Содержание

Введение

1. Основная часть

.1 Боль. Общая характеристика. Современные теории боли

1.2 Проблема «боль в периоперативном периоде» с позиции пациента и среднего медицинского персонала

.3 Инструменты оценки боли в периоперативном периоде

1.4 Возможности медицинской сестры при решении проблемы «боль в периоперативном периоде»

2. Заключение и выводы

. Список изученной литературы

. Приложение

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность выбранной темы исследования обусловлена двумя главными факторами: присутствием болевого синдрома при лечении пациентов хирургическими методами, и не полной готовностью врачей, среднего медицинского персонала и самого пациента к решению данной проблемы. Хорошо известно, что пациенты любого хирургического профиля хотят на время их пребывания в клинике до и после хирургического вмешательства постоянного внимания медицинского персонала и высокий уровень комфорта. Роль и значение медицинской сестры возрастают вместе с общим развитием и совершенствованием медицинской науки. В настоящее время средний медицинский персонал должен обладать все более сложными медицинскими, педагогическими, психологическими, техническими познаниями и навыками. Все эти требования к медицинским сестрам нашли отражение в сестринском процессе. Сегодня в России средний медицинский персонал хорошо знаком с понятием сестринского диагноза (сестринской проблемы), которое впервые было официально признано и законодательно закреплено в 1973 г. в США[4]. Перечень сестринских проблем, утвержденных Американской Ассоциацией медсестер, насчитывает в настоящее время 114 основных наименований. Проблемы пациента обуславливаются разными факторами. На наш взгляд существующий уровень доступного государственного здравоохранения выдвигает на первый план такие проблемы пациента как боль, стресс, беспокойство, социальная самоизоляция, недостаточная самогигиена и пониженная физическая активность. Какая же из этих проблем является самой распространенной в хирургии? Хирургия разрушает жизнь пациента. Она приносит тревогу и страх, боль и дискомфорт.По данным большинства литературных источников [2,3,4,6,8,10] хорошо подготовленный пациент гораздо проще переносит предстоящее оперативное вмешательство.

Давайте разберемся в болевом синдроме. Чувство боли могут варьировать от легких и, иногда, к тяжелым и постоянным. Боль может быть классифицирована, как острая боль или хронические боли. На приеме врача любой специальности боль является одной из самых распространенных жалоб. В то же время боль является феноменом, наиболее трудным для верификации.

Согласно Международной ассоциации по изучению боли (1994 г.), «боль - это неприятное сенсорное или эмоциональное ощущение (переживание), возникающее в связи с состоявшимся или потенциальным повреждением тканей или описываемое в терминах таковых...» [8].

Боль- психическое состояние, возникающее в результате сверхсильных или разрушительных воздействий на организм при угрозе его существованию или целостности. Это ценнейшее обретение эволюции животного мира. Жизненный цикл человека от рождения до конца жизни периодически контролируется болевым фактором. Из представленного определения боли следуют три важных тезиса:

) боль носит абсолютно субъективный характер;

) боль может возникать без реального повреждения;

) не существует методов объективного измерения боли.

Вероятно, этим и обусловлены трудности, возникающие при диагностике и лечении болевого синдрома, как у врачей, так и у среднего медицинского персонала [2,3,6,8]

Пациент должен быть уверен, что врачи и медицинские сестры знают ответы на возможные вопросы, которые он задаст им в связи с предстоящей операцией. Их обычно три:

• Насколько сильную боль я буду испытывать после операции?

• Где будет болеть?

• Как долго будет болеть?

Непосредственно после окончания операции средний медицинский персонал должен вести систематическое наблюдение за больным. Медсестра расспрашивает больного о состоянии здоровья, наличии болей, дискомфорта, изменениях функций органов; устанавливает и регистрирует частоту пульса и АД; обеспечивает динамический контроль за выделением мочи; контроль за отделяемым по дренажам; измеряет температуру тела; наблюдает за состоянием дыхания; контролирует состояние операционной раны. Она обеспечивает пациенту и его семье психологический комфорт. Обзор литературы, анализ отдельных сообщений, диалоги с пациентами и коллегами и проведенное анкетирование показали, что подавляющее большинство больных (от 87% до 91%) обязательно имеют в периоперативном периоде болевой симптом. Они также (в 100% случаев) надеются, что средний медицинский сможет определить размеры боли и обеспечить максимальное облегчение боли с минимальными побочными эффектами [4,5,8].

Цель исследования: изучить возможности решения проблемы «боль в периоперативном периоде» при уходе за пациентами хирургического профиля.

Задачи исследования:

.Провести исследование возможностей среднего медицинского персонала и самого пациента при контролировании и регулировании болевых ощущении, возникающих у пациента хирургического профиля в периоперативном периоде.

.Провести обработку и анализ результатов исследования.

.Предмет исследования: болевой синдром в хирургической практике.

Объект исследования: пациенты и медицинские сестры хирургических отделений.

Гипотеза исследования: актуальность проблемы «боль в периоперативном периоде» уменьшается при хорошем ведении пациента.

База исследования: Городская больница Святого Великомученика Георгия

Методы сбора и обработки информации исследования:

Ш анонимное анкетирование пациентов и медсестер;

Ш методика «Оценка боли по простой описательной шкале вербальных оценок силы боли».

1. Основная часть

.1 Боль. Общая характеристика. Современные теории боли

На протяжении всего времени существования хирургии проблема послеоперационной боли присутствовала всегда. По мнению клиницистов [2,3,6,9] это связано с тем, что в раннем послеоперационном периоде врач чаще всего решает проблемы стабилизации гемодинамики, инфузионно-трансфузионной терапии, энтерального и парентерального питание. На этом фоне боль кажется второстепенной проблемой, неизбежной неприятностью, с которой пациент должен смириться. На IV Конгрессе европейских ассоциаций по изучению боли было отмечено, что не менее 35% пациентов, перенесших плановые и экстренные хирургические вмешательства, страдают от послеоперационной боли. При этом, в 45-50% случаев интенсивность боли является средней и высокой, а 15-20% пациентов отмечают, что интенсивность боли превысила ожидавшуюся ими. Около 50% пациентов переводятся из интенсивной терапии в общие палаты с болями, интенсивностью свыше 5 баллов по 10-балльной шкале [7].

При этом по данным различных авторов [2,4,7,9] хирургический «стресс» и послеоперационная боль усиливают нагрузку практически на все жизненно важные системы организма. Напряжение функций этих систем, прежде всего кровообращения и дыхания, проявляется повышением давления, тахикардией, нарушением ритма сердца, учащением дыхания и т.д. К другим клиническим проявлениям «дискомфорта», обусловленного болью в раннем послеоперационном периоде, относятся: снижение двигательной активности, неспособность пациента откашливать мокроту и глубоко дышать, “вынужденное” положение, депрессивное состояние.

Длительное время боль рассматривалась исключительно как проблема врача и пациента. Осознание данной проблемы в обществе привело к созданию специализированных общественных организаций. В России действует общественная организация "Совет по боли", которая объединяет ведущих экспертов в области изучения и лечения боли. Стратегическая линия деятельности совета направлена на повышение качества обезболивания в отечественном здравоохранении. Совет призван содействовать переходу российской медицины к современным технологиям и международным стандартам, внедрению высокотехнологичных методов обезболивания и инноваций в практическую деятельность российских врачей [В.В.Никода].

Так что же такое боль? По данным литературных источников есть много определений данного состояния организма[3,6,8]:

Ш Вид чувства, своеобразное неприятное ощущение.

Ш Реакция на это ощущение, которая характеризуется определенной эмоциональной окраской, рефлекторными изменениями функций внутренних органов, двигательными безусловными рефлексами, а также волевыми усилиями, направленными на избавление от болевого фактора.

Ш Неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с реальным или предполагаемым повреждением тканей, и одновременно реакция организма, мобилизующая различные функциональные системы для его защиты от воздействия патогенного фактора.

Отметим, что последнее медицинское определение совпадает с тем, как понятие «боль» трактует Международная ассоциация по изучению боли. То есть боль, как правило, нечто большее, чем чистое ощущение, связанное с существующим или возможным органическим повреждением, поскольку обычно сопровождается эмоциональным переживанием.

Боль относится к наиболее распространенным признакам болезни. Пациент может характеризовать ее как колющую, жгучую, рвущую и пульсирующую, сверлящую, постоянную и приступообразную, стреляющую, спастическую, сдавливающую, тупую или резкую.

Обратимся к классификации и патогенезу боли.

По мнению практически всех изученных авторов классификация боли важна в связи с выбором подхода к ее лечению. Возможны различные схемы. Прежде всего, клиницисты различают острую и хроническую боль.

Ш Острая боль - необходимый биологический сигнал о возможном или уже происшедшем. Обычно она кратковременна и сочетается с гиперактивностью симпатической нервной системы (бледность или покраснение лица, холодный пот, расширенные зрачки, тахикардия, повышение артериального давления, изменение ритма дыхания, рвота). Сопутствующие эмоциональные реакции - агрессивность, тревога.

Ш Хроническую боль обычно определяют как боль, сохраняющуюся более 3-6 мес. Столь продолжительная боль теряет свое приспособительное биологическое значение. Постепенно развиваются вегетативные расстройства (утомляемость, нарушение сна, снижение аппетита, потеря веса, снижение либидо, запоры). Преобладающая эмоциональная реакция - депрессия.

Опрос коллег по отделению показал, что на хирургических отделениях мы чаще всего встречаемся с острой внутренней болью [76% опрошенных]. При этом все они сошлись в едином мнении[100%], что острая боль кратковременная и легко идентифицируется с причиной. Знакомство с доступной литературой [3,4,5,7]выявило аналогичную ситуацию. Острая боль - это предупреждение организму о существующей в данный момент опасности органического повреждения или заболевания. Часто стойкая и острая боль сопровождается ноющей болью. Острая боль обычно концентрируется в определенном участке перед тем, как она каким-то образом распространится шире. Этот тип боли, как правило, хорошо поддается лечению. А внутренняя боль возникает от внутренних органов тела. Внутренние ноцицепторы расположены в органах и во внутренних полостях. По причине нехватки болевых рецепторов в этих участках тела приводит к появлению нудящей и продолжительной боли. Внутреннюю боль особенно тяжело локализовать, и некоторые внутренние органические повреждения представляют собой «приписываемые» боли, когда ощущение боли приписывается участку тела, которое никак не связано с участком самого повреждения. «Приписываемая» боль может объясняться тем, что болевые рецепторы во внутренних органах также возбуждают и спинномозговые нейроны, которые возбуждаются при кожных повреждениях. После того, как мозг начинает ассоциировать возбуждение этих спинномозговых нейронов со стимуляцией соматических тканей в коже или мускулатуре, болевые сигналы, идущие от внутренних органов, начинают интерпретироваться мозгом, как происходящие от кожи.Именно поэтому, по мнению большинства изученных авторов [2,3,5,6] симптом «боль» должен быть детализирован следующим образом. Мы полагаем, что приводимая ниже информация может быть использована медсестринским персоналом при решении проблемы «боль в периоперативном периоде». Обратим внимание на приведенную ниже последовательность характеристики болевого синдрома.

 Начало возникновения боли:

· внезапное появление характерно для колик (печеночной, почечной, кишечной и др.), вызванных спастическими процессами или прохождением конкрементов, травм, прободения или разрыва полых органов, у женщин это может быть вызвано апоплексией яичников, разрывом труб при внематочной беременности, тромбозов сосудов, механической непроходимостью кишечника;

· постепенное нарастание в течение нескольких часов свойственно воспалительным процессам;

· хроническая боль с усилением на данный момент характерна для обострения дегенеративных заболеваний.

 Характер боли:

· Схваткообразные боли характерны для колик или кишечной непроходимости;

· постоянные и ноющие боли - характерны для воспалительных процессов;

· постоянные режущие, раздирающие - характерны:

а) при прободении полых органов или тромбозов сосудов;

б) при ущемлении нервно-сосудистого ствола при травмах и заболеваниях позвоночника;

· тупые дергающие- для абсцедирования при нагноительных процессах.

 Локализация боли.

Она всегда четко указывает на область тела или пораженный орган, так как по иннервационным связям болевое раздражение с внутренних органов выносится на кожу в проекции пораженного органа или сегмента тела, а также вовлеченной в процесс серозной полости. Важно изменение локализации боли с начала заболевания.

Например, для аппендицита характерен симптом Кохера - начальная боль в эпигастральной области, которая через 2-3 часа от начала заболевания перемещается в правую подвздошную область. Боль, первоначально локализованная в правой подвздошной области, распространяющаяся на весь живот, свидетельствует о вовлечении в процесс брюшной полости. Переход схваткообразных болей в постоянные свидетельствует о переходе колики в органический процесс, например, вызванный ущемлением камня в протоке или мочеточнике, и присоединении воспаления. Снижение боли при ухудшении общего состояния - неблагоприятный признак, свидетельствующий о нарастании интоксикации.

 Иррадиация боли.

Это важнейший дифференциально-диагностический признак, основанный на характерной передаче болевых импульсов по вегетативной части нервной системы в определенные точки (зоны Захарьина-Геда, Гаавы-Лувсан, Ван Вэйи), свойственные для каждого органа, может помочь медицинской сестре при осмотре пациента. Она должна владеть информацией о том, что:

v Для печени и желчного пузыря характерна иррадиация боли в шею,правую руку, под правую лопатку, паравертебрально справа на уровне XII грудного позвонка.

v Для почки и мочеточника свойственна иррадиация в паховую область, бедро, половые органы.

v Для поджелудочной железы - в пупок, эпигастрий, паравертебрально слева на уровне XII грудного позвонка.

v Для желудка характерны боли в эпигастрий с иррадиацией в нижнюю челюсть.

v При патологии органов малого тазаболи иррадиируютв прямую кишку и по позвоночнику.

При этом необходимо помнить, что боли в животе могут появляться не только при заболеваниях органов пищеварения, но и при заболеваниях сердца (инфаркте миокарда), органов дыхания (крупозной пневмонии), неврологических заболеваниях и др.. При выявлении клинических проблем пациента авторы рекомендуют[7] обращать особое внимание на типичные жалобы [тошнота, рвота, изжога, отрыжка, нарушение аппетита, ощущение неприятного вкуса во рту, запор, понос, чувство страха, потливость, раздражительность, одышка, нарушение функции конечностей и др].

При анализе анкет пациентов мы сделали еще один вывод по характеру болевого синдрома. Медицинским сестрам необходимо учитывать и то, как пациент излагает жалобы, критически сопоставляя с общим состоянием и характерной симптоматикой.

Довольно часто пациент неадекватен в своей оценке:

- преуменьшает жалобы;

-уменьшает жалобы при эйфории, свойственной интоксикации, шоку (диссимуляция);

- преувеличивает их при аггравации или измышляет при симуляции.

Согласно литературным источникам не решение проблемы боли чревато для пациента целым рядом осложнений. Проанализируем проблему боли у пациентов при операциях на органах брюшной полости. Боль в области операционного разреза и брюшной полости нарушают механизм дыхания. Диафрагма частично или полностью выключается из акта дыхания. Ухудшаются вентиляция лёгких, особенно в нижних отделах, газообмен между лёгкими и кровью. Жизненная ёмкость лёгких падает. При резком затруднении откашливания, обусловленном в первую очередь болями, почти полностью выключается дренажная функция бронхов, что создаёт условия для присоединения инфекции и развития пневмонии. Снижается как секреторная, так и моторная функции желудочно-кишечного тракта. Характерны метеоризм, атония, возможен парез кишечника. Резко выраженные боли и ограничение подвижности диафрагмы, снижение тонуса мышц брюшного пресса ухудшают функцию органов мочевыделения [5].

1.2 Проблема «боль в периоперативном периоде» с позиции пациента и среднего медицинского персонала

боль локализация периоперативный медицинский сестра

Кто же наши пациенты? Мы обратились к данным статистки. В нашем отделении в сестринском уходе нуждаются пациенты следующих профилей:

Ш Холецистэктомия

Диагноз: желчнокаменная болезнь, острый/хронический холецистит; полипы желчного пузыря

Ш Аппендэктомия <http://www.amclinic.ru/content/view/958/106/>

Диагноз: острый аппендицит <http://www.amclinic.ru/content/view/958/106/>

Ш Хирургия грыж живота

Диагноз: паховая, пупочная, бедренная, послеоперационная грыжа

Ш Хирургическое лечение заболеваний толстого кишечника

Диагноз: кишечная непроходимость, опухоль кишки

Ш Хирургическое лечение острой патологии брюшной полости

Диагноз: острая кишечная непроходимость, перитонит, панкреатит, кровотечения, в том числе язвенные, перфорация и др.

Ш Диагноз: рак кишечника.

За период с 2008-2010гг. в отделении пролечились 3234 человека. Наиболее загруженными медицинские сестры были в 2010 г..

Мы проанализировали объем манипуляций, выполненных средним медицинским персоналом в 2010 году. Больше всего [96.7%], естественно, было проведено инструментальных перевязок [табл.1]. Но какие бы манипуляции не выполняла медицинская сестра, проблема болевого фактора должна являться основным приоритетом для нее и ее пациента. При этом сестринское клиническое наблюдение должно включать не только выполнение медсестрами манипуляций средней степени сложности, но и опрос пациента, выявление жалоб, оценку его общего состояния и элементы объективного сестринского обследования. Это позволит компетентно подойти к решению проблемы решению проблемы «боль» в хирургии.

Таблица 1

Структура манипуляций, выполненных в 2010 году в перевязочном кабинете 3-го хирургического отделения

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование манипуляции | Количество (абсолютные цифры) | Процентное содержание |
| Перевязки | 2153 | 96.7% |
| Лапароцентез | 8 | 0.3% |
| Троакарная эпицистостома | 9 | 0.4% |
| Взятие биопсии | 9 | 0.4% |
| Смотровая цистоскопия | 36 | 1.6% |
| Катетеризационная цистоскопия | 8 | 0.3% |
| Торакоцентез | 3 | 0.1% |
| Итого | 2226 | 100% |

Не менее серьезной является проблема боли в процедурном кабинете [табл.2] Ведущим способом введения лекарственных препаратов оказался внутримышечный путь [55.9%]

Таблица 2

Структура манипуляций, выполненных в 2010 году в процедурном кабинете 3-го хирургического отделения.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование манипуляции | Абсолютные цифры | Процентное содержание |
| Внутривенное капельное введение лекарственных препаратов | 3956 | 15.5% |
| Внутривенное струйное введение лекарственных препаратов | 1880 | 6.9% |
| Внутримышечные инъекции | 15523 | 55.9% |
| Подкожные инъекции | 2477 | 9.1% |
| Забор крови на анализы | 2259 | 8.3% |
| Ассистирование при определении группы крови | 931 | 3.4% |
| В/в введение свежезамороженной плазмы | 78 | 0.3% |
| Переливание крови | 59 | 0.2% |
| Введение плазмозамещающих растворов | 103 | 0.4% |
| Итого | 27266 | 100% |

Для изучения проблемы «боль в периоперативном периоде» с позиции пациента и среднего медицинского персонала мы создали анкеты [см. приложение 2, 3].

Мы установили, что количество пациентов с болью в хирургическом отделении относительно стабильно. Это объясняется тем, что в исследуемый период коечный фонд отделения не менялся. Доля пациентов, получивших оперативное лечение, составила около 65% получивших лечение в течение этого периода.

Для получения картины по проблеме боли мы опросили пациентов 1-го и 3-го хирургических отделений, в котором приняли участие 33 чел.- 16 мужчин и 17 женщин, в возрасте от 23 до 92 лет.

При этом исследовании выяснилось, что 31 пациент испытывал боль, находясь в стационаре, и это основная жалоба хирургического больного.

Хотелось бы обратить ваше внимание, что хирургическая боль - это не только та боль, которая возникает после оперативного вмешательства, далеко не каждого пациента оперируют при поступлении его в хирургическое отделение. За 2008-2010гг. на 1-е и 3-е хирургические отделения поступило 10913 чел., а выполнены операции лишь 4402 чел., что составляет примерно 40%. Если проанализировать данный период времени, то увидим,что количество оперативных вмешательств уменьшается.

Из опрошенных пациентов 14 (42,5%) были прооперированы, а 19 (57,5%) - нет.

1.3 Инструменты оценки боли

Задача медсестры вместе с врачом определить основную причину боли, её устранения или усиления у конкретного больного и выработать план её устранения.

Существует три основных направления всестороннего подхода к проблеме облегчения болей:

Ш Оценка характера болей

Ш Терапевтическая стратегия (оперативное или консервативное лечение пациента)

Ш Постоянный индивидуальный уход

При оценке силы боли рекомендуется доверять жалобам больного. Реакция на боль, её субъективное переживание зависят от следующих факторов:

· порога личной болевой чувствительности (определяется индивидуальным состоянием вегетативной нервной системы человека);

· внешних условий (материально-бытовых обстоятельств, семейной обстановки и пр.);

· индивидуальных особенностей личности (характер, тип темперамента);

· отношения человека к болевым ощущениям;

· возможности получения моральной поддержки и оказания психологической помощи медицинскими работниками.

Медицинской сестре необходимо помнить:

ь у людей истощенных, со слабым типом нервной системы даже несильные болевые ощущения могут снижать жизненную активность и вызывать заторможенность реакций;

ь у пациентов с легко возбудимым типом нервной системы реакция на боль может быть чрезмерно бурной, но иногда проявляется и в невосприимчивости к болевым ощущениям;

ь лица с сильным типом нервной системы могут скрывать свою боль от окружающих, что затрудняет объективную врачебную и сестринскую оценку их состояния [1].

Можно использовать простую описательную шкалу вербальных оценок силы боли:

 Нет боли

 Боль лёгкая

 Умеренная

 Сильная

 Очень сильная

 Невыносимая

Оценить силу боли можно по десятибалльной шкале:

-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10,

где 0 - нет боли, 5 - умеренная боль, 10 - невыносимая боль.

Данная шкала была предложена нашим 33 пациентам. При оценке результатов 15 чел. (46%) посчитали свою боль, как лёгкую,7 пациентов оценили свою боль, как умеренную, также 7 чел. ощущали невыносимые боли (по 21%), 2 больных отметили, что не испытывали боль, а другие 2 чел. не пожелали дать ответ на данный вопрос.



Рис. 3. Оценка силы боли пациентами

Пациент часто может быть удивлен тем, где он испытывает боль после операции. Часто разрез сам по себе не единственная область дискомфорта. Он может чувствовать:

· Боли в мышцах

Он может чувствовать боли в мышцах шеи, плеч, спины или груди в положении лежа на операционном столе.

· Боль в горле

Его горло может чувствовать боль или колючесть.

· Боль при движении, сидении, ходьбе, кашле и других проявлениях после операции могут вызвать усиление боли в месте разреза или вокруг него.

1.4 Возможности медицинской сестры при решении проблемы «послеоперационная боль»

Уход за хирургическими пациентами зависит от выбора терапевтической стратегии: оперативное или консервативное лечение. Хорошо известно, что операция - это важнейшее событие в жизни каждого хирургического больного, и чтобы её эффект был максимальным, необходима соответствующая периоперативная подготовка. Периоперативная практика медицинских сестёр должна базироваться на главном - лечение и уход за хирургическим пациентом в предоперационном, интраоперационном и послеоперационном периодах. В периоперативном процессе должны участвовать все сестры, работающие в хирургии: палатные, операционные, медсестры-анестезисты, реанимационные медицинские сестры. По мнению всех, занимающихся сестринским процессом, чтобы достичь хороших результатов в уходе за пациентом, требуются совместные усилия многих специалистов, т.е. работа в команде.

В хирургическом отделении медсестры должны:

 Оценить уровень осведомленности больного о предстоящей ему операции;

 Оценить его психологический настрой.

В ожидании операции человек, естественно волнуется, его беспокойство оправдано. Ожидание боли, а в некоторых случаях предчувствие собственной беспомощности в послеоперационном периоде тревожат и угнетают его. Медицинская сестра должна поддерживать в больном уверенность в том, что благодаря высокой квалификации хирургов и анестезиологов, при помощи лекарств и других специальных приёмов операция и послеоперационный период будут безболезненными. Важно убедить пациента в успехе лечения. Это трудная задача, требующая в каждом случае индивидуального подхода к больному человеку. Независимо от своего собственного настроения необходимо постоянно поддерживать бодрость духа у больного, которому предстоит операция.

 Подготовить желудочно-кишечный тракт

Подготовка ЖКТ заключается в его очистке. Вздутие желудка и кишечника, заполненных газами и содержимым, после операции ухудшает кровоснабжение этих органов, что способствует развитию в кишечнике инфекции с проникновением её за пределы кишечной стенки, а вследствие повышенного давления может нарушать целостность швов на органах брюшной полости после операции, также может быть причиной самостоятельной боли. Кроме того, вздутие желудка и кишечника резко ухудшают функцию сердечно-сосудистой и легочной систем, что в свою очередь ухудшает кровоснабжение органов брюшной полости. Содержимое полых органов живота при операциях на этих органах может попадать в свободную брюшную полость, вызывая воспаление брюшины (перитонит).

Наличие содержимого в желудке, которое обязательно встречается при закупорке опухолью выходного отдела желудка или при язвенном сужении, опасно тем, что во время вводного наркоза оно может попасть в легкие и вызвать асфиксию. При подготовке пациентов с данной патологией необходимо проводить промывание желудка.

У больных без нарушения эвакуации из желудка подготовка верхних отделов пищеварительного тракта к операции ограничивается полным голоданием в день операции.

Для очистки нижних отделов кишечника, как правило, применяется очистительная клизма. Но данная процедура не может эффективно очистить кишечник у больного с хронической задержкой стула, поэтому одна из главных задач предоперационного периода - добиться у больного ежедневного самостоятельного стула. Это особенно необходимо больным со склонностью к метеоризму и хроническим запорам. Нормализацию опорожнения кишечника может обеспечить правильная диета.

 - подготовка кожных покровов.

Накануне операции больного тщательно моют и меняют бельё. Медсестра обязана осмотреть всё тело больного и при обнаружении гнойничковых и других воспалительных поражений кожи обязательно сообщить врачу.

Подготовка операционного поля сводится к бритью волосяного покрова этого участка в день операции [бритьё не производят накануне вечером, т.к. возникшие при этом мелкие царапины могут к утру воспалиться, что сделает невозможным проведение операции].

 В операционной медицинские сестры ставят барьеры, предохраняющие пациента от возможных осложнений, применяя принципы защитной асептики и антисептики.

v В рекаверирум (recoveryroom) - обеспечивают безопасное пробуждение и индивидуальный подход.

v В реанимации - индивидуальный уход с учетом рекомендаций анестезиологов.

v В отделении после возвращения пациента - индивидуальный уход, учитывая его личные потребности. Сестры обучают пациента самоуходу, а также дают родственникам рекомендации по уходу на дому. На данном этапе очень важно внимательно относиться к проблеме послеоперационной боли и своевременно проводить обезболивающую терапию, а также учитывать необходимость обезболивания перед перевязками.

Анализ анкет показал, что из опрошенных 14 прооперированных больных испытывали боль:

v До операции - 6 чел. (43%)

v После операции - 5 чел. (36%)

v Во время перевязки - 1 чел. (7%)

Наиболее часто при обезболивании используются ненаркотические анальгетики, НПВС, спазмолитики.

С момента поступления больного из операционной в палату начинается послеоперационный период, который продолжается до выписки из больницы. В этот период медицинская сестра должна быть особенно внимательна. Опытная, наблюдательная медицинская сестра является ближайшим помощником врача, от нее нередко зависит успех лечения. В послеоперационный период все должно быть направлено на восстановление физиологических функций пациента, на нормальное заживление операционной раны, на предупреждение возможных осложнений.

Сразу же после операции на область операционной раны желательно положить на 4-5 часов мешок с песком или резиновый пузырь со льдом. Применение тяжести и холода на оперированную область приводит к сдавливанию и сужению мелких кровеносных сосудов и предупреждает скопление крови в тканях операционной раны. Холод успокаивает боли, предупреждает ряд осложнений, понижает процессы обмена, благодаря чему ткани легче переносят недостаточность кровообращения, вызванную операцией. До тех пор, пока больной не проснется и не придет в сознание, медицинская сестра должна находиться около него неотступно, наблюдать за общим состоянием, внешним видом, артериальным давлением, пульсом, дыханием. Но какие бы манипуляции не выполняла медицинская сестра, проблема обезболивания после операции является основным приоритетом для нее и ее пациента. Проведенный нами опрос послеоперационных пациентов показал, что он в 100% случаев рассчитывает, что ему сделают все возможное, чтобы безопасно минимизировать боль [табл.1].

Уход за пациентами получающими консервативную терапию также сводится к индивидуальному уходу, учитывая его личные потребности. В первую очередь - проведение обезболивания по назначению врача. Кратность и доза введения лекарственных препаратов зависит от характера воспалительного или повреждающего процесса, от состояния пациента, от его индивидуальных особенностей (различный болевой порог).

На вопрос анкеты «Кратность выполнения Вам обезболивания»:

v 13 пациентов (40%) ответили, что получали обезболивание при болях.

v 10 чел. (30%) - 3 раза в сутки,

v 2 раза в сутки - 3 больных (9%),

v 1 пациенту (3%) - было необходимо обезболивание более 3-х раз за сутки,

v 4 чел. (12%) - не проводилось обезболивание,

v 2 пациента (6%) - не ответили на заданный вопрос.

Выбор способа введения обезболивающего препарата зависит от тех же факторов, что и кратность применения, и дозировка лекарственного средства. Среди наших опрошенных пациентов 23 чел. (69%) получали обезболивание в виде внутримышечных инъекций, 14 чел. (42%) - при внутривенных вливаниях. Наименее популярно использование таблетированных препаратов и ректальных суппозиторий. Следует отметить, что среди опрошенных больных 2 чел. (6%) отметили беседу с медсестрой, как помощь при боли.

Медсестра должна помнить о необходимости вступать в диалог с пациентом, вести поддерживающие, информирующие и инструктирующие беседы, отвечать на трудные вопросы. Своими действиями она может влиять на болевой порог, нивелируя факторы, понижающие его (неудобства, бессонница, усталость, беспокойство, страх и др.).

Пациенты намного легче перенесут боль, если им будет оказана грамотная психологическая помощь. Начинается сестринская психологическая помощь с создания благоприятной психологической среды- это значит, что в общении с пациентом медсестра должна быть терпеливой и небрезгливой, тактичной и доброжелательной, но в то же время требовательной, принципиальной и твердой. Кроме того, она может обучить больного специальным дыхательным упражнениям, особым приёмам нервно-мышечной релаксации, элементам аутогенной тренировки - для повышения порога болевой чувствительности и облегчения переносимости боли [13].Медицинская сестра может посоветовать пациенту следующие психологические приемы, которые позволят отвлечься от ощущения боли и, соответственно, легче её перенести:

· расскажите близкому человеку про свою боль, постарайтесь сделать это с юмором;

· послушайте любимую музыку;

· чаще глубоко вдыхайте свежий воздух из окна или во время прогулки;

· понаблюдайте за аквариумными рыбками;

· похвалите значимого для Вас человека;

· сделайте заслуженный комплимент в чей-то адрес;

· не жалейте о том, что вы заболели, а думайте о том, что обязательно скоро выздоровеете![1].

Из 33 опрошенных пациентов у 6 чел. (18%) возобновлялись, возникали боли при нарушении режима, а у 12 больных (36%) - при нарушении диеты. Средний медперсонал должен информировать больного о необходимости соблюдения режима и диеты, а также требовать их выполнения. На нашем отделении пациентам выдаются памятки по диетпитанию и физической активности после оперативных вмешательств (см. приложение 4).

Нами было проведено исследование проблем, с которыми сталкиваются хирургические медсестры при оказании помощи пациентам с болевым синдромом. Сбор информации проводился путем анонимного анкетирования среднего медперсонала хирургических отделений стационара в количестве 27 человек. Среди респондентов 70% составляли женщины, а 30% - мужчины. В возрастной группе моложе 20 лет - 4%; от 20 до 30 лет - 37%; от 31 до 40 лет - 22%; от 41 до 50 лет - 33%; старше 50 лет - 4%.

По уровню образования: со средним специальным образованием - 85% респондентов, в т.ч. 7% медсестер с повышенным уровнем образования, и 15% - студенты ВУЗ.

Стаж работы по специальности «Сестринское дело» менее года имели 7% респондентов, от 1 до 5 лет - 26%; от 5 до 10 лет - 22%; от 10 до 15 лет - 7%; более 20 лет - 37%.

Не имели квалификационной категории 30% респондентов; имели вторую - 11%; первую - 15%; высшую - 44% медицинских сестер.

На вопрос «Ваше отношение к пациенту, предъявляющему жалобы на боль» 33% респондентов ответили, что им его жалко, и стараются облегчить его страдания; 63% ответили, что делают всё возможное, т.к. на месте пациента могут оказаться сами или их близкий; 4% ответили, что такой пациент их раздражает, и они стараются быстрее оказать ему помощь.

Теперь поговорим о методах, которые используют медицинские сестры для обезболивания: «холод, голод и покой» рекомендуют 48% респондентов; внутримышечную инъекцию пациентам делают 63%; 74% выполняют внутривенное обезболивание; а 41% беседуют с пациентом, оказывают психологическую поддержку.

При обращении пациента за помощью обезболить 52% респондентов вызывают врача и ждут его назначений; сразу оказывают помощь 37%; 7% ответили сразу на 2 варианта; а 4% оказывают помощь при повторном обращении.

Из отмеченных проблем в оказании помощи при обезболивании медицинские сестры выделили «отсутствие выбора лекарственных препаратов» (44,5%); длительное ожидание врачебных назначений - 11%; неэффективность лекарственных средств отметили 15% медработников; все три варианта ответов обозначили 7,5% респондентов, а для 22% проблемами являются первые два варианта.

Наше отделение ориентировано, в основном, на малоинвазивное хирургическое лечение, позволяющее, по мнению современных ведущих хирургов мира [2,4,6], обеспечить высокий результат и быструю реабилитацию и возвращение к привычному ритму жизни. На 3-ем хирургическом отделении для оценки силы боли используется простая описательная шкала, результаты которой учитываются при расчете дозы и кратности введения обезболивающих препаратов.

В решении проблемы борьбы с болью огромное значение имеет подбор медицинского персонала. Этической основой медицинской сестры являются гуманность и милосердие. Она должна соблюдать древнюю этическую заповедь медицины: «Прежде всего - не навредить!» Главное условие для работы на нашем отделении: относиться к пациенту, как к себе самому или к своему близкому человеку!

СПИСОК ИЗУЧЕННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Артеменкова Н. Боль: Приёмы психотерапии и психокоррекции // Сестринское дело.- 2011; 8: 43, 48.

2. Васильева И.А. Профилактика и лечение послеоперационных инфекционных осложнений // Медицинская сестра. 2005. № 4. С. 7-8.\

. Глотова И.Г., Стрельникова А.Н. Какие знания нужны практической медсестре? // Сестринское дело. 2000. - №1. - С.9, 12.

. Греков И.Г. Сестринский процесс в послеоперационном периоде // Медицинская помощь. 1997. № 5. С. 47-49.

. Греков И.Г., Грекова И.И. Сестринское клиническое наблюдение за пациентами специализированных отделений многопрофильной больницы // Главная медицинская сестра. 2005. № 3. С. 17-21.

. Грушевская И.А. и др. Сестринское обеспечение оперативного лечения черепно-мозговой травмы // Медицинская сестра. 2006. № 2. С. 11-12.

. Изюмова И.В. Анализ мотивационных предпочтений среднего медицинского персонала // Главная медицинская сестра. 2004. - № 5. - С.23-33.

. Каптач А. Проблемы сестринской паллиативной помощи в Польше // Медицинская сестра.- 2011; 3: 21-23.

. Кирюшкина Т.В. Периоперативная практика в сестринском деле // Сестринское дело.- 2011; 1: 34-35.

. Кондрашкина Л.А. Роль старшей медсестры в управлении операционным блоком // Медицинская сестра. 2004. № 2. С. 11-13.

. Николаев А.В., Войцицкий В.Е., Кузнецов Д.И. Обезболивание пациентов пожилого возраста в онкологической клинике в послеоперационном периоде. Актуальные вопросы медицины. Сборник научно-практических работ по материалам муниципальной клинической больницы №1, том IV, г.Новосибирск-2000, с. 117 - 119.

. Петров В.Н., Лапотников В.А., Иоганнсен М.Г. Сестринская диагностика боли // Медицинская сестра.- 2011; 1: 11-16.

13. Breivik H., Borchgrevink P.C., Allen S.M., et al. Assessment of pain. British Joumal of Anassthesia 2008; 101(1): 17-24.

Приложения

Приложение №1

Основные показатели работы отделения в динамике с 2008 по 2010 год

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 2008г | 2009г | 2010г |
| 1 | Число коек | 25 | 25 | 25 |
| 2 | Поступило больных | 1104 | 1002 | 1128 |
| 3 | Средняя длительность пребывания на койке | 6,5 | 7,3 | 6,4 |
| 4 | Операций всего: А) Плановые Б) Экстренные | 527 238 289 | 496 186 310 | 482 171 311 |
| Объем оперативного вмешательства |
| 1 | Острый аппендицит | 64 | 38 | 30 |
| 2 | Непроходимость кишечника | 9 | 4 | 9 |
| 3 | Прободная язва | 7 | 11 | 9 |
| 4 | Ущемленная грыжа | 7 | 5 | 1 |
| 5 | Грыжесечение при вправимой грыже | 86 | 111 | 69 |
| 6 | Острый холецистит | 49 | 55 | 69 |
| 7 | Хронический холецистит | 72 | 59 | 64 |
| 8 | Диагностическая лапаротомия и лапароскопия | 33 | 29 | 37 |

Приложение 2

АНКЕТА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ

1. Пол (мужской, женский - нужное подчеркнуть).

2. Возраст -

3. Во время пребывания в стационаре Вы испытывали боль:

- до начала лечения

во время лечения

до операции

во время операции

после операции

при проведении перевязки

. Вас оперировали? (да, нет - нужное подчеркнуть).

. Испытывали ли Вы боль

после приёма пищи, если нарушали диету (да, нет - нужное подчеркнуть)

при нарушении режима

. При болях Вам оказывали помощь в виде:

таблеток

внутривенных инъекций

внутримышечных инъекций

свечей

беседы с медсестрой

. Кратность выполнения Вам обезболивания:

при болях

2 раза в сутки

3 раза в сутки

более 3-х раз в сутки

не проводилось

. Как Вы оцениваете возможность самостоятельного контроля болевых ощущений:

положительно

отрицательно

не знаю

. При возникновении боли Вам помощь оказывалась медсестрой:

сразу при обращении

после осмотра врача

после повторного обращения

не оказывалась

. Довольны ли Вы качеством оказания мед.помощи средним медицинским персоналом, в частности, обезболиванием (да, нет - нужное подчеркнуть).

. Оцените свою боль

(нет боли) (самая сильная, которая может быть)

Приложение №3

АНКЕТА ДЛЯ СРЕДНЕГО МЕДПЕРСОНАЛА ХИРУРГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ

1. Пол (мужской, женский - нужное подчеркнуть).

2. Возраст -

3. Образование (среднее специальное, повышенный уровень, высшее, студент ВУЗ - нужное подчеркнуть).

4. Стаж работы по данной специальности -

5. Квалификационная категория (не имею, вторая, первая, высшая - нужное подчеркнуть).

6. Ваше отношение к пациенту, предъявляющему жалобы на боль:

- Вам его жалко, и Вы стараетесь облегчить его страдания

Вы делаете всё возможное, т.к. на его месте можете быть и Вы, и Ваш близкий

такой пациент Вас раздражает, и Вы стараетесь быстрее оказать ему помощь

такой пациент Вас раздражает, и Вы стараетесь поменьше с ним контактировать

. Какие методы обезболивания Вы используете при оказании помощи пациенту:

холод, голод и покой

в/м инъекция

таблетка

в/в инъекция

свечи

беседа с пациентом, психологическая поддержка пациента

. При обращении к Вам пациента за помощью обезболить, Вы:

вызываете врача и ждёте его назначений

сразу оказываете помощь

оказываете помощь при повторном обращении пациента

не оказываете помощь

. Проблемы в оказании помощи при обезболивании:

длительное ожидание врачебных назначений

нет выбора лекарственных препаратов

неэффективность лекарственных средств

. Ваши предложения для улучшения оказания помощи пациентам с проблемой боли \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_