Северный государственный медицинский университет

Лечебный факультет

Реферат по дисциплине «Манипуляционная техника»

на тему: «Трахеостома. Проблемы пациента, связанные с постановкой трахеостомы. Уход за трахеостомой»

Выполнили:

Студенты 1 курса 4 группы лечебного факультета СГМУ Виноградов Михаил Валерьевич и Кашеварова Дарья Ивановна.

Проверил:

Преподаватель кафедры поликлинической терапии Богданюк Ольга Анатольевна.

Архангельск 2011

 Содержание работы:

Введение 1

Понятие «стома» и «трахеостомия» 1

Показания к проведению трахеостомии 4

Уход за канюлей 6

Уход за кожей вокруг трахеостомы 8

Санирование трахеостомической трубки 10

Замена трахеостомической трубки 10

Смена повязок 12

Возможные осложнения у пациента 13

Литература 16

**Введение**

 Целью данной работы является знакомство с трахеостомой, выявление проблем, которые могут возникнуть у пациента вследствие ее постановки, а также различных мероприятий по уходу за трахеостомой и области кожи на месте ее постановки. Трахеостомия является одной из самых важных операций, она используется для обеспечения искусственной вентиляции легких, в условиях невозможности естественной вентиляции. В качестве средства написания работы был использован анализ различной литературы на данную тему.

**Понятие «стома» и «трахеостомия»**

Стома – это искусственное отверстие, создающее сообщение между полостью любого полого органа человека (например, кишечника, трахеи) и окружающей средой. Данное отверстие накладывается на полый орган, при его непроходимости, или для исключения из работы отделов, лежащих ниже стомы. К примеру, при обтурации (закрытии просвета полого органа) гортани накладывается [трахеостома](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A2%D1%80%D0%B0%D1%85%D0%B5%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B0&action=edit&redlink=1), при непроходимости пищевода - [гастростома](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%93%D0%B0%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B0&action=edit&redlink=1), при операциях на толстом кишечнике [колостома](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9A%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B0&action=edit&redlink=1).

Трахеостома (Рисунок 1) – это искусственно сформированный канал трахеи, выведенный в наружную область шеи, для дыхания, минуя носоглотку. Пациенту при постоянной трахеостоме нужна металлическая трубка, состоящая из трех частей:

* Внешняя трубка (канюля), имеющая сбоку отверстие для тесемок, которыми она крепится вокруг шеи пациента;
* Проводник (направляющее устройство) с глухим концом, который ставит трубку на место; применяется только при введении трубки;
* Внутренняя трубка (канюля), стоящая в трахеостоме с внешней трубкой, может извлекаться для промывания.

Моделей внутренних трубок несколько, но лучше использовать металлическую трахеостомическую трубку, имеющую запор-флажок, позволяющий надежно удерживать внутреннюю канюлю. Запор-флажок должен быть всегда закрыт, иначе при кашле или даже во время промывания внутренняя трубка может выпасть из наружной. Наружная трубка фиксируется тесемками на шее, поэтому необходимо следить, чтобы тесемки не развязались, иначе наружная трубка может выскочить из трахеостомы при кашле или резком движении, что приведет к асфиксии (удушью), поскольку трахеостома без трубки сразу же закрывается.

Трахеостомия – оптимальный метод обеспечения проходимости дыхательных путей при проведении длительной искусственной вентиляции легких. По сравнению с эндотрахеальной интубацией она более комфортна для больного, позволяет уменьшить сопротивление дыхательных путей и объем мертвого пространства, облегчить туалет трахеобронхиального дерева, избежать травмы голосовых связок.

По уровню рассечения трахеи относительно перешейка щитовидной железы различают верхнюю, среднюю и нижнюю трахеостомию. По направлению разреза трахеи — продольную, поперечную, П-образную трахеостомии. Взрослым производят верхнюю трахеотомию, детям нижнюю, так как у них щитовидная железа расположена выше. Среднюю трахеотомию производят крайне редко, если невозможно произвести верхнюю или нижнюю, например, при особом анатомическом варианте расположения щитовидной железы или при опухоли щитовидной железы.



Рисунок

Трахеостомия – одна из самых старых и неотложных операций, используемых с давних пор для борьбы с острой асфиксией

Трахеостомию можно осуществить:

* Хирургически в условиях операционной;
* Хирургически у постели больного в палате интенсивной терапии;
* Применяя методики чрескожной трахеостомии;
* Методом ретроградной трансларингеальной трахеостомии.

В настоящее время все более широко используется техника чрескожной дилатационной трахеостомии с использованием специальных наборов. Эта техника позволяет осуществить всю процедуру трахеостомии бескровно, непосредственно у постели больного в отделении реанимации.

Пациенты, которым предстоит трахеостомическая операция, как до, так и после операции, боятся задохнуться. Поэтому очень важна подготовка пациента к трахеостомии. И сам пациент, и его родственники должны понимать, что после операции он не сможет разговаривать из-за кашля и стрифрозного (шумного, свистящего) дыхания. Больной будет нуждаться в уходе за трахеостомической трубкой, поэтому и пациент, и члены его семьи должны научиться ухаживать за трахеостомой.

**Показания к проведению трахеостомии**

 Показаниями для проведения трахеостомии могут являться следующие факторы:

1. Состоявшаяся или угрожающая непроходимость верхних дыхательных путей:
* Острейшая (молниеносная) – развивается за секунды;
* Острая – развивается за минуты;
* Подострая – развивается ха десятки минут, часы;
* Хроническая – развивается за сутки, месяцы, годы.
1. Необходимость респираторной поддержки у больных, находящихся на длительной искусственной вентиляции лёгких – необходима при тяжелой черепно-мозговой травме, при отравлении барбитуратами, при ожоговой болезни и др.

Наиболее часто к непроходимости верхних дыхательных путей приводят следующие состояния:

* Инородные тела дыхательных путей (при невозможности удалить их при прямой ларингоскопии и трахеобронхоскопии);
* Нарушение проходимости дыхательных путей при ранениях и закрытых травмах гортани и трахеи;
* Острые стенозы гортани при инфекционных заболеваниях (дифтерия, грипп, коклюш, корь, сыпной или возвратный тиф);
* Стенозы гортани при специфических инфекционных гранулемах (туберкулез, сифилис, склерома и др.);
* Острый стеноз гортани при неспецифических воспалительных заболеваниях (абсцедирующий ларингит, гортанная ангина, ложный круп);
* Стенозы гортани, вызванные злокачественными и доброкачественными опухолями;
* Сдавление колец трахеи извне струмой, аневризмой, воспалительными инфильтратами шеи;
* Стенозы после химических ожогов слизистой оболочки трахеи уксусной эссенцией, каустической содой, парами серной или азотной кислоты и т.д.;
* Аллергический стеноз (острый аллергический отек).

**Уход за канюлей**

Наружную трубку удалить или заменить может только врач, внутреннюю трубку - в домашних условиях обученный член семьи или сам пациент. Для ухода за трахеостомой пациенту необходимо:

* Приготовить: пакет со стерильными салфетками, флакон с 70% раствором этилового спирта, ершик (прокипятить в специальной емкости 2 ерша в течение 30 минут с момента закипания воды, слить воду после кипячения, высушить и завернуть ерши в чистую ткань, где и хранить до следующего применения), бинт, флакон со стерильным глицерином, емкость с 2% содовым раствором (1 чайная ложка на 120 мл воды);
* Снять повязку, закрывающую отверстие трубки;
* Вымыть руки;
* Встать перед зеркалом;
* Повернуть запор-флажок наружной трахеостомической трубки в положение "вверх";
* Взять "ушки" внутренней трахеостомической трубки большим и указательным пальцами и плотно зафиксировать их в руке;
* Зафиксировать пластинку наружной трахеостомической трубки с обеих сторон другой рукой (также большим и указательным пальцами) извлечь за "ушки" в направлении от себя дугообразным движением внутреннюю трахеотомическую трубку из наружной трубки;
* Опустить внутреннюю трахеостомическую трубку в емкость с 2% содовым раствором, подогретым до температуры 45°;
* Обработать внутреннюю трахеостомическую трубку ершиком в емкости с 2% содовым раствором от корок и слизи (до удаления всех корок);
* Промыть внутреннюю трахеостомическую трубку под проточной водой;
* Просушить внутреннюю трахеостомическую трубку стерильной салфеткой;
* Обработать двукратно внутреннюю трахеостомическую трубку салфеткой, смоченной 70% раствором этилового спирта;
* Смочить стерильную марлевую салфетку стерильным глицерином и смазать внешнюю поверхность внутренней трахеостомической трубки;
* Встряхнуть, перед тем как ввести ее во внешнюю трубку, чтобы на ней не осталось капель глицерина (капли, оставшиеся на трубке, могут вызвать кашель);
* Зафиксировать пластинку наружной трахеостомической трубки большим и указательным пальцами левой руки;
* Взять "ушки" внутренней трахеостомической трубки большим и указательным пальцами правой руки и ввести в отверстие наружной трубки;
* Зафиксировать внутреннюю трахеостомическую трубку, переведя замок-флажок в положение "вниз";
* Убрать емкость с водой, ерш и лекарственные средства;
* Вымыть руки.

Такую процедуру в указанной последовательности необходимо повторять не менее двух раз в сутки, а иногда, если больной плохо дышит, и несколько раз в день. Следует помнить, что несоблюдение этого правила может привести к грозному осложнению – асфиксии (удушью). Засохшая мокрота при сильном кашле может оторваться от стенок канюли и проскочить в трахею и бронхи, вызвав закупорку дыхательных путей.

**Уход за кожей вокруг трахеостомы**

Для ухода за кожей вокруг трахеостомы следует:

1. Очистить кожу вокруг трахеостомы с помощью салфеток и теплой кипяченой воды или фурацилина (1 таблетка на 1 стакан кипяченой воды). Для этой цели можно использовать также слабо-розовый раствор марганцевокислого калия;
2. Подсушить кожу с помощью салфеток;
3. Нанести на чистую кожу либо цинковую пасту, либо пасту Лассара, либо мазь "Стомагезив". Можно обработать кожу тальком или сухим танином;
4. Избыток мази или пасты удалить с помощью салфетки;
5. Под «ушки» трахеостомической канюли завести стерильные салфетки с Y-образным разрезом («штанишки»). После чего закрепить фиксирующие завязки на шее.

Если на коже появляется раздражение от перекиси водорода, необходимо использовать жидкое мыло и воду, а также следить, чтобы мыло или вода не попадали в стому или канюлю. Необходимо следить за признаками инфекции: отечность, жар, запах, лихорадка или боль при аспирации (отсасывании жидкости). При подозрении, что трахеостома инфицирована, нужно немедленно вызвать врача.

Чтобы избежать заражения и некроза кожи необходимо регулярно ухаживать за трахестомой и содержать ее в чистоте:

* Протирать кожу и проверять ее как минимум один раз в сутки;
* Менять канюлю каждые десять дней (или чаще по указанию лечащего врача).

Считается, что проводить смену и промывание трахеотомической трубки лучше всего в одном и том же месте. Выбирать необходимо чистое, хорошо освещенное место рядом с раковиной. Заранее необходимо подготовить:

* Валик из полотенца или из подушки;
* Мыло (жидкое мыло), спирт или дезинфицирующая пена;
* Чистые, одноразовые перчатки без талька (так как возможна аллергическая реакция);
* Стерильные ватные тампоны;
* Марля;
* Стерильная вода;
* Стерильная вода с перекисью водорода в пропорции 1:1;
* Завязка-бандаж и ножницы, чтобы обрезать концы до нужной длины;
* Трахеостомическая трубка;
* Две стерильные или одноразовые чашки;
* Небольшое полотенце;
* Аспиратор (аппарат для отсасывания жидкостей из полостей).

### Очищение и проверка кожи:

1. Уложить пациента на спину, убедиться, что ему удобно;
2. Сделать валик из полотенца и положить под плечи пациента;
3. Вымыть руки и надеть одноразовые перчатки;
4. Смочить ватный тампон в разбавленном растворе перекиси водорода
5. Протереть кожу вокруг трубки и под ней круговыми движениями от центра к периферии. Чтобы хорошо очистить кожу необходимо использовать четыре ватных тампона;
6. Смочить ватный тампон в стерильной воде и протереть кожу вокруг трубки и под ней;
7. Вытереть насухо с помощью марли или сухого ватного тампона;
8. Проверить, нет ли таких признаков инфекции, как покраснение, жар, отечность;
9. По окончанию вымыть руки

**Санирование трахеостомической трубки**

Отсасывание жидкости из трахеостомической трубки необходимо производить по мере необходимости. Признаками того, что трубка засорилась и необходимо отсосать излишнюю жидкость являются:

* Шумное клокотание внутри трубки;
* Беспокойное поведение пациента;
* Попытки пациента откашляться;
* Виднеющаяся из отверстия трахеостомы мокрота или слизь.

**Замена трахеостомической трубки**

Замену трахеостомической трубки необходимо производить в следующей последовательности:

1. Уложить пациента на спину в удобном положении. Подложить под плечи валик из полотенца;
2. Вымыть руки с мылом (жидким мылом) в теплой воде. Хорошо высушить. Можно также использовать спирт или дезинфицирующую пену;
3. Надеть одноразовые перчатки;
4. Подготовить чистую завязку для трахеотомической трубки, положив ее под шею пациента;
5. Вскрыть упаковку с новой канюлей и вставить внутрь обтюратор (приспособление для закрытия дефектов в полости);
6. Удалить старую трубку и положить ее на заранее подготовленное полотенце;
7. Быстро заменить трахеостомическую трубку на новую (Рисунок 2). Удалить обтюратор, придерживая края канюли. Пациент не сможет дышать, если не вытащить обтюратор;
8. Закрепить концы завязки-бандажа. Проверить, чтобы бандаж не был сильно жестким (Рисунок 3).

****

Рисунок

****

Рисунок

Смена повязок

Повязки необходимо менять каждый день. Как правило, для повязок используют медицинский бинт. Повязку стоит менять после принятия ванны или душа. После этих процедур, как правило, повязка намокает или становится влажной. Ни в коем случае, нельзя оставлять влажную или мокрую повязку, так как это лишнее раздражение для кожи шеи.

При смене повязки, необходимо заранее приготовить место, где будет происходить смена повязки, и все необходимое оснащение:

* Сухой, чистый медицинский бинт;
* Ножницы;
* 3% раствор перекиси водорода для дезинфекции кожи под "ушками" трахеостомы, а также кожи на шее и под медицинским бинтом;
* Ватные тампоны, которыми необходимо протереть насухо кожу на шее;
* Вазелин. Если кожа на шее, под медицинским бинтом раздражена и есть покраснения, можно слегка смазать ее вазелином перед накладыванием чистого медицинского бинта.

Следует немедленно вызвать лечащего врача при наличии у пациента:

* Красной, болезненной, кровоточащей стомы;
* Желтой или зеленой, кровавой или с запахом мокроты из стомы;
* Температуры 38оС или выше;
* Отечности вокруг трахеостомической трубки;
* Боли при аспирации;
* Учащенного или затрудненного дыхания;
* Рвоты.

**Возможные осложнения у пациента**

Трахеостомия как хирургическая методика имеет много осложнений: от незначительных (косметических) до тяжелых, угрожающих жизни больного независимо от метода трахеостомии.

Осложнения, возникновение которых возможно в процессе выполнения операции:

* Разрез, проведенный не по срединной линии шеи, может привести к повреждению шейных вен, а иногда и сонной артерии (что дополнительно может привести к возникновению воздушной эмболии при повреждении шейных вен).
* Недостаточный гемостаз перед вскрытием трахеи может повлечь за собой затекание крови в бронхи и развитие асфиксии.
* Ранение задней стенки пищевода.
* Перед введением канюли следует убедиться, что слизистая оболочка трахеи рассечена, а просвет ее вскрыт, иначе можно ввести канюлю в подслизистый слой, что приведет к выпячиванию слизистой оболочки в просвет трахеи и усилению асфиксии.
* Осложнения, возникновение которых возможно сразу после выполнения операции: существует угроза гипоксии (кислородного голодания), перфорации (пробоя) задней стенки трахеи, перелома кольца трахеи, ранения пищевода, подкожной эмфиземы (скопления воздуха в подкожной клетчатке грудной клетки), пневмоторакса (скопления воздуха в половсти плевры).
* В более позднем послеоперационном периоде может возникать гнойный трахеобронхит, стеноз трахеи, трахеальная фистула, изменение голоса, а из косметических осложнений — грубые шрамы на коже в области трахеостомы.

Осложнения в первые часы после процедуры:

* Кровотечение;
* Гипоксия, гиповентиляция, гиперкапния;
* Пневмоторакс;
* Аспирация.

Ранние осложнения, проявляющиеся в первые 24 часа после процедуры:

* Кровотечение;
* Чрезмерная грануляция тканей, паратрахеальные грануляции, перихондрит в области постановки трахеотомической трубки;
* Трахеоартериальная фистула (очень редкое, но фатальное осложнение может возникнуть, если стома расположена ниже четвертого кольца трахеи);
* Инфицирование стомы;
* Трахеоэзофагеальная фистула (возникает вследствие ранения задней стенки трахеи во время операции) и ее эрозия.

Поздние осложнения трахеостомии:

* Стеноз трахеи;
* Трахеальная фистула (редкое осложнение, которое возникает вследствие хронической инфекции стомы и повышенной грануляции ткани стомы);
* Изменение голоса;
* Грубый шрам, рубцовые изменения на коже в области трахеостомы.

Большое число осложнений после трахеостомии возникает в результате закупорки трубки, несоответствия ее размеров и трахеи, неправильного положения трубки в трахее, ее смещения и выпадения.

**Литература**

1. [http://ru.wikipedia.org/wiki/Стома](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B0)
2. [http://ru.wikipedia.org/wiki/Трахеостомия](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%B0%D1%85%D0%B5%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B8%D1%8F)
3. <http://www.meduhod.ru/components/medical_treatment/trakheostoma.shtml>
4. <http://tracheostoma.ucoz.ru/index/0-2>
5. <http://www.klinikum.ru/translations/tracheostomy-basic-guidelines-for-changing-and-cleaning.html>
6. <http://palliativ.ru/post_uhod-za-traheostomoy.html>
7. Арапов Д.А., Исаков Ю.В. Трахеотомия в современной клинике. М.: Медицина, 1974, стр. 208.
8. Зильбер А.П. Искусственная вентиляция легких при острой дыхательной недостаточности. М.: Медицина, 1978, стр. 200.
9. Галстян Г.М., Городецкий В.М., Шулутко Е.М. Особенности дилатационной трахеостомии у больных с геморрагическим синдромом // Анестезиол. и реаниматол, 2003, издание № 3, стр. 41–45.
10. Преображенский Ю.Б. Трахеотомия. М., 1974, стр 27.
11. Роджерс С., Пуйана Дж.К. Место чрескожной трахеостомии в критическом состоянии пациента // Международная анастезилогическая клиника, 2000, издание №38, стр. 95-110.