirtilerinin neler olduğunu bilmelidir.

Ameliyat sonrası bakımda dikkat edilecek noktalar şunlardır:

- Hastada çeşitli drenler bulunabilir. Bu drenlerin nereye, hangi amaçla yerleştirildiği bilinmelidir.
- Hastanın yaşam bulguları sık aralarla izlenmelidir. Yüksek ateş ve hızlı nabız sepsisi düşündürür.
- Ameliyat sonrası solunum problemlerini önlemeye yönelik olarak hasta derin solunum ve öksürük egzersizleri için desteklenmelidir.
- Hasta karaciğer fonksiyon bozukluğu belirtileri (kanama, asit, ödem, sarılık) ve sıvı-elektrolit dengesizlikleri yönünden izlenmelidir.
- Hasta yakınlarına hastanın durumuna ilişkin açıklamalar yapılmalıdır.

3.1.1. Karaciğer Kist Hidatiği (Ekinokokkoz/Hidatidoz)

Paraziter bir hastalık olan kist hidatik hastalığı, ekinokok larvaları tarafından meydana getirilir. Kist hidatiğin etkeni kurt; tilki, kedi, köpek ve kemirici hayvanların bağırsağında yaşar. Bu hayvanların dışkılarıyla kirlenen otları yiyen koyun, keçi ve sığır gibi hayvanlara ve parazitli sebze-meyveyi oral yolla alan insanlara geçer. Parazit yumurtalar bağırsaklardan portal ven yoluyla karaciğere gelerek kist oluşturur.



Resim 3. 1: Karaciğer kist hidatiği

➤ Belirti ve bulgular:

- Karın ağrısı (Karaciğer kapsülü gerilmesine, periton irritasyonuna veya infekte kist nedeniyle ağrı oluşur.)
- Hepatomegali

- Dispepsi (Mide ya da duodenuma basıya bağlıdır.)
- Bulantı, kusma
- Kilo kaybı
- Sarılık (Bası veya safra kanalına rüptüre bağlıdır.)
- Ateş (Enfekte kiste bağlıdır.)

Komplikasyonlar; kistin enfekte olması (apse) ve periton, plevra, safra kanalı gibi yapılara rüptürdür.

➤ **Tanı:**

Direkt grafi, ERCP, USG gibi görüntüleme yöntemleriyle ve laboratuvar testleriyle konur.

➤ **Korunma ve tedavi:**

Bu hastalıktan korunma çok önemlidir. Korunmada köpek ve kemirici dışkılarıyla el ve besinlerin kirlenmesini önlemek, antihelmintiklerle evcil hayvanları tedavi etmek, enfekte koyun ve sığırları uygun şekilde imha etmek yer alır. Tıbbi tedavi ve cerrahi tedavi, uygulanabilecek tedavi seçenekleridir.

Cerrahi tedavi lezyonun yerine göre yapılır. Segmentektomi (karaciğer segmentinin çıkarılması), lobektomi (karaciğer lobunun çıkarılması) ve marsupyalizasyon uygulanabilir. "Marsupyalizasyon" kistin cerrahi olarak boşaltılıp kesi kıyılarına dikiş konulup deriye ağızlaştırılmasıdır.

3.1.2. Karaciğer Travmaları

Karaciğer travmaları; trafik kazası, yüksekten düşme ve künt batın yaralanmasına bağlı olarak gelişmektedir.

➤ **Belirti ve bulgular:**

- İç kanama: Ağır yaralanmalarda karaciğer rüptürü nedeniyle görülür.
- Hipovolemik şok: İç kanama sonucu ortaya çıkar.
- Peritonit gelişebilir. Peritonit belirtileri; karında hassasiyet, kaslarda kasılma ve sıvı dengesizlikleridir.

Karaciğer travması komplikasyonları; intrahepatik apse, travmatik karaciğer kisti ve abdominal yaralara bağlı enfeksiyondur. Ultrasonla tanı konur.

➤ **Tedavi:**

Tedavi cerrahidir. Aşırı kan kaybı nedeniyle oluşan şokta acilen damar yolu açılarak kayıplar yerine konulmalı, saatlik idrar izlemi ve oksijen verilmelidir. Ameliyat sonrasında

kanama, solunum ve şok açısından hasta izlenmeli, enfeksiyon ve peritonit bulguları dikkatle gözlenmelidir.

3.1.3. Karaciğer Apsesi

Karaciğer apsesi bakteriyel (E.coli) veya fungal kaynaklı olup uygun tedavi uygulanmadığında ölümcül seyreden bir hastalıktır. Sıklıkla safra kesesi ve safra yolları hastalıklarından sonra gelişir. Apse oluşumunda intraabdominal enfeksiyonlar (portal bakteriyemi, divertikülit, apandisit, pankreatik apse), kolon kanseri ve atrofik gastrit gibi hastalıklar rol oynar. Fizik muayene, laboratuvar testleri (Lökositoz, karaciğer transaminazları yüksektir.) ,direkt karın grafisi, USG ve BT ile tanı konur.

➤ **Belirti ve bulgular:**

- Ateş
- Hâlsizlik
- Titreme
- İştahsızlık, kilo kaybı
- Sağ üst kadranda ağrı
- Bulantı-kusma
- Hepatomegali
- Sarılık

Karaciğer apsesinde rüptür ve sepsis en önemli komplikasyon olup tedavi edilmeyen hastalar kaybedilir.

Tedavi: Uygun IV antibiyotik başlanarak apse cerrahi olarak drene edilir.

3.2. Safra Kesesinin Cerrahi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı

Safra kesesi karaciğerin altında yerleşmiştir. Kesenin uzunluğu 7-10 cm, genişliği 3-4 cm'dir. Hacmi normalde 30-50 ml kadardır fakat duvarlarının genişleme özelliği olduğundan yırtılmadan 200-250 ml'ye kadar mayı alabilir. Karaciğer tarafından sürekli olarak salgılanan safra, normalde safra kesesinde depo edilerek gerektiğinde duodenuma akar. Safra yolları ve safra kesesinin en önemli fizyolojik rolü, safraı yoğunlaştırmak ve iyi zamanlanmış olarak belirli miktarlarda bağırsağa akıtmaktır. Günlük toplam safra sekresyonu yaklaşık 500-1000 ml arasındadır.

Safra hacmini ayarlayan esas etken, safra kanalcıkları içine safra tuzlarının aktif olarak salgılanmasıdır. Safra tuzlarının intestinal kanalda iki önemli görevi vardır:

- Besinlerdeki yağ partikülleri üzerine deterjan etkileri mevcuttur. Partiküllerin yüzey gerilimini azaltarak küçük yağ damlacıklarına parçalanmalarına neden olurlar.
- Yağ asitleri, kolesterol ve diğer lipidlerin intestinal kanalda emilimine yardım ederler.

3.2.1. Safra Taşları (Kolelitiyazis)

Safra; kolesterol, safra tuzları, lesitin, pigmentler, inorganik iyonlar, konjuge bilirubin, elektrolitler ve sudan oluşan heterojen bir maddedir. Safra içerisindeki bu maddeler belli bir oranda bulunur ve bu denge onların eriyik şeklinde kalmasını sağlar. Safra kesesi safrayı konsantre ederken bu oranların bozulması hâlinde veya safra kesesinin fonksiyon bozukluğu ve tam boşalamaması durumunda safra içinde çökerek taşları oluştururlar. İçeriğine göre değişik safra taşları vardır. Safra taşlarının yaklaşık %90'ı kolesterol taşlarıdır. Kalanı ise pigment (bilirubin) taşlarıdır. Taşların çapları farklı olabilir. Küçük kristallerden birkaç cm çaplı taşlara kadar değişik taşlar oluşabilir.



Resim 3. 2: Safra taşları

İrk, genetik faktörler, kadın cinsiyet, yaş, alkol kullanımı, ilaç (oral kontraseptif vb.) kullanımı, hiperlipidemi ve diyabetle kolelitiyazis arasında bir bağlantı bulunur. Hastalık sarışın (kumral) beyaz tenli, 40 yaşını geçmiş, kilolu ve çok doğum yapmış kadınlarda daha sık görülür.

➤ **Belirti ve bulgular:**

Kolelitiyazisi olan insanların bir kısmında hayat boyu belirti vermeyen safra taşları vardır. Belirti veren taşlarda en sık kolesistit görülür. Kolesistit, akut veya kronik olabilir.

Akut kolesistit, safra kesesinin inflamasyonudur. Akut kolesistitli olguların % 95'inde safra kesesi taşı vardır. En sık belirtisi sağ hipokondriumda şiddetli ve devamlı ağrıdır. Ağrı sağ skapula civarı ve sağ omuza yayılabilir. Ağrıya taşikardi, ateş, bulantı ve kusma eşlik edebilir. Fizik muayenede, karın sağ üst kadranda hassasiyet saptanır. En önemli komplikasyonu rüptür ve peritonittir.

Kronik kolesistit; akut kolesistit atakları, safra kesesinde fibrozis ve duvar kalınlaşmasına yol açar. Nedbeleşme sonucunda kese fonksiyonunu yitirir. Hasta, geğirme, şişkinlik hissi, yağlı gıdalara karşı intolerans ve sağ üst kadrandan yakınır.

USG, direkt batın grafisi, oral kolesistografi, BT ve laboratuvar tetkikleriyle tanı konur.

➤ **Tedavi:**

Safra kesesi taşı oluşumunda esas neden, kesenin konsantrasyon yeteneğindeki bozukluk olduğundan problem kesenin kendisidir. Bu nedenle etkin tedavi, safra kesesinin ameliyatla çıkarılması yani kolesistektomidir. Kolesistektomi, açık veya laparoskopik olmak üzere iki yöntemle yapılır ancak laproskopik yöntem uygulanırken gerektiği durumlarda açık cerrahiye geçilebilir.

Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı öncesinde hastaya nazogastrik sonda ve idrar sondası takılır. Kolesistektomi ameliyatı sonrasında hastada NG tüp vardır ve hasta oral yolla beslenmez, IV sıvılar verilir. Bağırsak hareketleri başlayınca hasta oral yolla beslenmeye başlanır. Hastaya önce sıvı sonra yumuşak besinler verilir, daha sonra normal diyete geçilir. Diyetteki yağ miktarı hastanın durumuna ve doktorun önerisine göre belirlenir. Bu hastalarda solunum problemlerini önlemek için derin solunum ve öksürük egzersizlerine özellikle önem verilmelidir.

İnsizyon yeri diyafragma yakın olduğundan derin solunum ve öksürük egzersizleri ağrılıdır. Bu nedenle hasta egzersizleri yapmak istemez. İnsizyon yeri katlanmış bir havlu ya da küçük bir yastıkla desteklenerek egzersizler düzenli bir şekilde yaptırılmalıdır. Hastanın erken dönemde ayağa kaldırılması bağırsak aktivitesinin başlaması ve distansiyonun önlenmesi yönünden önemlidir.

3.2.2. Koledok Taşları (Koledokolitiazis)

Sağ ve sol hepatik kanallar karaciğerden çıktıktan sonra birleşerek 3-4 cm uzunluğundaki hepatik kanalı meydana getirir. Hepatik kanal, sistik kanalla birleşir ve 'koledok'u meydana getirir.



Resim 3. 3: Koledok kanalı

Safra kesesi taşı olanların % 15'inde koledok taşına rastlanır. Kese taşları sistik kanaldan koledoka geçer. Koledok taşlarının bir kısmı ise safra akımının bozulması sonucu koledokta oluşur. Koledok taşlarının %50'si belirti vermez. Diğer yarısında kolanjit (Safra yolları inflamasyonu olup en önemli belirtileri ağrı, titreme, ateş, sarılıktır.) ve pankreatit gelişebilir. USG, intravenöz kolanjiyokolesistografi ve ERCP ile tanı konur.

➤ **Tedavi:**

Cerrahi tedavi (koledokotomi veya koledokostomi) yapılır. Koledokostomi koledok kanalının cerrahi olarak açılması, taşların çıkarılması ve drenaj için T-tüp yerleştirilmesidir. Drenajın engellenmemesi için tüp bükülmemeli, bası altında kalmamalı ve gergin olmamalıdır. T-tüpten gelen drenaj düzenli bir şekilde ölçülüp kayıt edilmelidir (İlk 24 saat 300-500 ml drenaj normaldir. Ameliyat sonrası 3 ve 4. günden sonra drenaj miktarı 200 ml altında olmalıdır.). T-tüpe bağlı torba karın seviyesinden aşağıda olursa drenaj daha fazla olacağından torba karın seviyesinde tutulmalıdır. Ameliyattan birkaç gün sonra yemek yeme sırasında T-tüp klemplenir (yağların sindirimine yardımcı olmak için). T-tüp yaklaşık 10 gün kalır. T-tüple taburcu olacak hastaya;

- T-tüpün uygulanış amacı,
- T-tüp bakımı (tüpün klemplenmesi, torbanın boşaltılması, drenajın ölçülmesi ve kaydedilmesi, cilt temizliği ve pansumanların değiştirilmesi),
- Beden ısısının 37,7 C'nin üzerinde olması, hâlsizlik ve T-tüp drenajının pürülan olmasının enfeksiyon belirtisi olabileceği böyle bir durum varsa sağlık kurumuna baş vurması gerektiği,
- T-tüp drenajının normal olup olmadığını nasıl belirleyeceği açıklanmalıdır.

3.3. Pankreasın Cerrahi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı

Pankreas karın arka duvarında 1. ve 2. lomber vertebra hizasında yerleşmiş bir organdır. Erişkin insanda pankreas bezi 80-90 gr ağırlığında ve ortalama 15-20 cm uzunluğundadır. Pankreas, sağda duodenum, solda dalak arasında enine uzanır.

Pankreas hem ekzokrin hem de endokrin salgı yapan bir bezdir. Ekzokrin olarak sindirim enzimlerini salgılar. Organın endokrin salgısı (insülin, glukagon) yaşamın devam etmesi için gerekli olup Langerhans adacıklarından salgılanır.

3.3.1. Pankreas Ameliyatı Uygulanan Hastaların Hemşirelik Bakımı

Pankreas ameliyatı uygulanan hastanın bakımı rutin ameliyat sonrası bakımı; yaşam bulgularının izlenmesini, derin solunum, öksürük egzersizlerinin yaptırılmasını, sıvı-elektrolit tedavisini, yara bakımını ve psikolojik desteği kapsar.

Rutin ameliyat sonrası bakıma ek olarak;

- Hastaya uygulanan cerrahi girişimin ne olduğu, hangi amaçla uygulandığı ve komplikasyonlarının neler olduğu bilinmelidir,
- Ameliyat sırasında yerleştirilen drenajların fonksiyon görüp görmediği kontrol edilmelidir,

- T-tüp varsa fonksiyon görmüyorsa hemen doktora bildirilmelidir, (tüpten yeterli drenaj yoksa batın içine sızıntı olabilir, bu da peritonit ya da fistül oluşumuna yol açabilir).
- Hasta taburcu olmadan önce eğitim yapılmalı ve bu eğitim; yara bakımı, diyet, hipoglisemi ve hiperglisemi bulguları ve pankreas enzim tedavisine ilişkin bilgileri kapsamalıdır.

3.3.2. Kronik Pankreatit

Kronik pankreatit; fibroz doku oluşumuna yol açan, tekrarlayıcı tarzda, hafif ya da orta derecede pankreatik inflamasyon odakları ile karakterizedir. Hastalığın son döneminde pankreas dokusunda fibrozis ile birlikte pankreas ekzokrin ve endokrin yetersizliği ortaya çıkar.

Kronik pankreatit sıklıkla kronik alkolizme bağlıdır. Safra taşları, travma ve ilaçlar diğer nedenleri oluşturur. Direkt karın grafisi, USG, BT ve laboratuvar bulguları (Glukoz yüksektir.) ile tanı konur.

- **Belirti ve bulgular:**
 - Epigastrik ağrı: Bu ağrı bele doğru yayılır ve öne eğilmekle azalır, yemeklerle artar.
 - Bulantı- kusma
 - Kilo kaybı
 - Dışkı sayısında artış
- **Tedavi:**

Minimal fonksiyon bozukluğu, sık olmayan ağrı atakları ve normal sosyal ve iş yaşamı olanlarda alkol ve yağ alımının kısıtlanması yeterlidir ancak sık ve şiddetli ağrı atakları, yiyecek intoleransı ve kilo kaybı olanlarda cerrahi tedavi yapılır. Kronik pankreatitte cerrahi girişimin en sık nedeni ağrı tedavisidir. Cerrahi tedavide ya drenaj ya da hasta bölgenin rezeksiyonu uygulanır.

3.4. Sindirim Sistemi Tümörleri ve Hemşirelik Bakımı

Tümörler sindirim sisteminin herhangi bir yerinde oluşabilir. Oluşan bu tümörlerin bir kısmı benign bir kısmı malign özellik gösterebilir.

3.4.1 Özofagus Tümörleri

Özofagusta benign ve malign tümörler görülebilir. Özofagusta benign tümörlere çok fazla rastlanmaz. Özofagusun malign tümörlerinin büyük çoğunluğu karsinomlardır.

➤ **Özofagus kanserlerinde risk faktörleri:**

- Akalazya öyküsü
- Sigara ve alkol alışkanlığı
- Gastroözofajiyal reflü hastalığı
- Çok sıcak sıvı ve besin tüketme
- Kostik maddeye bağlı özofagus yaralanması

➤ **Belirti ve bulgular:**

- Yutma güçlüğü: Önce katı besinlerin, tıkanma ilerledikçe sıvı besinlerin alımında güçlük çekilir.
- Kilo kaybı
- Regürjitasyon: Tam tıkanma olduğunda ortaya çıkar.
- Nefes alıp verme sırasında pis koku hissedilmesi

Tümör çevre dokulara komşuluk yoluyla ya da lenf yoluyla yayılır. Özofagus üst kısmındaki tümörler akciğer, vertebra ve kalbe doğru basınç yapabilir. Özofagus kanserine radyolojik ve endoskopik yolla tanı konur. Cerrahi işlem için tomografi gereklidir.

➤ **Tedavi ve Bakım:**

Özofagus üst bölge tümörlerinin çıkarılması oldukça zordur ve sonrasında yüksek doz radyoterapi gerekmektedir. Orta ya da alt bölge tümörlerinde cerrahi işlem olarak özofagogastrotomi uygulanır. Bu ameliyatta özofagusun tümörlü bölümü çıkarılır mide ve özofagus birleştirilir.

- **Ameliyat öncesi** dönemde hastanın ağız yoluyla beslenmesi idealdir.
 - Hastalık oral yolla beslenmeyi henüz engellemiyorsa yutma oturur pozisyonda daha kolay olacağından yatağın başı yükseltilmelidir. Hastanın durumu bu pozisyon için elverişli değilse semi prone ya da lateral pozisyonlardan yararlanılmalıdır.
 - Hastada yutma problemi varsa nazogastrik tüp uygulanır. Özofagus tam tıkanmışsa ve nazogastrik tüp uygulanamıyorsa beslenme gastrotomiden sürdürülür.
 - Ağız bakımı yapılarak koku oluşumu ve enfeksiyon önlenmelidir.
 - Hastanın aldığı/çıkaracağı sıvı ve yiyecek miktarı kaydedilmelidir.
 - Yemek yemedeki güçlükler belirlenerek diyetleri ayarlanmalıdır.
- **Ameliyat sonrası** komplikasyonların önlenmesine yönelik bakım verilmelidir.
 - Hasta kanama, enfeksiyon, dispne, siyanoz açısından izlenmelidir.

- Hastada dren ve insizyon olduğu için yara bakımına özen gösterilmelidir.
- Nazogastrik tüp çıkarıldıktan sonra ağızdan yavaş yavaş sıvılara başlanmalı ve hasta sıvıları tolere edebiliyorsa yumuşak besinlere geçilmelidir. Hasta oturur pozisyonda ve sık aralarla beslenmelidir.
- Derin solunum, öksürük ve dönme egzersizleri yaptırılmalıdır.
- Hasta ailesi ile işbirliği içinde bakım ve tedavi gerçekleştirilmelidir.

3.4.2. Mide Tümörleri

Midenin benign ve malign tümörleri olabilir. Benign tümörler nadirdir. Midenin malign tümörlerinin % 90-95'i karsinomlar olup çoğunlukla pilorik bölgede görülürler.

➤ **Mide kanserlerinde risk faktörleri:**

Çevresel faktörler (diyet) ve ailevi öykü en önemli risk faktörüdür. Diyetle ilgili faktörler şunlardır:

- Konserve sebze
- Tuzlu soslar
- Tuzlu kurutulmuş balık
- Tütsülenmiş et-balık tüketimi
- Çok sıcak yemek yenmesi
- Yemeklerin uzun süre ateşte kalması (kızartmalar vb.).

➤ **Belirti ve bulgular:**

Genelde sinsi gidişlidir. Geç belirti verir ve belirtiler hastalığa özgü değildir. İleri durumlarda kilo kaybı, karın ağrısı, iştahsızlık ve yorgunluk ortaya çıkar.

Baryumlu üst GİS grafisi, endoskopi, biyopsi, USG, MR ile tanı konur.

➤ **Tedavi ve bakım:**

Tedavi cerrahidir. Amaç gastrektomi (midenin çıkarılması) ile birlikte lenfatiklerinin çıkarılmasıdır. Kemoterapi ve radyoterapi fazla etkin değildir ve prognoz kötüdür.

- Mide kanseri ya da tümör nedeniyle pilor tıkanması olanlarda beslenme bozukluğu ön plandadır. Ameliyattan 5-10 gün önce TPB gerekli olabilir. Katı besinleri alamayan hastalara yemekleri mikserden geçirilerek verilmelidir.
- Hematemez ve melenaya bağlı gelişen anemilerde transfüzyon gerekli olabilir.

- Hasta midesinin bir bölümü olmadan nasıl yaşayacağı endişesi taşıdığından ayrıntılı açıklama yapılarak rahatlatılmalıdır.
- İnsizyon yerinin ağrması nedeniyle hastalar yüzeysel solunum yapacaklarından solunum komplikasyonları görülebilir. Bu nedenle hasta dikkatli takip edilmelidir.
- Nozagastrik içerik ilk 6-12 saat içinde kanlı olabilir ancak parlak ve fazla miktarda kan gelmesi hâlinde hemen doktora haber verilmelidir.
- Sıvı ve gaz birikimi insizyon yerine basınç yapacağından nazogastrik drenaj işlevi sağlanmalıdır.
- Ağız bakımı verilmelidir.

3.4.3. Bağırsak Tümörleri

Bağırsak tümörleri ince ve kalın bağırsak tümörleri olmak üzere ikiye ayrılır.

3.4.3.1. İnce Bağırsak Tümörleri

İnce bağırsağın tümörleri oldukça nadir görülür. Bu tümörler gastrointestinal kanama, anemi, ağrı, bulantı- kusma, kilo kaybı, kabızlık ve obstrüksiyona neden olabilir.

İnce bağırsaklarda en sık görülen benign tümör leiomyomadır. Kanayan benign tümörler genellikle cerrahi girişimle çıkarılır. İnce bağırsak malign tümörlerinden en sık görülen adenokarsinomdur. Adenokarsinom çoğunlukla ileumda daha sonra jejunumda oluşur. Adenokarsinomun ortalama görülme yaşı 50-60'tır. Erkeklerde kadınlara göre iki kat fazla görülür. Tedavi cerrahidir. Erken tanı konulup bağırsak rezeksiyonu uygulandığında bile 5 yıl yaşama şansı %20'dir.

3.4.3.2. Kalın Bağırsak Tümörleri

Kalın bağırsakta en sık görülen benign tümörler poliplerdir. Tedavi poliplerin çıkarılmasıdır. Kolonoskop içinden polip çıkarma girişimi olan "endoskopik polipektomi" uygulanır. Ender de olsa poliplerden kanser gelişebilir.



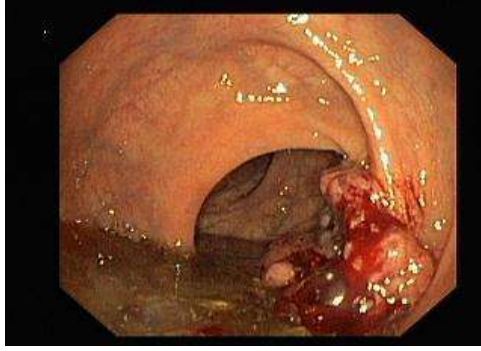
Resim 3. 4: Kalın bağırsakta polipten kanser gelişimi

Kalın bağırsakların malign tümörleri arasında en sık görülen **kolorektal karsinomlardır**.

➤ **Risk faktörleri;**

- Ailesel hikâyesi olan kişilerde,
- Aşırı et tüketenlerde,
- Yağdan zengin diyetle beslenenlerde daha sık görülür.

Kolorektal kanserler; direkt yolla transvers kolon ve mideye, lenfatik yolla bölgesel lenf bezlerine, kan yoluyla karaciğere ve akciğere metastaz yapar. Kolorektal kanserlerin büyük bir kısmı rektal muayene ve baryumlu kolon grafisi ile saptanır. Sigmoidoskopi de tanıda kullanılır.



Resim 3. 5: Kolon kanseri

➤ **Belirti ve bulgular:**

- Dışkılama alışkanlığının değişmesi
- Rektal kanama. Kanama gizli ya da taze kanama şeklindedir.
- Kanamaya bağlı demir eksikliği anemisi
- Karın ağrısı
- Kolorektal karsinomlar obstrüksiyonuna neden olabilir. Bu hastalarda fistül oluşumu, perforasyon ve peritonit görülebilir.

➤ **Tedavi ve bakım:**

Kolorektal kanserlerin tedavisi; tümörün yerine, metastaz olup olmasına, tümörün evresine ve hastanın genel durumuna göre değişir. Temel tedavi şekli cerrahidir (koloktomi). Radyoterapi, kemoterapi ve immünoterapi cerrahi tedaviye ek olarak uygulanır. Tümörün yerine göre hastaya kalıcı kolostomi açılır.

➤ **Kolostomi uygulanacak hastanın hemşirelik bakımı:**

Kolostomi kolonun yapay olarak açılıp karın duvarına ağızlaştırılmasıdır. Kolostomiler yapılaş amacına göre iki gruba ayrılır:

- Bağırsaktan geçişin fizyolojik yoldan olmaması nedeniyle yapılan kalıcı kolostomi
- Hastalığın özelliği nedeniyle bağırsaktaki geçişin normal yolundan saptırılıp bağırsağın uç kısmının istirahata alınması için yapılan geçici kolostomi

Geçici kolostomi: Kalın bağırsak tıkanmaları, bağırsak yaralanmaları, bağırsak delinmesi, doğumsal bağırsak anomalileri, bağırsakta yapılan bir işlemin iyileşmesini sağlamak için ve ciddi anüs hastalıklarında uygulanır.

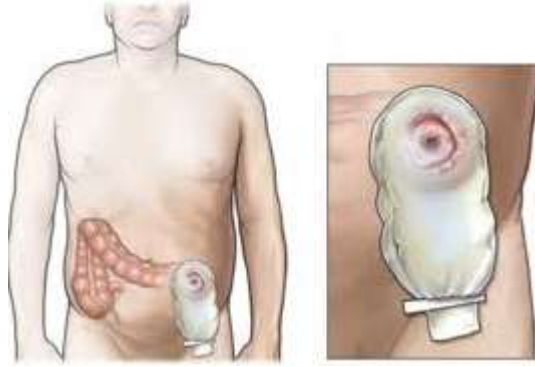
Kalıcı kolostomi: Anüsün çıkartılması gereken hastalıklarda, kalın bağırsağın son kısmı çıkartılması gereken hastalıklarda, anüs kas yapısının görevini yapamadığı hastalıklarda ve kalın bağırsağın son kısmında kalıcı bozukluk durumlarında uygulanır.

Geçici kolostomi sıklıkla sol kolonun orta kısmında ya da transvers kolonda yer alır. Kalıcı kolostomi ise genellikle sigmoid kolona uygulanır

➤ **Ameliyat öncesi hazırlık ve ameliyat sonrası bakım**

Kolostomi uygulanacak hastanın ameliyat öncesi hazırlığı bağırsak ameliyatı uygulanacak hastanın hazırlığı gibidir. Ameliyat planlanırken kolostominin yapılacağı bölge dikkatle seçilmelidir. Hasta ayakta dururken, otururken, yatarken ve gezerken en rahat şekilde kolostomi torbasını taşıyabilmeli ve gerekli temizliğini kolaylıkla yapabilmelidir. Kolostomi uygulanacak hasta ve yakınlarının psikolojik hazırlığı da çok önemlidir. Kolostomi ameliyatı sonrası bakım, bağırsak ameliyatı sonrası uygulanan bakım gibidir. Bağırsak ameliyatı sonrası bakıma ek olarak:

- Kolostomi açıkça dışkı sızıp sızmadığı izlenmelidir.
- Dışkıda bakteriler bulunduğundan dışkının ameliyat yarasına bulaşması önlenmelidir.
- Kolostomiye uyum sağlaması için hastaya psikolojik destek verilmelidir.
- Kolostomi bakımının nasıl yapılacağı öğretilmelidir.
- Kolostomi torbası değişimi uygunsuz banyo ya da tuvalette yapılmalıdır. Bu işlem sırasında hemşirenin yüz ifadesi önemlidir. Torbayı isteksiz bir şekilde boşaltması hastanın utanmasına ve yardım istememesine neden olabilir.



Resim 3. 6: Kolostomi torbası

Kolostomi bakımı:

- Boşaltımın Sağlanması: Kolostomili hasta boşaltımı iki şekilde gerçekleştirir. Kolostomi torbası kullanarak dışkının torbaya boşalması ya da torba kullanmaksızın kolonun irrigasyonla boşaltılması.
- Kolostomi irrigasyonu: İşlemin amacı bir sonraki irrigasyona kadar dışkı çıkmayacak şekilde kolonu boşaltmaktır. Hasta laksatif etkisi olan besinleri yememelidir çünkü bu besinler beklenmeyen bir anda bağırsak boşalmasına neden olabilir. Kolostomi irrigasyonu lavmana benzer. Günün uygun bir saatinde yapılabilir (yalnız her gün aynı saatte yapılmalıdır.) Hasta irrigasyonu tuvalette uygular. İrrigasyon bağırsakların gerilmesine peristaltizmin uyarılmasına ve böylece kolonun boşalmasına yol açar.
- Stomanın (bağırsağın vücuda çıkış ağzı) Değerlendirilmesi ve Kolostomi Torbasının Değiştirilmesi: Kolostomi torbası çıkarıldıktan sonra stomanın rengi kontrol edilir. Normalde stoma parlak kırmızı renkte ve nemli olmalıdır. Stomanın rengi koyuysa ya da siyahımsı kırmızıysa kan akımının engellendiğini, stoma soluk renkliyse anemiye gösterebilir. Bu durum doktora bildirilmelidir. Stomaların çoğu yuvarlak ve deriden 1,5-2,5 cm yüksektir. Stomanın büzülmesi (çapının küçülmesi) ameliyattan sonraki 4-6 hafta içinde olur. Torbanın açıklığı stomaya uygun olmalıdır. Açıklık stomadan genişse stoma etrafındaki cilt tahriş olabilir. Kolostomi torbası boşaltılabilir özellikteyse torba 1/3 ya da 1/2'sine kadar dolduğunda boşaltılmalıdır. Torbanın çıkış kısmı tuvalet kâğıdıyla silinmeli, suyla yıkanmalı ve kokuyu önlemek için torba içine koku giderici sprey sıkılmalıdır. Torba çıkarıldıktan sonra stoma tuvalet kâğıdıyla ya da gazlı bezle silinir. Silinirken biraz kanaması normaldir. Stomadan fazla kan gelmesi GIS'e ilişkin bir sorunu gösterdiğinden hemen doktora bildirilmelidir. Stoma çevresindeki cilt ılık suyla temizlenir. Dışkı bulaşmışsa sabunla yıkanır sonra kurulanır. Cilt tahriş olursa bakım amaçlı çeşitli pomatlar kullanılır.



Resim 3. 7: Kolostomide bağırsağın deriye çıkış ağzı (stoma)

- **Diyet:** Kolostomi bakımında diyet çok önemlidir. Dışkı ve gaz oluşumu alınan besinlerle doğrudan ilişkilidir. Hasta dengeli beslenmesine olanak sağlayan, dışkının yeterince şekillenmesine ve en az gaz oluşumuna yol açan besinlerin neler olduğunu öğrenmelidir. İshali önlemek için taze meyveler, posalı besinler, kuru erik ve laksatif etkisi olan diğer besinler sınırlı tüketilmelidir.
- **Sosyal Aktiviteler:** Kolostomisi olan hasta tam anlamıyla normal yaşamını sürdürebilir. Hastalar ameliyattan önceki tüm spor ve sosyal aktivitelerini ameliyattan sonra da yapabilirler.

3.4.4. Karaciğer Tümörleri

Karaciğerde en sık görülen benign tümörler hemanjiyom ve kistlerdir.

Karaciğerin malign tümörleri primer ve metastatik olarak iki şekilde görülürler. Primer tümörler ya karaciğer hücresi ya da safra yollarından kaynağını alır. Metastatik tümörler ise genelde kan yolu ile yayılım sonucu oluşur.

Tümörlerde tanı hepatic anjiyografi ve biyopsiyle konur.

- **Belirti ve bulgular:**
 - Hepatomegali
 - Ağrı
 - Hâlsizlik
 - İştahsızlık
 - Kilo kaybı
 - Tümörün büyümesine bağlı tıkanma sarılığı

➤ **Tedavi ve bakım:**

Tedavinin amacı ağrının azaltılması ve hastanın kalan yaşamını daha rahat devam ettirmesidir. Karaciğer tümörlerinde tedavi tıbbi (kemoterapi) ve cerrahi olarak yapılır. Karaciğer dokusunun bir kısmı çıkarılır (parsiyel hepatektomi).

- Hastanın durumu tıbbi ve cerrahi tedaviye uygun değilse hasta ve ailesi prognoza hazırlanmalı, kalan yaşamını rahat geçirmesi için gerekenler yapılmalıdır.
- Parsiyel hepatektomi uygulanacaksa hastanın genel durumu değerlendirilmelidir. Ameliyat öncesi rutin bakıma ek olarak kilo kaybına yönelik önlemler alınmalıdır.
- Ağrıyı azaltmak için analjezik verilmelidir.
- Cerrahi sarılığın geliştiği durumlarda hastanın vücut ve ağız hijyenine özen gösterilmelidir.
- Yatak çarşafı sık sık değiştirilmelidir.
- Ameliyat sonrasında kan kaybına bağlı hipovolemik şok bulguları, solunum komplikasyonları, kanama pıhtılaşma durumları izlenmelidir.

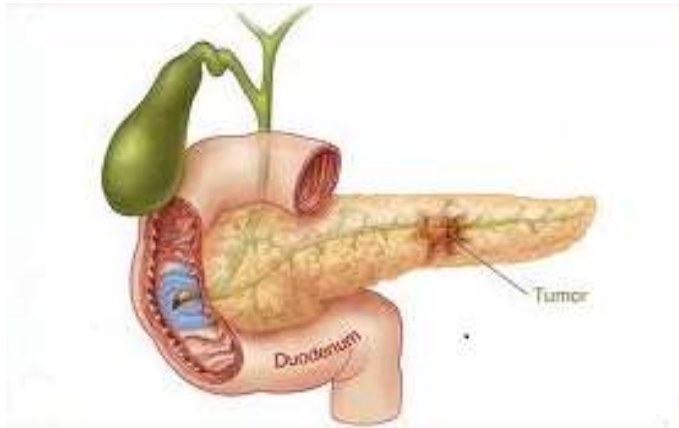
3.4.5. Safra Yolları Tümörleri

Safra yollarının benign ve malign tümörleri olabilir. Safra yollarının en sık rastlanılan benign tümörü papillomdur. Safra yollarının benign tümörleri belirti vermeyebilir. Genellikle safra yollarını tıkamaları nedeniyle sarılık, ağrı ve kolanjite neden olurlar. Tedavi cerrahidir.

Safra yollarının kanserleri nadirdir. Genellikle 60 yaş civarında görülürler. Sarılık, kilo kaybı, ağrı ve kaşıntı gibi belirtiler gösterirler. Tedavisi cerrahidir.

3.4.6. Pankreas Tümörleri

Pankreasta benign ve malign tümörler görülebilir. Malign tümörler 50-70 yaşlarda ve erkeklerde daha fazla görülür.



Resim 3. 8:Pankreas tümörü

➤ **Risk faktörleri:**

- Fazla sigara içilmesi
- Endüstriyel kimyasal karsinojenlere maruz kalma (örneğin; matbaada, kömür madeninde, gaz işletmelerinde, petrol rafinerilerinde ve kuru temizleyicilerde çalışanlar)
- Fazla miktarda et ve yağ tüketimi

Pankreas kanserlerinin %60-70'i pankreas başında yer alır. Bu alanda yer alan tümörler safra yolları obstrüksiyonuna neden olacaklarından obstrüksiyon belirtileriyle ortaya çıkarlar. Pankreas gövde ve kuyruğunda yer alan tümörler büyüyünceye kadar belirti vermezler. Belirti verdiklerinde genellikle çevre organlara metastaz vardır. Tüm kanserlerde olduğu gibi pankreas kanserlerinde de erken tanı önemlidir.

Pankreas kanserlerine ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografiyle tanı konur.

➤ **Belirti ve bulgular:**

- Kilo kaybı en sık görülen bulgudur.
- Yemek yemeye artan epigastrik ağrı vardır.
- Sarılık görülür.
- Bağırsak alışkanlığında değişme
- Hazımsızlık
- Bulantı- kusma
- Tıkanma sarılığı olanlarda kaşıntı görülebilir.

➤ **Tedavi ve bakım:**

Pankreas kanserlerinin en iyi tedavisi cerrahi rezeksiyondur. Tümörün yerine, evresine ve hastanın durumuna göre uygulanacak rezeksiyon seçeneğini belirler.

Pankreas tümörlerinde uygulanan başlıca rezeksiyon çeşitleri şunlardır:

- Pankreatoduodonektomi (Whipple Ameliyatı): Bu ameliyatla duodenum, pankreas başı ve boynu, midenin bir kısmı, jejunum başlangıcı, koledok kanalı ve safra kesesiyle bölgesel lenf düğümleri çıkarılır.
- Total pankreatoduodonektomi: Bu ameliyatta Whipple ameliyatında çıkarılan bölümlere ek olarak pankreasın gövde ve kuyruğu, dalak ve çevre lenf düğümleri de çıkarılır.
- Pilonu koruyarak yapılan pankreatoduodonal rezeksiyon: Bu ameliyatta duodenumun birinci bölümü, pilor ve midenin tümü korunur. Bu ameliyat pankreasın benign tümörlerinde uygulanır.

Pankreas tümörlerinin tedavisinde radyoterapi ve kemoterapiden de yararlanır.

3.5. Akut Batın (Karın) Tablosu ve Hemşirelik Bakımı

Karın içi organlardan herhangi birisinde aniden ortaya çıkan ve hayatı tehdit edebilecek kadar ciddi sonuçlara yol açan travma dışı nedenlere bağlı gelişen durumlara 'akut batın' adı verilir. Cerrahi kliniklerinde akut batın acil ameliyat gerektiren karın ağrısını tanımlamak için kullanılır. Genellikle ağrıya; bulantı, kusma, ishal, iştahsızlık ve karında şişkinlik gibi bulgular eşlik eder.

Akut batına tanı koymada anamnez en önemli unsurdur. Fizik muayene, görüntüleme yöntemleri ve laboratuvar testleri de tanıda kullanılır.

➤ Akut batın nedenleri

- **Peptik Ülser Perforasyonu:** Akut batın nedenleri arasında en sık rastlanan durumdur. Perforasyonun tipik belirtisi, epigastrik bölgede bıçak saplanır tarzda ağrıdır. Tanı, direkt karın grafisiyle konur. Acil cerrahi müdahale yapılır.
- **Akut Apandisit:** Akut batının en sık rastlanılan nedenidir. Önce epigastrium ve göbek çevresinde daha sonra sağ alt kadranda lokalize ağrı olur. Perforasyon durumlarında ağrı ve hassasiyet tüm batında görülür. Cerrahi olarak tedavi edilir.
- **Akut Kolesistit:** Belirtiler genellikle ağır bir yemekten sonra başlayan sağ üst kadranda ağrısı veya epigastrium ağrısı ile karakterizedir. Ağrı tipik olarak sırta doğru yayılır. Ultrasonla tanı konur. Kolosistit atağının ilk 48 saatinde acil kolesistektomi yapılır.
- **Akut Pankreatit:** Ağrının kuşak tarzında bele doğru yayılması tipiktir. Hastalar öne doğru eğilerek ağrıyı azaltmaya çalışırlar. Tanı ultrason ve bilgisayarlı tomografi ile konur. Taşa bağlı pankreatitlerde laparoskopik yolla taş çıkarılır.
- **Divertikülit:** Divertikül duvarında gelişen inflamasyondur. Ağrı en önemli belirtisidir. Divertikülit nedeniyle gelişen komplikasyonlar; karın içi apse, bağırsak obstrüksiyonu ve peritonittir. Acil cerrahi müdahale yapılarak komplikasyonlar önlenir.
- **Crohn Hastalığı:** Crohn hastalığı akut alevlenmeler gösteren kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Bu hastalık ağızdan anüse kadar sindirim kanalının herhangi bir yerinde olabilir de en sık görüldüğü yer ileumun son bölümüdür. Klinik olarak ateş, sağ alt kadranda hassasiyet, ağrı ve lökositozla karakterizedir. İshal, iştahsızlık ve aralıklarla bulantı-kusma görülür. Obstrüksiyon, fistül, apse, perforasyon ve kanama gibi komplikasyonlar geliştiğinde cerrahi tedavi yapılır.

Peritonu etkileyerek ağrı yapan nedenler	Periton dışı ağrı nedenleri
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bakteriyel peritonit ▪ Mide perforasyonu ▪ Safra kesesi perforasyonu ▪ Over kisti rüptürü ▪ Karaciğer kisti rüptürü ▪ İnce bağırsak rüptürü ▪ Gastroenterit ▪ Kolit ▪ Hepatit ▪ Karaciğer apsesi ▪ Dalak apsesi ▪ Pelvik organ inflamasyonları ▪ (Endometrit, tuba-ovariyan apse) ▪ Bağırsakların obstrüksiyonu ▪ Dış gebelik 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kan hastalıkları ▪ Vasküler sistem hastalıkları ▪ Böbrek ve/veya üreter taşı ▪ Nefrit ▪ Prostatit ▪ Epididimit ▪ Diabetik asidoz ▪ Toksinler (kurşun, ilaç) ▪ Böcek sokması, yılan zehirleri ▪ Psikiyatrik bozukluklar ▪ Metabolik hastalıklar(adisson) ▪ Spinal kord tümörleri

Tablo 3. 1: Karın ağrısı nedenleri

Akut batınla gelen hastalara kesin tanı konuluncaya dek tanı koymayı güçleştirecek veya mevcut hastalığı olduğundan şiddetlendirecek herhangi işlem yapılmamalıdır. Bu tür hastalarda tanı tam olarak konulmadan lavman yapılmamalı; antibiyotik, antiinflamatuvar veya analjezik verilmemelidir. Akut batınlı bir hastanın tedavisi çoğu kez acil bir cerrahi girişim gerektireceği için hastanın çok iyi değerlendirilmesi ve yakından izlenmesi gerekir.

ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki soruları **dikkatlice** okuyunuz ve doğru seçeneği işaretleyiniz.

1. Safra kesesinin enfeksiyonuna verilen ad aşağıdakilerden hangisidir?
 - A) Kolelityaz
 - B) Kolanjit
 - C) Kolesistit
 - D) Hepatit
 - E) Siroz
2. Aşağıdaki hastalıkların hangisi akut batın tablosu içinde yer almaz?
 - A) Apandisit
 - B) Pankreatit
 - C) Peritonit
 - D) Enterit
 - E) Kardit
3. Whipple ameliyatı hangi organ tümörlerinde uygulanır?
 - A) özofagus tümörleri
 - B) mide tümörleri
 - C) safra kesesi tümörleri
 - D) pankreas tümörleri
 - E) kalın bağırsak tümörleri
4. Aşağıdakilerden hangisi özofagus tümörleri oluşumunda risk faktörü değildir?
 - A) Akalazya geçirenler
 - B) Sigara ve alkol kullananlar
 - C) Gastroözofajiyal reflü hastalığı olanlar
 - D) Kostik maddeye bağlı özofagus yaralanmaları.
 - E) Divertikülü olanlar
5. Aşağıdaki durumların hangisinde kalıcı kolostomi yapılır?
 - A) Kalın bağırsağın son kısmı ve anüsün çıkartılması gereken hastalıklar
 - B) Bağırsak yaralanmaları
 - C) Bağırsak delinmesi
 - D) Doğumsal barsak anormallikleri
 - E) Kalın barsak tıkanmaları

DEĞERLENDİRME

Cevaplarınızı cevap anahtarıyla karşılaştırınız. Yanlış cevap verdiğiniz ya da cevap verirken tereddüt ettiğiniz sorularla ilgili konuları faaliyete geri dönerek tekrarlayınız. Cevaplarınızın tümü doğru ise değerlendirme sorularına geçiniz.

DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki soruları dikkatlice okuyunuz ve doğru seçeneği işaretleyiniz.

1. Aşağıdakilerden hangisi peptik ülser nedenlerinden değildir?
A) Helicobacter pylori infeksiyonu
B) NSAİ'nin aşırı kullanımı
C) Asit salgısının azalması
D) Hipervagotoni
E) Stres ve duygusal etkenler
2. Aşağıdakilerden hangisi defekasyonun kontrolünde görev alır?
A) kalın bağırsak
B) rektum
C) jejunum
D) anüs
E) çekum
3. Aşağıdakilerden hangisi safra kesesinde taş oluşumuna bağlı olarak gelişen tablodur?
A) Siroz
B) Kolelityaz
C) Kisthidatik
D) Kolesistit
E) Kolanjit
4. Apandisitte ağrı önce nerede başlar?
A) Göbek çevresinde
B) Sağ kasıkta
C) Sol kasıkta
D) Epigastriumda
E) Sternumun arkasında
5. Yağ, bağırsak gibi yapıların kasık kanalından dışarı çıkıntı yapmasına ne denir?
A) Umbilikal herni
B) Femoral herni
C) İnguinal herni
D) İnsizyonel herni
E) Epigastrik herni
6. Aşağıdakilerden hangisi karaciğerin görevlerinden değildir?
A) Plazma proteinleri ve pıhtılaşma faktörlerini üretir.
B) Safraı duodenuma salgılar.
C) Toksin ve ilaçları parçalar.
D) Kanın 1/3 ünü depo eder.
E) Vitaminleri depo eder.

7. Video kapsül endoskopi hangi organın görüntülenmesini sağlar?
A) karaciğer
B) safra kesesi
C) mide
D) kalın bağırsak
E) ince bağırsak
8. Aşağıdakilerden hangisi bağırsak obstrüksiyonuna neden olmaz?
A) Zenker divertikülü
B) herniler
C) mega kolon
D) imperfore anüs
E) bağırsak tümörleri
9. Ameliyat sonrası insizyonel herni gelişimi ne zaman görülür?
A) 5 yıl sonra
B) 4 yıl sonra
C) 3 yıl sonra
D) 2 yıl sonra
E) ilk yıl içinde
10. Pankreas kanserinin en sık görülen belirtisi aşağıdakilerden hangisidir?
A) Yemek yemeye artan epigastrik ağrı
B) Sarılık
C) Bağırsak alışkanlığında değişme
D) Kilo kaybı
E) Hazımsızlık

DEĞERLENDİRME

Cevaplarınızı cevap anahtarıyla karşılaştırınız. Yanlış cevap verdiğiniz ya da cevap verirken tereddüt ettiğiniz sorularla ilgili konuları faaliyete geri dönerek tekrarlayınız. Cevaplarınızın tümü doğru ise bir sonraki modüle geçmek için öğretmeninize başvurunuz.

CEVAP ANAHTARLARI

ÖĞRENME FAALİYETİ- 1'İN CEVAP ANAHTARI

1	B
2	A
3	D
4	C
5	E

ÖĞRENME FAALİYETİ- 2'NİN CEVAP ANAHTARI

1	A
2	D
3	E
4	B
5	D

ÖĞRENME FAALİYETİ- 3'ÜN CEVAP ANAHTARI

1	C
2	E
3	D
4	E
5	A

MODÜL DEĞERLENDİRMENİN CEVAP ANAHTARI

1	C
2	D
3	B
4	A
5	C
6	B
7	E
8	A
9	E
10	D

KAYNAKÇA

- AKÇAL Tarık. **Akut ve Kronik Kolesistit** İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi İstanbul, 2002.
- ALBAYRAK Doğan. **Açık ve Laparoskopik Kolesistektomilerin Karşılaştırılması** (Uzmanlık Tezi), Edirne, 2008.
- BORDIN Dmitry S, Murat Kıyıcı. **Özofagus Manometrisi Nasıl Yapılır?** İzmir, 2008 <http://tip.fatih.edu.tr/?rahatsızlıklar,41>
- CENKER, Merve Meltem. **İnce Bağırsak Hastalıkları Tanısında Kullanılan Yöntemler**(Uzmanlık Tezi) Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi İstanbul, 2008.
- DEMİR Nazlım Aktuğ vd. **Pyojenik Karaciğer Apsesine Yaklaşım.** İnfeksiyon Dergisi, 2009.
- ERDİL Fethiye, Nalân Özhan Elbaş, **Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği**, Ankara,2008
- GÜLÇİÇEK O. Bilgin. **Deneyisel Tıkanma İkterinde Curcuminin Oksidatif Stres ve Hepatik Hasar İlişkisi.** (Uzmanlık tezi)İstanbul, 2008.
- GÜLER; Çağatay. **Tıp Sözlüğü.** Palme Yayıncılık, Ankara, 2012.
- HAMZAOĞLU İsmail. **Akut Karına Yaklaşım.** İ:Ü:Cerrahpaşa Tıp Fak. Sempozyum Dizisi, 2002.
- HANSEN John T.Netter'in Klinik Anatomisi. Palme Yayıncılık, Ankara, 2013.
- KARADENİZ Gülten. **İç Hastalıkları Hemşireliğinde Teoriden Uygulamaya Temel Yaklaşımlar.** Manisa, 2008.
- KOTAN Çetin vd. **Özofagus Kanserinin Cerrahi Tedavisinde Deneyimimiz: 57 Olgunun Analizi.** Van Tıp Dergisi, Cilt: 8, Sayı: 2, Nisan/2001.
- ÖZÇELİK Mehmet Faik. **Özofagus Kanseri: Tanı ve Cerrahi Tedavi.** İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. İstanbul, 2001.
- ÖZKAN Hakan. **Umbilikal Herni Cerrahi Tedavisinde Ventrallex Herniapatch İle Onarım ve Diğer Onarım Tekniklerinin Değerlendirilmesi** (Genel Cerrahi Uzmanlık Tezi) İstanbul, 2009.
- SEVİNÇ Mert Mahsuni. **Akut /Kronik Pankreatit**(Genel Cerrahi Uzmanlık Tezi) İstanbul, 2006.
- SONSUZ Abdullah. **Karaciğer Biyopsisi Endikasyonları ve Riskleri.** İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Mart 2004.
- TURAN,Mustafa vd. **Yeni Gelişmeler Işığında Akut Karın.** C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 24 (1): 45 – 52, 2002.

- UZUN Orhan. **İnsizyonel Herni Risk Faktörlerinin Retrospektif Değerlendirilmesi ve Herni Gelişim Zamanı Üzerine Olan Etkilerinin Karşılaştırılması.**(Uzmanlık Tezi) İstanbul, 2006.
- YAŞAR, Kadriye. Filiz Pehlivanoglu. **Dev Karaciğer Apsesi Olgusu.** Bakırköy Tıp Dergisi, 2012;8:136-139.
- YENİGÜN Bülent. Ali Çelik. **Özofagus Yaralanmaları.** TTD Toraks Cerrahisi Bülteni. Cilt: 1, Sayı: 1,Ocak 2010.
- YILDIRIM Beytullah. **Tokat İli Erişkinlerinde Kolelitiazis Sıklığı Ve Olası Risk Faktörleri.** Akademik Gastroenteroloji Dergisi, 2008; 7 (2): 83-86
- guncel.tgv.org.tr, Erişim tarihi:23.02.2013 saat: 21.00
- www.akademik.adu.edu.tr, Erişim tarihi:24.02.2013 saat:14.00
- cevretoplulugu.mersin.edu.tr, Erişim tarihi:24.02.2013 saat:14.00
- web.firat.edu.tr, Erişim tarihi:24.02.2013 saat:15.00
- www.2.ctf.edu.tr, Erişim tarihi:25.02.2013 saat:11.00
- www.istanbulsaglik.gov.tr/, Erişim tarihi:25.02.2013 saat:11.30
- www.hasekidergisi.com/sayilar/29/136-139, Erişim tarihi:26.02.2013 saat:10.00
- uludagtipdergisi.org, Erişim tarihi:27.02.2013 saat:16.00