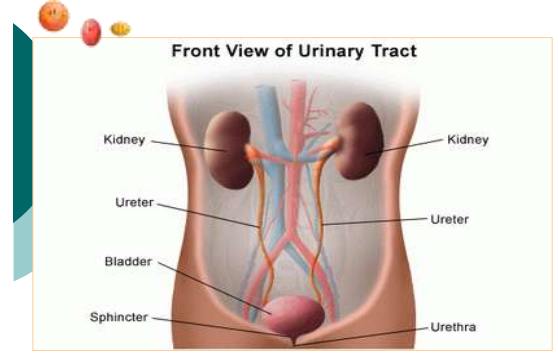
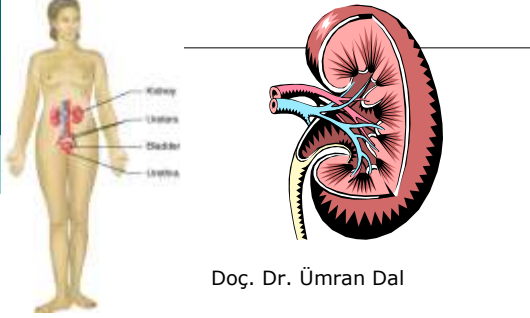


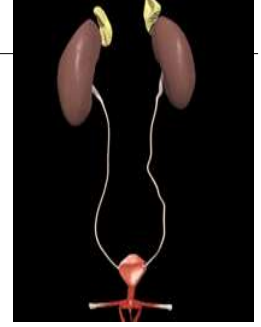
ÜROGENİTAL SİSTEM CERRAHİSİ (ÜROLOJİ) VE HEMŞİRELİK BAKIMI



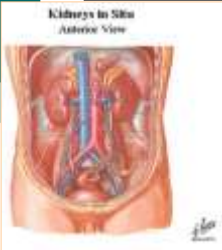
- Böbreklerle birlikte idrar yollarından oluşan bütüne **üriner sistem** denir.
- Üriner sistemin en önemli görevi, **homeostasis**e katkıda bulunmaktır.
- Ayrıca üriner sistemin erkekte üreme fonksiyonunda da rolü vardır. Çünkü hem genital sistem hem de üriner sistem bedenden aynı yolla dışarı açılmaktadır.

Üriner sistem;

- böbrekler,
- üreterler,
- mesane ve
- üretradan oluşmaktadır.
- Üriner sistemin normal fonksiyonlarını eksiksiz biçimde yerine getirmesi yaşam için gereklidir.



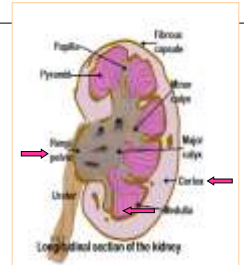
BÖBREKLER



- Böbrekler anatomik olarak periton boşluğunun dışında, karın arka duvarında alt torasik ve üst lomber vertebralara hizasında bulunur.
- Sağ böbrek karaciğer basısı nedeniyle sola göre 1-2 cm daha aşağıdadır.
- Böbreklerin her tarafını gevşek bağ dokusu ve yağ dokusu sarar, ön yüzünü de periton örter.

Böbrek uzun ekseninden ikiye kesilecek olursa

- dış kısmında korteks,
- iç kısmında medulla denen iki ana bölge ayrılır.
- Ayrıca iç kısımda pelvis renalis denilen bir boşluk bulunur.



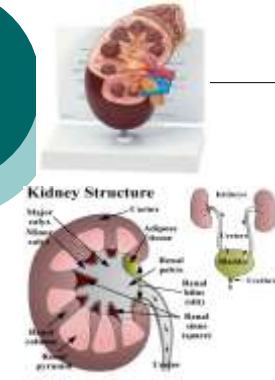


Korteks yaklaşık 1 cm kalınlığında olup, içinde glomerül, proksimal ve distal tübülüsler, kortikal toplama kanalları ve peritubular kapiller bulunur.

- Medullada (B) yer yer ince çizgi şeklindeki oluşumlar dikkati çeker. Piramid şeklindeki bu yapılar 8-10 tane kadardır. Her piramidin sivri ucu, böbrek kaliksine açılır.



8



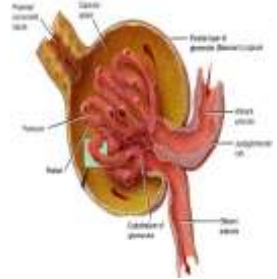
Fasulye şekline benzeyen böbreğin iç kenarı çukur olup, burada arterlerin ve otonom sinir ağlarının girdiği, venlerin ve pelvis renalisin çıktığı hilus adlı kısım bulunur

9

Böbreğin Kanlanması

Her böbrek aorttadan dallanan bir ana arter tarafından kanlanır.

Ana arter arteria renalis adıyla hilusdan böbreğe girer



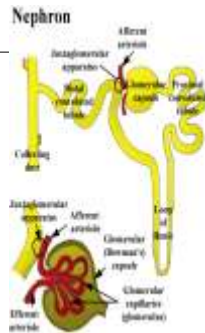
10

Böbreğin fonksiyon yapan en küçük ünitesi **nefron**dur.

Her böbrekte idrar oluşturma yeteneğine sahip bir milyon kadar nefron bulunmaktadır.

Her nefronun iki bölümü vardır:

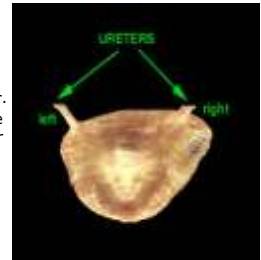
- Kandan büyük miktarda sıvının filtre olduğu glomerül
- Böbrek pelvisi içindeki yolu boyunca, filtre edilen sıvının idrara dönüştüğü uzun bir tübül.



11

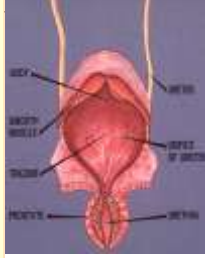
ÜRETERLER MESANE VE ÜRETRA

- Böbreklerde oluşan idrar üreterler yoluyla mesaneye gelir. İdrarın hareketi; üreter duvarındaki düz kasların peristaltik dalgaları ile sağlanır.
- Üreterler mesane duvarı içinde bir miktar eğik olarak seyrederek bu nedenle mesanedeki idrar tekrar üretere geçemez.



12

- Mesane, idrarı içinde bir süre biriktiren ve dışarı atılmasını sağlayan kas ve zarlardan yapılmış bir kesedir.
- Mesanenin dolma ve boşalma mekanizmasında hem sinirsel hem de mekanik faktörler birlikte etkili olur.
- Mesane duvarında mevcut otonom (sempatik ve parasempatik) sinir lifleri afferent ve efferent lifler vasıtasıyla medulla spinalisteki refleks merkezlerine ve oradan da beyindeki üst merkezlere (miksiyon) bağlanır.
- Genellikle sempatik sistem mesanenin dolmasını, parasempatik sistem ise boşalmasını düzenler



13

Üretra;

- İdrarın dışarı atılmasını sağlayan tüp şeklindeki yapıdır.
- Erkeklerde 18-20 cm uzunluğundadır ve dışı açıldığı kısma meatus denir.
- Normalde lumen kapalıdır ancak içinden idrar ya da meni geçtiği zaman açılır.
- Kadınlarda ise üretra, 4 cm uzunluğunda membranöz bir kanaldır



14

Böbreklerin Fonksiyonları

- idrar oluşumu,
- yabancı maddelerin ve metabolik artıkların atılması,
- elektrolit ve sıvı dengesinin düzenlenmesi,
- vücut sıvılarının osmolaritesinin ve elektrolit yoğunluğunun düzenlenmesi,
- asit-baz dengesinin düzenlenmesi,
- arteryel kan basıncının düzenlenmesi,
- hormonların salgılanması, metabolize edilmesi, dışarı atılması
- glukoneogenezde görev alırlar (Protein ve yağın glukozaya dönüşmesi)

15

İdrar oluşumu

İdrar nefronlarda üç süreç sonucunda oluşur:

1. Glomerül filtrasyon
2. Tübül reabsorbsiyon
3. Tübül sekresyon

16

1- Glomerül filtrasyon

- Kalbin attığı kanın yaklaşık ¼'ü böbrekten geçer (her bir böbrekten dakikada 1.200 ml kan geçer) 24 saatte bu kandan, 180 litre filtrat (yaklaşık vücut ağırlığının iki katından fazla) süzülür.
- Bunun %99'u geri emilir, geri kalan da idrar olarak dışarı atılır.
- GFH belirli bir zaman diliminde glomerüllerden süzülen miktardır.
- Bu miktar da ortalama ağırlıkta olan erişkin bireyde ortalama 125 ml/dakika dır.

17

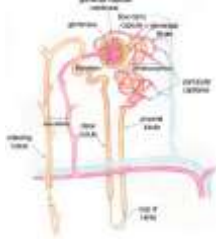
- Bazı hastalık durumlarında glomerül membran yapısı bozulduğundan proteinlere karşı geçirgenlik artar ve idrarda **proteinüri** görülür.
- Glomerül yumağındaki kandan sıvı ve bazı maddeler Bowman kapsülü içine geçer. Oluşan bu ultrafiltrat böbrek tübüllerine girer ve idrar olarak atılmadan önce tübülün birbirini izleyen kısımları boyunca akar.

18

2- Tübüler reabsorbsiyon

İdrar oluşumunun ikinci ve üçüncü aşaması olan tübüler reabsorbsiyon ve tübüler sekresyon renal tübüllerde gerçekleşir.

- Glomerüler süzüntü içindeki tüm maddeler vücuttan atılmaz, sadece organizma için zararlı olan maddeler atılır.
- Geri kalan maddeler böbrek tübüllerinin çevresindeki kapiller tarafından emilip tekrar kana karışır. Bu olaya reabsorbsiyon denir.



19

- Tübülüsler, proksimal tübül, henle kulpu distal tübül ve toplayıcı kanallardan oluşmuştur.
- Proksimal tübüllerde ultrafiltrat içindeki suyun %80-90'ını, sodyumun %80'i ve filtre edilen potasyum, bikarbonat, klorür, fosfat, glukoz ve amino asitlerin büyük bir kısmı geri emilir.
- Böbreklerin ultrafiltrat içindeki suyun gereksinim olduğu kadarını tutma yeteneği olmasaydı, dehidratasyon oluşurdu.
- Böbreğin bu mekanizması hipofizden salgılanan antidiüretik hormon (ADH) kontrolüne bağlıdır.

20

3. Tübüler sekresyon ve artık ürünlerin atılması

- Nefronun özelliği sekresyon yapmasıdır.
- Sekresyonda tübül hücresinin bazı maddeleri idrara vermesi söz konusudur. Örneğin magnezyum iyonu, potasyum iyonu, tübül hücresinden lümene sekrete edilir.

21

- Böbrekler metabolik artık ürünlerin vücuttan atılmasını sağlayan önemli organlardır.
- Vücuttan mutlaka atılması gereken maddeler **üre, kreatinin, fosfor, sulfat ve ürik asit** tir.

22

Potasyum

- Aldosteron böbrek tübüllerinden sodyum Emilimini ve potasyumun atılımını düzenler.
- Aldosteron toplayıcı tübüllerin hücrelerine etki eder.
- Alınan potasyumun %90' dan fazlasının atılmasından böbrekler sorumludur.
- Böbrek yetmezliklerinde potasyum retansiyonu yaşam için ciddi tehdit oluşturmaktadır

23

Kalsiyum

- Kalsiyumun glomerüler ultrafiltrattan yeniden emilmesi, vücuttaki kalsiyum dengesini düzenlemeye yardımcı olur.
- Süzülen büyük miktarda kalsiyum (yaklaşık %60'ı) sodyum ile paralel olarak proksimal tübülde yeniden emilir.
- Paratiroid hormon (PTH) kalsiyumun yeniden emilmesini artırır.
- Ayrıca böbrekler bağırsaktaki kalsiyumun Emilimi için D vitaminin aktif hale geçmesini sağlar.

24

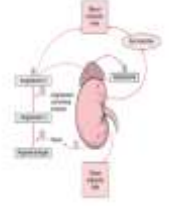
Asit-baz dengesinin düzenlenmesi

Böbrekler asit salgılayarak ve vücut sıvılarının tampon stoklarını düzenleyerek akciğerlerle birlikte asit-baz dengesinin düzenlenmesinde katkıda bulunur.

25

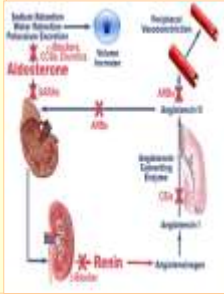
Kan basıncının düzenlenmesi

- Kan basıncı düşünce, jukstaglomerüler hücrelerden **renin salgılanır**.
- Renin kan yoluyla karaciğerde anjiyotensin I' e dönüşür.
- Anjiyotensin daha sonra, çok kuvvetli vazokonstrüktör olan anjiyotensin II'ye dönüşür.
- Vazokonstrüksiyon da kan basıncının artmasına neden olur.



26

- Diğer taraftan anjiyotensin II' nin sürrenal korteksten aldosteron sekresyonunu artırma etkisi de vardır.
- Anjiyotensin II, daha sonra anjiyotensin III' e dönüşür.
- Anjiyotensin III aldosteron sekresyonunu anjiyotensin II' den daha çok artırır
- Böylece bu mekanizma bir yandan vazokonstrüktör etki ile diğer yandan ise aldosteron salınımı sonucu **Na+ ve su reabsorbsiyonunu artırıp volümü çoğaltarak kan basıncının yükselmesine neden olur.**



27

Glikoz sentezi

- Böbrekler uzun süreli açlık esnasında aminoasitlerden glikoneojenez denen işlemle glikoz sentezler.

Eritrosit Yapımı

- Böbreklerin başka düzenleyici fonksiyonları arasında eritrosit yapımına katkısı da vardır.
- Böbrekler kan akımındaki oksijen basıncının azalmasını algıladıklarında eritropoetin salgılar.
- Eritropoetin eritrosit yapımı için kemik iliğini uyarır. Böylece oksijen taşıyan hemoglobin artmış olur.

28

İdrar boşaltımı (Miksiyon)

Mesane dolduğunda duvarındaki reseptörler gerilme duyusu impulsları üretir.

- Bu impulslar **medulla spinalisteki** refleks merkezine giderek miksiyon gereksinimini hissettirir.
- Eğer koşullar uygun ise beyindeki miksiyon merkezi medulla spinalisteki refleks merkezi üzerindeki frenleme etkisini kaldırır.
- Bunun sonucu olarak da parasempatik merkez mesanenin boşalması için sfinkterleri gevşetir ve mesane duvarındaki kasları da kasar.
- Ancak koşullar uygun değilse, isteğimiz ile çalışan üretra sfinkteri beyin korteksindeki miksiyon merkezinin emri altında idrar yapılmasını geciktirir.

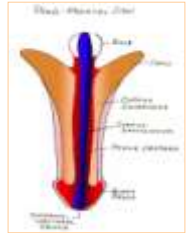
29

ERKEK ÜREME SİSTEMİ

Erkek üreme sisteminde penis ve skrotum dış üreme organlarını oluşturur.

Penis

- Penis iki korpus kavernozum, bir korpus spongioza ve uretradan oluşur.
- Penisin önyüzünde orta hatta korpus spongiozum vardır. Bunlar (korpus kavernozum ve spogioza) erektil doku kolonlardır. **Korpus spongioza içinde boydan boya uzanan üretra bulunur.**
- Glans penis, penisin ucunda koni şeklindeki korpus spongiozanın genişlemiş bölümüdür.
- Prepisyum (sünet derisi) ise glans üzerinde bir şapka oluşturur.



30

Skrotum

Skrotum kesesi testisleri ve spermatic kodları içinde taşır.

Testis

Testisler, skrotum içinde bulunan, çift taraflı erkek üreme organlarıdır.

Spermatic kordon ve epididim dışında tunika vaginalis denen viseral peritonla kaplıdır.

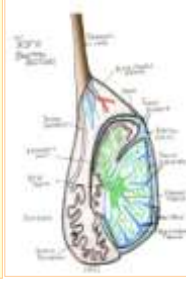
Testisin kapsülüne tunika albuginea adı verilir.

Testisler kıvrımlı seminifer tübüllerden oluşur ve bu yapılar spermilerin gelişim bölgeleridir.

Testisin iki görevi vardır:

.Ekzokrin görevi-sperm yapıcı

.Endokrin görevi-hormon salgılayıcı

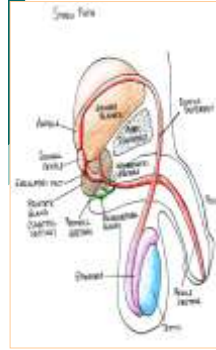


31

Epididimis

Spermier seminifer tübüllerden, başka bir kıvrımlı bir tüp olan epididime girer. Epididim baş, gövde ve kuyruk olmak üzere üç parçaya ayrılmıştır. Baş kısmı testisin üst kutbunda, gövde ve kuyruk ise arka kısmında yer alır. Epididimis ductus deferense açılır.

Epididimis sperm depolanması, taşınması ve olgunlaşması için gerekli bir organdır.



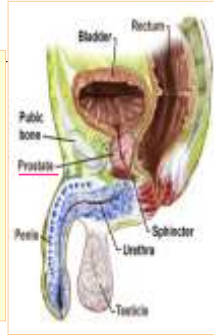
32

Prostat

Prostat mesanenin hemen altında yer alan bir organdır.

Arkada ise bir fasya ile rektumdan ayrılır. Prostatik üretrayı içerir. Prostatın arka kısmına ejakülatör kanalları açılır. Prostat bezinden kaynaklanan prostat kanalcıkları da ejakülatör kanala açılmaktadır.

Hafif alkali bir sıvı salgılayarak spermilerin asidik özellikteki vajinal salgıda yaşamasını sağlar ve kas kontraksiyonları ile, ejakülasyon esnasında seminal mayının kuvvetle dışarı atılmasını sağlar.



33



34

ÜRİNER SİSTEM DEĞERLENDİRMESİ

Böbrek ya da idrar yolları problemi olan hastanın durumunun değerlendirilmesi, hastanın sağlık öyküsü ve fiziksel değerlendirmeyi kapsar.



35

Sağlık öyküsü



Bireyin geçmiş sağlık öyküsü ve geçirdiği hastalıkların bilinmesi önemlidir. Çünkü bir çok hastalık hastada böbrek ve idrar yollarında problem oluşması için risk oluşturur.

36

Bu nedenle hemşire sağlık öyküsü alınırken şu soruların yanıtını araştırmalıdır

- Hasta hangi sağlık sorunu nedeni ile yardım istiyor, problem nasıl başlamış, yaşam kalitesini nasıl etkiliyor?
- Ağrısı var mı, varsa idrar yapma ile ilişkisi, ağrının yeri, süresi ve özelliği nedir?
- Üriner sistem enfeksiyonunun öyküsü, nasıl bir tedavi uygulandığı ya da hastanede ne süre yattığı?
- Ateşi ya da titremesi?
- Daha önce tanı ya da tedavi amacıyla kateter uygulanmış mı?
- İdrar yapmada bozukluk var mı?
- Dizüri var mı?

37

- İdrar yaparken ve bitiminde ağrı var mı?
- İdrar inkontinansı var mı? (stres inkontinansı, sıkışma inkontinansı, fonksiyonel inkontinansı, overflow inkontinansı gibi)
- İdrarda hematüri, renk ve miktarında değişiklik var mı?
- Noktüri var mı? Varsa ne zaman başladı?
- Böbrek taşı var mı? Yeri?
- Kadın hastalarda, doğum sayısı, forseps kullanılıp kullanılmadığı, vaginal enfeksiyon ve akıntı oluşmuş mu?

38

- Genital bölgede lezyon ya da cinsel ilişki ile geçen hastalık öyküsü var mı?
- Sigara, alkol ya da başka alışkanlıkları var mı?
- Böbrek problemi ile ilgili herhangi bir ilaç tedavisi alıyor mu?
- Bu soruların yanıtı alınırken hastanın psikolojik durumu hakkında gözlem yapılır. **Örneğin** anksiyete düzeyi, beden bilincinin etkilenip etkilenmediği, sosyal desteği, eğitim düzeyi gibi

39

Fiziksel değerlendirme

- Yaşam bulguları değerlendirilir.
- Hasta yoğun bakım ünitesinde ise, hemodinamik parametrelerin (örneğin; venöz basınç, kardiyak out put gibi) izlenmesi gerekebilir.
- Periferik ve apikal nabızdaki düzensizlikler elektrolit-sıvı dengesizliğinin göstergesi olabilir.
- Kan basıncında, 10 mmHg' dan daha fazla düşme ve beraberinde pozisyon değişikliği ile birlikte nabızda artma olursa, postüral (ortostatik) hipotansiyonu akla getirir.

40

- Böbreklerin büyüklüğünü ve mobilitasını değerlendirmek için direkt palpasyon yapılır
- Derin inspirasyon esnasında böbrek bir miktar aşağı itildiği için, özellikle sağ böbreğin palpasyonu biraz daha kolay olur.
- Hasta sırt üstü yatarken sağ böbreği palpe etmek için, sol el hastanın sırtının altına, sağ bögüre koyulur ve sağ el ile muayene edilir.
- Böbreğin yukarı doğru çıktığı ve ön taraftaki ele çarptığı hissedilir.



41

- Mesane boş iken palpe edilemez 150 ml den daha fazla idrar varsa perküsyonu yapılabilir. Mesanenin perküsyonu için, göbeğin üst orta çizgisinden başlanır ve aşağı doğru perküsyona devam edilir. Mesanede fazla idrar olması, abdominal distansiyona neden olur.
- Hasta ödem ve kilo değişikliği yönünden izlenir. Ödem, özellikle yüzde, ayaklar ve sakral bölge gibi bedenin diğer kısımlarında da görülebilir. Çoğunlukla ödem ile birlikte kiloda artış olur.

42

Tanı

- İdrar analizi
- İdrar kültürü
- Kan elektrolitleri
- Böbrek fonksiyon testleri
- Ejakulat tetkiki
- Direk üriner sistem grafisi
- İntravenöz pyelografi (IVP)

43

KATETERİZASYON-1

- Bir vücut boşluğu ya da kanalı içindeki sıvıyı boşaltmak amacı ile o bölgeye kateter uygulanması işlemine kateterizasyon adı verilir.
- Üriner sistemde kateterin en sık uygulandığı bölüm mesanedir. Kateter mesaneye üretral ya da suprapubik yolla takılır. Üretral yolla mesaneye kateter takma işlemine üriner kateterizasyon (mesane kateterizasyonu) adı verilir.

44

KATETERİZASYON-2

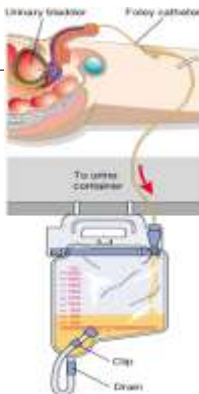
- Steril vücut boşluklarına uygulanan tüm işlemlerde olduğu gibi üriner kateterizasyon işleminde de cerrahi aseptik teknik kullanılmalıdır. Doğru teknik kullanılması ve kateterli hastanın uygun bakımı, oluşabilecek komplikasyonları önleyen ya da azaltan hemşirelik uygulamalarıdır.

45

Üriner kateterizasyon



46



47

Geçici mesane kateterizasyonu: Hastaya, kısa süreli olarak uygulanan kateterizasyondur,

- Retansiyonu gidermek
- Rezidüel idrar miktarını saptamak
- Steril idrar örneği almak, gibi amaçlarla uygulanır.

Geçici mesane kateterizasyonunda nelaton kateter kullanılır, işlem bitince kateter çıkarılır.

48

Kalıcı mesane kateterizasyonu:

Mesanede uzun süre kalan ve sürekli idrar drenajını sağlayan kateterizasyondur.

- Üretra ve çevresindeki organların cerrahi işlemlerini kolaylaştırmak,
- Uzun süreli ameliyatlarda,
- Gergin mesaneden dolayı pelvisteki ve abdominal yaralar üzerindeki basıncı önlemek,

49

- Mesane irrigasyonunu sağlamak,
- Saatlik idrar miktarını ölçmek
- Mesaneye ilaç vermek,
- idrar inkontinansı olan hastalarda, idrar drenajının denetimini sağlayabilmek amacıyla kateter uygulanır.

50

Kateterin uygulanması:

Kateter endikasyonu doktor istemi ile belirlenir. Kateter uygulanmadan önce cerrahi asepsiye uygun olarak steril eldiven giyilmeli ve uygulama boyunca kontaminasyon önlenmelidir.

Kateter steril bir kayganlaştırıcı ile kayganlaştırılarak sürtünme azaltılmalı ve travmaya bağlı enflamasyon gelişimi önlenmelidir. Ağrıyı azaltmak için anestetik madde (örneğin lidokain) içeren jeller kullanılabilir. Kateter uygulanırken bölgenin iyice aydınlatılması gerekir. Özellikle kadın hastalarda meatusun kolay görülebilmesi, kateterin etraftaki mukozalara temas etmeden direkt meatusa girmesini kolaylaştırır, böylece kateterin kontaminasyon riski azaltılmış olur.

51

İdrar toplama torbasının boşaltılması ve bakımı

İdrar torbası boşaltılırken kapalı sistem bozulmamalıdır. Çünkü mikroorganizmaların kateterli hastalara en sık bu yolla geçtiği bildirilmektedir. İdrar boşaltılırken eller yıkanmalı ve disposable eldiven giyilmelidir. İdrar boşaltma valvi %70 isopropil alkolle, boşaltmadan önce ve sonra silinmelidir. Bu çapraz enfeksiyonu önlemeye yönelik bir uygulamadır. İdrar toplama torbası mesane düzeyinin üzerine çıkarılmamalıdır. Böylece torbada kontamine olan idrarın tekrar mesaneye dönmesi engellenerek enfeksiyon riski azaltılmaktadır.

52



- o idrar toplama torbasının yerle temas etmesi dirençli mikroorganizmalarla kontaminasyon riskini artıracağından uygun şekilde yatak yanına asılmalıdır.
- o Torba tam dolmadan boşaltılmalıdır. Aseptik tekniğin sürdürülmesinin zor olduğu kalabalık ünitelerde torbanın içine formaldehit, povidon iyodin, hidrojen peroksit, klorheksidin yada %1'lik hipoklorit dezenfektanların ilave edilebileceği bildirilmiştir

54

Yeterli Sıvı Alımı:

Yeterli sıvı alımı idrar atımını artırdığı için mikroorganizmaların akarak atılmasını kolaylaştırır. Sıvı kısıtlaması yapılmıyorsa hastaya **günlük 2000 ml sıvı verilir**

55

El Yıkama:

- El yıkama, çapraz enfeksiyonların önlenmesinde etkili bir yol olmasına karşın yapılan bir araştırmada sabunla el yıkamanın gram (-) bakterilerin geçişinden korumada etkili olmadığı, drenaj sistemine dokunduktan sonra ellerin alkolle ovuşturulmasının etkili olduğu bulunmuştur. **Kateter bakımı ve idrar boşaltımı sırasında mutlaka eldiven giyilmelidir. İşlemden önce ve sonra eller yıkanmalıdır**

56

Antibiyotik Kullanımı:

- Hasta enfeksiyon belirtileri gösteriyorsa hekim istemi ile uygun antibiyotikler zamanında ve doğru bir şekilde uygulanmalıdır

57

Personelin Eğitimi-1

Sağlık personeli düzenli olarak kateter bakımı ve yönetimi konusunda eğitilmelidir.

- * Doğru endikasyonda kateter kullanımı
- * Kateterin gerekliliğinin ve diğer alternatiflerin değerlendirilmesi
- * Üriner kateter takılması ve bakımının bir kayıt sistemi ile izlenmesinin gerekliliği
- * El yıkama prosedürlerine uyulması
- * Aseptik teknik kullanımı

58

Personelin Eğitimi-2

- * Kateter seçimi
- * Kateterin ve hastanın uygun bakımının sağlanması
- * Kapalı drenaj sisteminin sağlanması ve sürdürülmesi
- * Mesane irrigasyonunun çok gerekli olmadıkça yapılmaması
- * Üriner enfeksiyonlu hastaların diğerlerinden ayrılmasının önemi gibi konular yer almalıdır

59

ÜROLOJİK HASTALIKLAR-TEDAVİ- BAKIM

Böbrek Anomalileri

- **Renal agenezis:** bir ya da iki böbreğin olmaması
- **Ektopik böbrek:** bir ya da iki böbreğin olması gereken yer dışında yerleşmesidir.
- **Aplastik böbrek:** böbrek normalden küçüktür ve fonksiyonel böbrek dokusu yoktur.
- **Renal hipoplazi:** böbrek normalden küçüktür ve böbrek dokusu fonksiyoneldir.

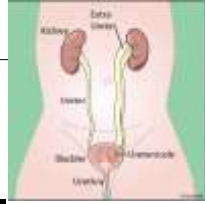
61

- **Multikistik böbrek**
- **Polikistik böbrek**
- **Meduller sünger böbrek:** nefronların distal tüplerinin ve toplayıcı kanallarının genişlemesi ve kistik hal alması

62

Üreter Anomalileri-1

- **Üreter duplikasyonu:** aynı tarafta çift üreter olması ve mesaneye tek tek açılması ya da üreterlerin vajinaya açılması



63

Üreter Anomalileri-2

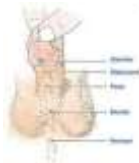
- **Üreterozel:** Üreterin kistik dilatasyonu
- **Obstruktif mega üreter:** Darlığın üst kısmında üreter genişlemesi



64

Üretra Anomalileri-3

- **Hipospadias:** üretranın penisin alt yüzüne açılması
- **Epispadias:** üretranın penisin dorsal yüzüne açılması



65

Ürogenital Sistem Enfeksiyonları

66

Böbrek enfeksiyonu

Pyelonefrit: bakterilerin neden olduğu böbrek parankim dokusunun ve pelvis renalisin inflamasyonudur.

Belirti ve bulgular: titreme, ateş, yan ağrısı, disuri, pollakuri, urgency. İdrar bulanık ya da kanlı olabilir, kötü kokabilir.

Tedavi: Bol sıvı+Antibiyotik

67

Mesane Enfeksiyonu-SİSTİT

Mesanenin inflamasyonudur.

Belirti ve bulgular: disuri, pollakuri, stranguri, urgency, hematuri.

Tedavi:

Üriner antiseptik

Bol sıvı

Antibiyotik

Sıcak oturma banyosu

Perine hijyeni

68

Testis Enfeksiyonu

ORŞİT: testisin akut inflamasyonudur.

Travma ile görülebilir. Kabakulak, pnomoni, tifo, difteri gibi enfeksiyöz hastalıklar sırasında gelişebilir.

Tedavi: yatak istirahati, skrotumun yükseltilmesi, uygun antibiyotik.

69

ÜROGENİTAL SİSTEM TÜMÖRLERİ

Böbrek tümörleri

Üreter tümörleri

Belirti ve bulgular

o Hematuri

o Ağrı

o Kitle

71

MESANE TÜMÖRLERİ

o Mesane tümörü ürolojik sistem içinde prostat kanserinden sonra ikinci sıklıkta görülmektedir.

o Görülme sıklığı yaşla birlikte artar, genellikle 50-70 yaşları arasında görülür ve erkeklerde görülme sıklığı daha fazladır

72

Mesane kanserini başlatan birçok faktör belirlenmiştir

- Sigara içme %31-51 oranında mesane kanserine neden olur.
- Çevresel karsinojenler: Boya, kauçuk, petrol, deri ve matbaa sanayinde çalışan işçilerde bu hastalığa yakalanma oranı erkeklerde %15-35, kadınlarda ise %1-6'dır.
- Üriner sistemde sık aralıklarla tekrarlayan veya kronik enfeksiyon
- Mesane taşları
- Yüksek idrar Ph'ı
- Analjezik istismarı
- Diyete bağlı etkenler (kahve, yapay tatlandırıcılar, yağ oranı yüksek diyet)
- Pelvik radyoterapi

73

KLİNİK BELİRTİLER

- Mesane kanserli hastaların %85-90'ında hematüri ilk gözlenen semptomdur.
- Bazı hastalarda sık idrara çıkma, idrarını yetiştirememeye ve disüri gibi belirtiler söz konusudur.
- Hastalığın ileri devrelerinde kemik metastazlarına bağlı olarak kemik ağrıları, üretral obstrüksiyon ve retroperitoneal metastazlara bağlı olarak lomber ağrı görülür.
- Hepotomegali ve supraklavikular lenf nodüllerinin mevcudiyeti hastalığın metastatik olduğunun bir belirtisidir.
- Bacakta lenf ödeminin gözlenmesi, pelvisteki lenf metastazı sonucudur.

74

TANISAL İNCELEMELER

Laboratuvar testleri: Kan, idrar ve sitolojik inceleme.

Görüntüleme yöntemleri: sistoskopi, biopsi, intravenöz pyelografi (IVP) Abdominal ultrasonografi, BT, göğüs grafisi (metastazları saptamak için)

75

TEDAVİ SEÇENEKLERİ-1

Medikal Tedavi

Sistemik kemoterapi

Mesane içi kemoterapi (yüzeysel kemoterapi)

Bu amaçla BCG kullanılmaktadır.

BCG, T lenfositlerini ve interferon yapımını aktive etmektedir

76

TEDAVİ SEÇENEKLERİ-2

Cerrahi Tedavi

Parsiyel sistektomi (genellikle cerrahi sonrası ilk 2 yıl içinde nüks)

Total sistektomi: Kadınlarda mesane ve üretranın; erkeklerde mesane, üretra ve vezikula seminalislerin çıkarılmasıdır.

Radikal sistektomi: Total sistektomi + pelvik lenf ganglionları, pelvisi örten periton, kadınlarda uterus, serviks ve overler çıkarılır

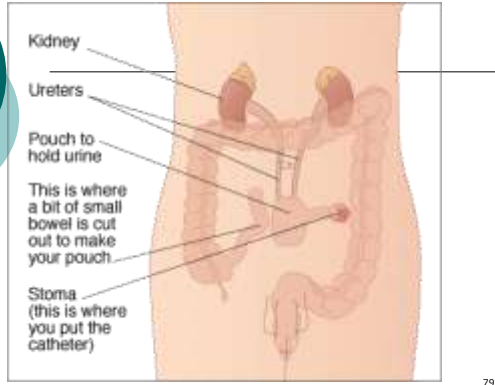
Mesane tümörünün transüretral rezeksiyonu
Radyoterapi

77

ÜRİNER DİVERSİYONLAR VE HEMŞİRELİK BAKIMI

- Üriner diversiyonda idrar atılımı normal yolun dışında bir yolla sağlanır ve genellikle cerrahi olarak ciltte bir açıklık (stoma) oluşturulur.
- Mesane tümörü nedeniyle sistektomi yapılan hastalara genellikle üriner diversiyon uygulanmaktadır.

78



79

üriner diversiyonlar;

- o pelvik malingnensi,
- o konjenital anomaliler,
- o striktürler,
- o üreter ve üretra travmaları,
- o üreter ve böbrek hasarına neden olan kronik infeksiyonlar ,
- o kontrol edilemeyen sistit,
- o tedavi edilemeyen üriner inkontinans ve
- o nörojenik mesane gibi nedenlerle de uygulanır.

80

Seçilecek yöntemde:

- o hastanın yaşı,
- o mesanesinin durumu,
- o anatomik faktörler,
- o beden yapısı,
- o obezite,
- o üretral dilatasyon derecesi,
- o hastanın renal fonksiyonları,
- o yaşam beklentisi,
- o hasta ve hekimin tercihi,
- o hastanın öğrenme yeteneği ve
- o hastanın kendi bakımına katılma istekliliği göz önünde tutulmalıdır.

81

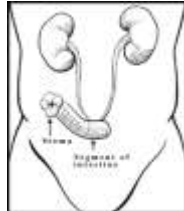
Üriner diversiyonda başlıca iki kategori bulunmaktadır:

- o Kutanöz üriner diversiyon
(cilde ağızlaştırma söz konusudur)
- o Kontinant üriner diversiyon
(idrar akışını kontrol etmede sfinkterlerden yararlanılır)

82

KUTANÖZ ÜRİNER DİVERSİYON TİPLERİ

1. İleal Konduit (İleal Loop) İleal konduitte, ileumdan 12 cm'lik bir parça alınıp, bir ucu dikilir, diğer ucu karın duvarına ağızlaştırılarak üreterler bu ileum segmentine birleştirilir.



83

İleal Konduit (İleal Loop)

- o Sigmoid kolon (kolon konduit) veya proksimal jejunum (jejunal konduit) da kullanılabilir.
- o Hasta ostomi torbası kullanılmalıdır.
- o Ameliyat sonrası gelişebilecek ödem nedeniyle sekonder tıkanıklığı önlemek amacıyla üreterlere ince, esnek tüpler (stentler) yerleştirilir, stentler idrarın böbrekten stomaya akmasını sağlar.
- o Bu stentler hastanın durumuna göre ameliyat sonrası 10-21. günde çıkarılır.

84



Soft neoplasia (cancer), where a loop of intestine is pulled out and attached to the skin.

85

Komplikasyon olarak

- o yara enfeksiyonu,
- o yara açılması,
- o üriner kaçak,
- o üretral ve barsak obstrüksiyonu,
- o ileus,
- o stomal stenoz,
- o kronik reflü nedeniyle böbrek harabiyeti
- o pyelonefrit ve
- o taş gelişebilir.

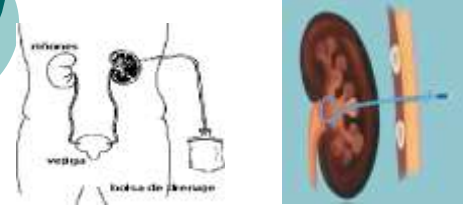
86

2. **Üreterokutanestomi:** Üreterin cilde ağızlaştırılmasıdır. Üretral obstrüksiyonlarda (pelvik kanser) ve operasyon alanının daha küçük olması nedeniyle düşük riskli hastalarda tercih edilen bir yöntemdir. Hastanın bakımı ileal konduite benzerdir.
3. **Vezikostomi:** Mesanenin cilde ağızlaştırılmasıdır.

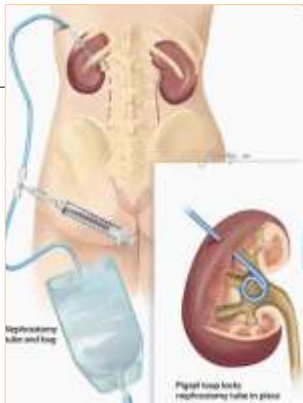


87

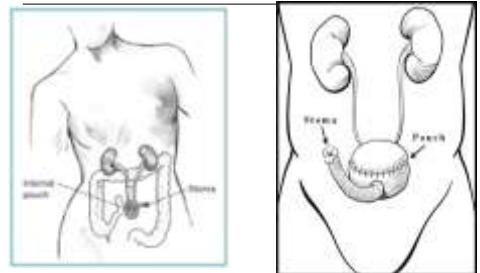
Nefrostomi: Renal pelvisin cilde ağızlaştırılmasıdır



88



89



90

Üriner diversiyon elektrolit bozuklukları

- Üriner diversiyon için kullanılan barsak segmenti içinden geçen idrarın solütlerinin dengesiz transportu sonucu ortaya çıkan sıvı ve elektrolit komplikasyonlarıdır.
- Kullanılan barsak segmenti,
- İdrarın barsak mukozasıyla temas eden miktarı ve temas süresi
- Konduitin kullanılma süresi
- Böbrek fonksiyonları
- Sıvı-elektrolit dengesizliğini etkileyen faktörlerdir.
- Örneğin üreterosigmoidostomide, idrardaki klorun sigmoid kolondan aşırı emilimine bağlı hiperkloremik asidoz gelişebilir.

91

HEMŞİRELİK BAKIMI

Preoperatif değerlendirme

- Kardiyopulmoner fonksiyonlar değerlendirilmelidir (özellikle yaşlı hastalar uzun süren ve kompleks cerrahi girişimleri tolere edemeyebilir).
- Hastanın beslenme durumu değerlendirilmelidir
- Hastanın bilgi gereksiniminin değerlendirilmesi gerekmektedir.

92

Preoperatif hemşirelik tanıları

- Beklenen cerrahi girişim, organ ve fonksiyon kaybıyla ilişkili **anksiyete**
- Beden gereksiniminden daha az besin alımıyla ilişkili **yetersiz beslenme**
- Cerrahi girişim ve ameliyat sonrası bakıma ilişkin **bilgi eksikliği**

93

Postoperatif hemşirelik tanıları

- Cilt bütünlüğünde bozulma riski
- Cerrahi insizyonla ilişkili akut ağrı
- Üriner diversiyon nedeniyle beden imajında bozulma
- Anatomik ve fizyolojik değişimle ilgili seksüel disfonksiyon
- Bilgi eksikliği

94

Potansiyel komplikasyonlar

- solunum problemleri, sıvı-elektrolit dengesizliği gibi genel postoperatif komplikasyonlar,
- anastomoz bölgesinde bozulma,
- sepsis, fistül oluşumu,
- fekal veya idrar sızıntısı ve cilt irritasyonu
- Peritonit (anastomoz yerinden peritonea sızan idrar nedeniyle gelişebilir)
- stomal iskemi ve nekroz
- stomal retraksiyon (geri çekilme) ve seperasyon (ayrılma)

95

Ameliyat Sonrası Bakım-1

- Üriner sistem fonksiyonlarının sürdürülmesi,
- Komplikasyonların önlenmesi (solunum, dolaşım komplikasyonları, sıvı-elektrolit dengesizliği, sepsis, fistül oluşumu ve idrar sızıntısı)
- Hastanın rahatlığının sağlanması

96

Ameliyat Sonrası Bakım-2

- Hastanın beslenme ve sıvı durumu yakından izlenerek uygun intravenöz sıvılar ve elektrolitler verilir.
- Üriner sistem açıklığını sürdürmek ve üreterointestinal anastomozu korumak için üreteral stentler veya kateterler de yerleştirilir.
- Ameliyattan sonraki ilk 24 saat, stoma saatte bir gözlenmelidir. Sorun yoksa dört saatte bir, daha sonra da sekiz saatte bir izlenir.

97

Ameliyat Sonrası Bakım-3

- Stoma pembe renkte ve nemli olmalıdır. Herhangi bir renk değişikliği oksijenlenme probleminin olduğunu gösterir. **Stomanın soluk görünmesi anemiye, mor-siyah renkte olması ise nekroza işaret eder.**
- Ameliyattan hemen sonra stomanın ödemli olması normaldir, bu ödem ameliyat sonrası 6-8. haftada azalacaktır.
- Kanama belirtileri izlenir ve stomanın kenarında kanama olup olmadığı ve kanamanın miktarı not edilir

98

Ameliyat Sonrası Bakım-4

- İdrar miktarı, drenaj sisteminin açıklığı ve drenaj rengi değerlendirilmelidir
- Hemşire, stoma torbasında sızıntı, ciltte irritasyon olup olmadığını izleyerek, aseptik teknikle kateter bakımı vermelidir.
- İleal veya kolon konduitle hastaların idrarı ameliyat sonrası ilk 3-5 günde müküslü olur. Mükusun miktarı birkaç hafta sonra azalır.

99

Ameliyat Sonrası Bakım-5

- Hastanın durumuna göre ağrının giderilmesinde analjeziklerin yanı sıra uygun pozisyon verme, masaj yapma, dikkati başka tarafa çekme ve relaksasyon yöntemleri kullanılır.
- Hastanın solunum fonksiyonları yakından takip edilerek hastaya solunum ve öksürük egzersizleri yaptırılır. Hasta solunum komplikasyonları açısından izlenmeli ve erken dönemde ambulasyonu sağlanmalıdır

100

Ameliyat Sonrası Bakım-6

- Hastalar ameliyat sonrası cinsel fonksiyonlarında değişiklikler yaşayabileceği için endişe duyabilirler. Bunun için ameliyat öncesi dönemde hasta ile konuşularak endişeleri azaltılmaya çalışılır.
- Ameliyat sonrası dönemde gelişebilecek komplikasyonlar yönünden hastalar izlenmelidir. Peritonit belirti ve bulguları izlenmelidir.

101

Ameliyat Sonrası Bakım-7

- Hastalar uzamış ileus, abdominal distansiyon, ateş, az idrar ve yüksek serum kreatinin düzeyi gibi belirti ve bulgular açısından değerlendirilmelidir.
- Stomada retraksiyon görülebilir. Ancak stomadaki dolaşım yeterli olduğu sürece cerrahi girişime gerek yoktur. Hemşire hastanın stomasını retraksiyon yönünden izlemelidir.
- Kolon veya ileal konduit yapılan hastalarda yaygın bir komplikasyon ise yara enfeksiyonudur, iyi bir stoma bakımı ile bu komplikasyon önenebilir.

102

Ameliyat Sonrası Bakım-8

- Üriner diversiyonlu hastalarda üriner sistem enfeksiyon insidansı da oldukça yüksektir. Hemşire üriner sistem enfeksiyonunun belirti ve bulgularını izleyerek, aseptik teknikle çalışmalıdır.
- Ayrıca hemşire hastalara enfeksiyonun belirti ve bulgularını ve stoma bakımının aseptik teknikle nasıl yapılacağını öğretmelidir.
- Hasta üreteroenterik stenoz ve böbrek taşı açısından da değerlendirilmelidir. Eger bir kontrendikasyon yoksa taş gelişimini önlemek amacıyla günde en az 2000 ml sıvı alması gerektiği açıklanmalıdır.

103

Taburculuk eğitimi-1

- Ostomi torbasının boşaltılması ve takılması konusunda hastaya bilgi verilir.
- Stomanın normal görüntüsü ve rengi anlatılmalıdır. Stomanın normal fonksiyonu açıklanarak stomadan (inkontinans diversiyonlarda) devamlı idrar gelmesinin normal olduğu anlatılır

104

Taburculuk eğitimi-2

- Peristomal cildin sabun ve ılık su ile temizlenebileceği anlatılır.
- Üriner sistem enfeksiyon belirti ve bulguları anlatılır.
- Hastalara 5 haftaya kadar uzun süre arabayla yolculuk yapmaması gerektiği açıklanır.
- Hastanın ameliyattan sonra 4 ile 6 hafta içinde cinsel aktivitede bulunmaması konusunda bilgi verilir.

105

Taburculuk eğitimi-3

- Hastaya ağır kaldırmaması söylenir. Çünkü insizyon yeri yeterince kuvvetlenmemiştir ve peristomal herniye yol açabilir.
- Kontrollere düzenli gelmesi söylenir

106

PROSTAT KANSERİ

Erkeklerde en sık görülen kanserdir. Amerika'da her 5 erkekte birinde görüldüğü tespit edilmiştir.

Yine Amerika'da her yıl 200.000 yeni hasta ve 38.000 ölüm saptanmaktadır.

Ortalama tanı yaşı 65 olup 50 yaş altında görülmesi nadirdir.

107

NEDENLER / RİSK FAKTÖRLERİ

- Genetik ve çevresel faktörlerle ilişkili
- **Çevresel:** Diyet ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Doymuş yağ, yüksek proteinli 'Batı' diyeti suçlanmaktadır. Selenyum, vitamin E, likopenin (pişmiş domates) koruyucu olduğu düşünülüyor.
- **Hormonal:** Bilinen bir risk faktörü yüksek testosterondur.
- **Risk faktörleri:** ileri yaş, aile öyküsü

108

BELİRTİ VE BULGULAR

- Erken evre de semptom yoktur. çoğu olgu PSA ve/veya rektal muayene ile tespit edilir.
- Lokal büyüme semptomları: üriner obstrüktif veya iritatif semptomlar, bazen impotans ve hematüri
- İleri evre: metastaz semptomları: kemik ağrısı, bel ağrısı, kilo kaybı

109

TANI

- Prostat muayenesi rektal tuşe ile yapılır.
- Rektumdan yapılan muayenede prostat kenarları düzensiz ve nodüler olarak ele gelir.
- Prostate Specific Antigen (PSA) ile kanser henüz bulgu vermediği çok erken aşamalarda dahi tanınabilmektedir.
- Prostatik asid fosfataz (PAP--prostattan salgılanan bir glikoproteindir) rektal muayeneden önce bilgi verebilir.
- Alkalen fosfataz başta olmak üzere karaciğer enzim testleri, biopsi, kemik sintigrafisi, tam kan, IVP başlıca yöntemlerdir.

110

TEDAVİ

- Prostat kanserinin tedavisi kanserin evresi, nasıl seyrettiği, hastanın yaşı ve genel sağlık durumu ile değişik tedavi seçeneklerinin yan etkileri göz önünde bulundurularak belirlenir.
- Cerrahi tedavi (RadikalProstatektomi) prostat,veziküloseminalis ve ductus deferens çıkarılır. orşiyektomi=hormonal tedavi yöntemi olarak testislerin çıkarılması)
- Kemoterapi
- Radyoterapi
- Hormonal tedavi

111

Benign Prostat Hiperplazisi (BPH)

Prostattaki hücre sayısının artması (hiperplazi)

Belirti ve bulgular:

- Pollakuri
- Nokturi
- Disuri
- Hematüri
- İdrar projeksiyonunda ve kalibresinde azalma

112

Cerrahi tedavi= Transuretral Rezeksiyon (TUR)

Post-op bakım

- Komplikasyonların takibi
- Yasam bulguları takibi
- İdrar takibi
- İrigasyon



113

Taburculuk Eğitimi

- Kanama, idrar yapamama durumunda hemen dr.' a basurması
- 4-6 hafta zorlu aktivitelerden kaçınması
- En az 4 hafta cinsel ilişkiye girmemesi
- Araba kullanmaması
- Kabız kalmaması
- Bol sıvı alması
- Uygun oturma pozisyonu

114

İNKONTİNANS

Miksiyon kontrolünün kaybolması

Risk faktörleri

- Genito-üriner cerrahi girişimler
- Mesane ve sfinkter patolojileri
- Aşırı şişmanlık, Diyabet
- Pelvik kaslardaki zayıflık
- Yaşlılık, Hareketliliği kısıtlayan nedenler
- Birden fazla doğum, zorlu vajinal doğumlar
- Menopoz, Serebrovasküler olaylar
- Diüretik, sedatif, opioid gibi ilaçlar, psikiyatrik hastalıklar

115

1- Stres inkontinansı :

Abdominal bası nedeni olan aktivitelerle (öksürme, yük kaldırma, ıkınma ve gülme gibi) ilişkili idrar kaçırmadır. Aktiviteler sırasında intraabdominal basıncın artmasına bağlı olarak meydana gelir. Genelde çok doğum yapmış bayanlarda görülür. Erkeklerde stres inkontinansın en çok görülen nedeni prostat cerrahisi, özellikle radikal prostatektomidir

116

2-Sıkışma inkontinansı; Ansızın, kontrol altına alınamayan acil idrar yapma hissi sonucu oluşan idrar kaçırmaya demektir.

3-Taşma inkontinansı; Yüksek miktarda rezidüel idrar veya kronik idrar retansiyonu gergin mesaneden idrar kaçışına neden olur.

4. Tam inkontinans: Sürekli idrar kaçırmayı ifade etmektedir.

117

İnkontinanstaki hasta öyküsü

- **Süresi:**Yeni başlangıçlı, uzun süreli
- **Kalibi:** Noktürnal, ara sıra, sürekli
- **Tipi:** Stres, sıkışma, taşma, tam
- **İlaçlar:** Antikolinergikler, diüretikler, sedatifler, hipnotikler
- **Cerrahi:** histerektomi, prostatektomi
- **Obstetrik:** bebeklerin sayısı, kiloları, doğum travmaları

118

Tedavi-1

- Düzeltilebilir nedenler tedavi edilir
- Cerrahi dışı tedavi hafif semptomları olan hastaların %50-65' ine yardımcı olur.
- **Davranışsal tedavi:** sıvı kısıtlanması, idrar kaçırmaya yol açan aktivitelerin kısıtlanması, pelvik taban egzersizleri, önceden belirlenmiş giderek artan aralarla miksiyon, pelvik taban kaslarının elektrik akımıyla uyarılması

119

Tedavi-2

- İlaç tedavisi
- **Cerrahi yaklaşımlar:** Dolgu maddelerinin üretra çevresine enjeksiyonu, vezikoüretal askı prosedürleri, abdominal yaklaşımlar, yapay üriner sfinkter

120

Üriner inkontinansta hasta eğitimi

- o Saat 16'dan sonra diüretik almayın
- o Kafein, alkol gibi mesane iritasyonuna neden olabilecek maddelerden kaçının
- o Konstipe olmayın
- o Her 2-3 saatte bir mesanenizi boşaltın
- o Pelvik taban kaslarını güçlendirecek egzersizler yapın
- o Sigara içmeyin

121

Üriner Sistem Taşları

Sıklıkla böbreklerde oluşur.

Taş oluşumunda rol oynayan faktörler

- o İdrarda az çözünebilir kalsiyum, oksalat, amonyum gibi kristaloitlerin fazla miktarda bulunması
- o Az sıvı alımı ya da sıvı kaybına bağlı idrar konsantrasyonunun artması
- o Üriner enfeksiyon
- o Üriner obstruksiyon ve staz
- o Konjenital anomaliler

122

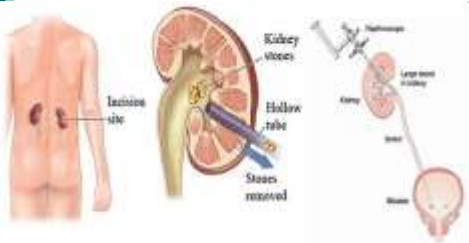
Tedavi

Amac; böbrek fonksiyonunu korumaktır.

Akut dönemde; analjezik, antispazmotikler; antiemetik, ılık banyo. Günlük sıvı alımı 3000 ml. Taşı izlemek için idrar toplanır. Hematuri ve üriner enfeksiyon kontrol edilir. Taş kendiliğinden düşmezse mekanik girişimlerden (ESWL, endourolojik) yararlanılır.

123

Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy (ESWL)



125

BÖBREK TRANSPLANTASYONU VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Hastanın (alıcının) seçimi

- 70 yaşın altında
- 2 yıl ya da daha fazla yaşama şansı olan hastalar
- Transplantasyonla daha iyi yaşama şansına ulaşacak hastalar

Kontrol edilemeyen akut enfeksiyonlarda, malign olusumlarda, kronik obstrüktif akciğer hastalığı olanlara uygulanmaz. Psikolojik sorunu olan, ileri derecede atheroskleroza olan hastalar iyi değerlendirilmelidir.

127

Vericinin (kadavra) seçimi

- 1-15 yaş arası
- Böbrek fonksiyonu normal
- Santral sinir sistemi dışında malign hastalık bulunmamalı
- Yaygın enfeksiyon bulunmamalı
- Diyabetes mellitus, hipertansiyon olmamalı
- Böbrekler cerrahi olarak çıkarılıncaya kadar hastanın solunum ve kardiyak fonksiyonu normal olmalı

128

Vericinin (canlı) seçimi

- Yaş 18-60 arası
- Önemli bir hastalık olmamalı
- Emosyonel durum normal olmalı
- Verici ve alıcı arasında doku uyumu
- Üriner sistem fonksiyonları değerlendirilmiş olmalı

129

Gelişebilecek Komplikasyonlar

- Greft rejeksiyonu
- Enfeksiyon
- Üriner sistem komplikasyonları
- Kardiyovasküler komplikasyonlar
- Solunum komplikasyonları
- GIS komplikasyonları
- Cilt komplikasyonları

130

Hemşirelik bakımı

- Immunosupresif tedavi nedeniyle gelişebilecek enfeksiyona yönelik bakım
- Renal fonksiyona yönelik bakım
- Hastanın beslenmesi
- Psikolojik bakım

131

Üroloji İlkeleri ve Hemşirelik Bakımı

Cerrahi ilkeleri

- İdrarın, üriner sistemin her bölümünden serbest geçişini sağlamak
- Normal böbrek fonksiyonunu sürdürmek
- Üriner sistem enfeksiyonunu önlemek, varsa tedavi etmek
- İdrar kaçışını önlemek
- Konjenital anomalileri düzeltmek
- Tümörleri çıkarmak

133

Hemşirelik Bakımı

- Ameliyat öncesi bakım
- Ameliyat sonrası bakım

Komplikasyonlar

Kanama

Ağrı

Abdominal distansiyon

Enfeksiyon

134



135