

# GİSİ SİSTEMİ SORUNU OLAN ÇOCUK VE HEMŞİRELİK BAKIMI

---

Dr. Öğr. Üye.Esra TURAL BÜYÜK



## GASTROİNTESTİNAL

## SİSTEM

## DEFEKTLERİ

### YARIK DAMAK – YARIK DUDAK

- Yarık damak ve dudak, yüzde embriyonal gelişim sırasında meydana gelen malformasyondur.
- Ayrı ayrı görülebileceği gibi beraber de görülebilir.
- Yarık dudak üst dudağın deri, kas, mukozası, dişeti ve kemik dokularının bütünlüğünün bozulduğu bir deformitedir.
- Yarık damak ise damağın orta hattında olan fissurdur.
- Daha çok erkek bebeklerde fazla görülür
- Sol taraftaki yarıklar sağa göre iki kat fazladır.

# Klinik Belirtiler ve Bulgular

- Yarık dudak doğumda fark edilir.
- Yarık dudak ufak olabileceği gibi burun tabanına (kıkırdağına) kadar uzanan bir büyüklükte de olabilir.
- Yarıklar tek taraflı ya da çift taraflı oluşabilir ve yarık damakla beraber görülebilir.

# Tedavi

- Tedavisi cerrahidir.
- Tedavide pediatrist, plastik cerrah, ortodontist, konuşma terapisti, odyolog, hemşire ve diyetisyenin olduğu multidisipliner bir takım çalışır.
- Tedavide amaç yarığın kapatılması, komplikasyonların önlenmesi, çocukta normal büyüme ve gelişmenin sağlanmasıdır.
-

# Hemşirelik Girişimleri

## **Ameliyat öncesi bakımda:**

- 1) Defektli bir bebeğe sahip ebeveynlerin bu durumla baş etmesine yardım edilmesi
- 2) Bebeğin optimum düzeyde beslenmesinin sağlanması
- 3) Büyümesinin izlenmesi
- 4) Bebeğin ameliyata hazırlanması

## **Ameliyat sonrası bakımda:**

- 1) Ağrı kontrolü
- 2) Bebeğin beslenmesinin sağlanması
- 3) Bebeğe komplikasyonların önlenmesi
- 4) Bebek ve ailenin yeterli destek almasının sağlanması
- 5) Ailenin evde bakıma hazırlanması yer alır.

# ÖZEFAGUS ATREZİSİ VE TRAKEO-ÖZEFAGİAL FİSTÜL

- Özefagus atrezisi özefagusun gelişiminin tam olmaması, proksimal ve/veya distal segmentlerinin kör bir uçla sonlanmasıdır.
- Trakeo-özefagial fistül ise trakea ve özefagus arasında bir bağlantının bulunmasıdır.
- İki defekt bir arada olabilir
- Özefagus ve trakeanın ayrılma süreci sırasında meydana gelen bir sapma, özefagus atrezisi ve/veya trakeo-özefagial fistülle sonuçlanır.

-

# Tedavi

- Özefagus borusu içerisindeki içerik aspire edilir.
- İntravenöz antibiyotikler ve sıvılara başlanır ve bebek ameliyata alınır
- Cerrahi tedavide torakotomi yapılarak trakeo-özefagial fistül ayrılır ve özefagusun atrezik uçları birbirine anastomoz edilir.
- Özefagus uçları arasındaki açıklık çok fazla olursa kolondan bir parça alınarak anastomoz yapılır.

# Hemşirelik Girişimleri

- Hemşirelik bakımında amaç
- defektin mümkün olduğunca erken dönemde belirlenmesi,
- aspirasyon gibi komplikasyonların önlenmesi,
- ameliyat öncesi ve sonrası bakımın sağlanması,
- ebeveynlerin bilgilendirilmesi ve
- duygusal destek sağlanmasıdır.
-



# HİPERTROFİK PİLOR STENOZU (HPS)

- Hipertrofik pilor stenozu, pilor sfinkterindeki kasın kalınlaşması (hipertrofisi) sonucu gelişir.
- Bu durum pilor kanalının daralmasına neden olur ve besinlerin duodenuma geçişi engellenir.
- Midede ise hiperperistaltizm görülür.
- Genellikle yaşamın ilk haftalarında gelişir ve bebekte fişkırır tarzda kusmaya, dehidratasyona, metabolik alkalozaya ve büyümede gecikmeye neden olur.

-

# Klinik Belirtiler ve Bulgular

- Belirtiler genellikle doğumdan 3-4 hafta sonra ortaya çıkar
- **Belirti ve bulgular:**
  - Beslendikten kısa bir süre sonra olan, safra içermeyen fışkırır tarzda kusma,
  - Hipokalemik alkaloz
  - Bebeğe açlık, ilk kusmadan sonra tekrar beslenmek isteme

# Tedavi

- Ameliyat öncesi dönemde bebeğin durumu IV sıvılar ve elektrolitlerle düzeltilir.
- Profilaktik olarak antibiyotik başlanabilir.
- Eğer kusma çok fazla ise nazogastrik sonda yerleştirilir.
- **Piloromiyotomi** ile pilorik obstrüksiyon cerrahi müdahale ile rahatlatılır. Bu işleme **Fredet-Ramstedt** işlemi de denir.
- Ameliyat sonrası dönemde beslemeye 4-6 saat sonra az ve sık olacak şekilde başlanır. Bebek genellikle ameliyatta 2-3 gün sonra taburcu edilir.

# ***Ameliyat Öncesi Bakım***

- Oral besleme durdurulup IV sıvı replasmanına başlanır.
- Aldığı çıkardığı, kilo takibi yapılır
- İdrar dansitesi, kusma ve gaita içeriği kaydedilir.
- Yaşam bulguları, metabolik alkaloz belirtileri gözlenir. Bağırsak sesleri dinlenir.
- Bebek genellikle açtır ve beslenmek ister. Ağlama ve rahatsızlık sıktır. Emzik verilmesi bebeği rahatlatılabilir.

# ***Ameliyat Sonrası Bakım***

- Ameliyat sonrası dönemde kusma görülebilir
- Ağızdan alana kadar, IV sıvıya devam edilir.
- Fizik muayene ve ANT, IV sıvı takibi, ACİT takibi yapılır.
- Ağrı kontrol altına alınır ve insizyon bölgesi akıntı, şişlik inflamasyon yönünden kontrol edilir.
- İnsizyon bölgesinin kuru ve temiz kalması sağlanmalıdır.
- Bakıma mümkün olduğu kadar aileler de katılmalıdır.
- Akciğer ve bağırsak sesleri düzenli değerlendirilmelidir.
-

# ABDOMİNAL DUVAR DEFEKTLERİ

## • A. OMFALOSEL

- Karın ön duvarında, umblikusu da içine alan bir açıklık bulunması durumudur.
- Bağırsakların ve defektin büyüklüğüne göre karın içindeki diğer organların umblikal korda herniasyonu vardır.
- Karın içi organların üzeri şeffaf bir periton tabakası ile kaplıdır.
- Genellikle diğer anomalilerle birlikte görülür.
- Omfaloselli çocukların prognozu, varolan duruma eşlik eden kromozomal ya da yapısal defektlerin varlığına göre değişir.

## B. GASTROŞİZİS

- Karın ön duvarında umblikusla bağlantılı olmayan ve genellikle umblikusun sağ tarafında yer alan bir açıklığın bulunmasıdır.
- Omfaloselden farklı olarak defektin üzeri peritonla kaplı değildir.
- Herniasyon bağırsakların yanı sıra karın içindeki diğer organları da içerebilir.
- İntestinal atrezi ve malrotasyonla birlikte görülür.
- Başka defektlerle bir arada görülmesi nadirdir.

## Tedavi

- Abdominal içeriğin üstü ılık, steril, ıslak spançla örtülür.
- Açık alandan ısı kaybı olacağı için ısı ve sıvı gereksinimi önemlidir.
- OG ya da NG ile midedeki distansiyon önlenmeye çalışılır.
- Antibiyotikler uygulanmadan önce kan kültürü alınır.
- Diğer konjenital ve kromozomal anomaliler incelenir.
- Omfaloselde içeriğin üstü zarla kaplı olduğu için sıvı ve ısı yönetimi daha kolay olmaktadır.
- Bebeğindeki defekt büyükse defektin kapatılması aşamalı olarak yapılabilir.
- Defektin kapatılmasından sonra bağırsakların fonksiyon görmeye başlaması geç olabilir. Bu dönem boyunca bebeğin parenteral beslenmesi gerekir.



## ***Ameliyat Öncesi Bakım***

- Bebeğin hidrasyon durumu ve vücut sıcaklığı sürdürülür.
- Kesenin rüptüre ve enfekte olmasını önlemek için açıklığın üzeri nemli ve steril bir gazlı bez ile örtülür.
- Defekt travmalardan korunur.
- Bebek kesenin travmatize olmasını önleyecek bir pozisyonda yatırılır.
- Distansiyonu önlemek için NG takılarak gastrik dekompresyon başlatılır.
- Ebeveynler defekt ile ilgili bilgilendirilir ve duygusal yönden destek olunur.

## ***Ameliyat Sonrası Bakım***

- Bebek oral alıncaya kadar parenteral yolla beslenir.
- Analjezikler rutin olarak uygulanır.
- Yaşam bulguları sık izlenir.
- Ebeveyn bebek bağılılığını geliştirmek için, mümkün olduğu kadar ebeveynlerin bakıma katılmaları konusunda cesaretlendirilmeleri gerekir.

# MALROTASYON VE VOLVULUS

- **Bağırsağın malrotasyonu**, embriyolojik gelişim sırasında bağırsakların süperior mezenterik arter çevresine anormal rotasyonudur.
- Malrotasyonu olan bebekler aralıklı kusarlar, tekrarlayıcı abdominal distansiyon, ağrı ve alt gastrointestinal sistem kanaması vardır.
- Eğer bağırsakta tam **volvulus** (bağırsağın kendi etrafında dönmesi) olursa, kan akımının engellenmesine bağlı nekroz, peritonit, perforasyon ve ölüm görülür.
- Safra içerikli kusan bütün bebeklerde bağırsak obstrüksiyonu düşünülmelidir.
- Etkilenen alan cerrahi olarak çıkartılır.
- Ameliyat sonrası dönemde komplikasyon olarak, bebeklerde kısa bağırsak sendromu görülebilir.
- Hemşirelik bakımı gastrointestinal sistem defekti olan çocuğun ameliyat öncesi ve sonrası bakımına benzer şekildedir.

•

# ANOREKTAL ANOMALİLER

- **Anal Stenoz:** Anal kanalın kalınlaşması ve konstrüksiyonu ile daralmasına yol açan anorektal malformasyondur.
- Tedavide anal dilatasyon uygulanabilir ve tedavi aylarca devam eder.
- Anüs dilate olana kadar kurdele şeridi şeklinde gaita belirgindir.
- **Membranöz Anüs:** Anüsün tamamen membranöz bir yapı ile kapalı olması, dışarı açılmamasıdır.
- Tedavisi diğerlerine göre daha kolaydır.

- ***Imperfore Anüs:*** Rektumun bir kese şeklinde anüsten yukarıda sonlanmasıdır.
- Aşağıda olan defektlerde, rektumla perine ya da üretra arasında fistül olabilir. Mekonyum vajinadan gelebilir.
- Yukarıda sonlanan defektlerde ve perineye fistül yoktur.
- ***Anal Agenezis:*** Anüs yoktur ve rektum üstte sonlanır. Rektum ve anüs arasında bağlantı yoktur.
-

# Hemşirelik Girişimleri

- Ameliyat öncesi bakımda yaşam bulguları izlenir, gastrointestinal dekompresyon sağlanır ve IV sıvılar verilir.
- Abdominal distansiyonu belirlemek için karın çevresi ölçülür.
- Aldığı çıkardığı takip edilir ve aileye duygusal destek sağlanır.
- Ameliyat sonrası dönemde ise ameliyat yeri bakımı, enfeksiyonların ve komplikasyonların önlenmesi önemlidir.
- Bakımda anal bölgenin temiz tutulmasına , yan ya da prone pozisyonu verilmesi
- Abdominal dekompresyon için nazogastrik tüp kullanılabilir.
- Peristaltik hareket başladıktan sonra bebek beslenebilir.
- Kolostomi yapılanlarda, kolostomi bakımı, sık pansuman değişimi ve deri bakımı yapılır.
- Dışkı sayısı ve miktarı izlenir, aile tüm girişimler konusunda bilgilendirilir ve ailenin bakıma katılması cesaretlendirilir.

## HİRSCHSPRUNG HASTALIĞI (KONGENİTAL AGANGLİONİK MEGAKOLON)

- Konjenital aganlionik megakolon (KAM), kalın bağırsağın bir bölgesinde, periltaltizmin yetersizliğine bağlı, mekanik bir obstrüksiyon olmasıdır.
- Erkek bebeklerde fazla, ek anomalilerle de görülebilir
- Etkilenen alana bağlı olarak akut, yaşamı tehdit edici ya da kronik bir durum olabilir.

# Klinik Belirtiler ve Bulgular

- **Yenidođan döneminde:** 24-48 saatte mekonyum yapmama, Beslenmek istememe, Kusma , Abdominal distansiyon
- **Bebeklik döneminde:** Büyümede gecikme, Konstipasyon, Abdominal distansiyon, Ara ara diyare ve kusma, Enterokolit belirtileri (Aşırı, sulu diyare, ateş, hasta görünüm)
- **Çocukluk döneminde:** Konstipasyon, Kurdele şeridi şeklinde, kötü kokulu gaita, Abdominal distansiyon , Karında fekal kitle , Anemik görünüm



# *Ameliyat Öncesi Bakım*

- Beslenmede az lifli, bol kalorili, proteinden zengin diyet verilir. Ağır vakalarda TPN ile beslenme yapılır.
- Bakteriyal florayı azaltmak için antibiyotikler verilir.
- Enterokolit en ciddi komplikasyondur. Şok belirtileri izlenir.
- Sıvı-elektrolit değerleri yakından takip edilir. Bağırsak perforasyonu belirtileri (ateş, abdominal distansiyon, kusma, hassasiyet, irritabilite, dispne ve siyanoz) gözlenir.
- Karın çevresi ölçülür

# ***Ameliyat Sonrası Bakım***

- İntrevenöz sıvılar, aldığı-çıkardığı izlenir. Nazogastrik tüp bakımı yapılır.
- Eğer kolostomi açıldıysa bakımının yapılması gerekir.
- Ameliyattan sonra stoma işlev görene kadar (yaklaşık 24-48 saat) üzeri steril gazlı bezle kapatılır.
- Stoma fonksiyon görmeye başladıktan sonra torba takılabilir.
- Ağrının 24 saat kontrol altına alınması gereklidir.
- Çocukta başlangıçta konstipasyon gelişebilir.
- Aileye çocuğun diyetinin nasıl ayarlanacağı bilgisi verilir. Kolostomi bakımı öğretilir.

•