ГБОУ ВПО ВолгГМУ Минздрава России

Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультета

**Научно-исследовательская работа**

**на тему: «Особенности ухода за больными в послеоперационном периоде»**

Выполнила: Студентка 1 курса 5 группы

педиатрического факультета

Семченко Мария Сергеевна

Волгоград 2016

Оглавление

Введение

1. Основные определения и понятия

1.1 Транспортировка больного из операционной в палату

1.2 Обустройство палаты

2. Осложнения, связанные с наркозом

2.1 Западение языка

2.2 Рвота в посленаркозном периоде

2.3 Нарушение терморегуляции

3. Борьба с болью в послеоперационном периоде

4. Уход за тяжёлым послеоперационным больным

5. Профилактика послеоперационных осложнений

5.1 Борьба с гипертермией

5.2 Борьба с парезом желудочно-кишечного тракта

5.3 Борьба с задержкой мочеиспускания

5.4 Профилактика пролежней

6. Питание больного

7. Период выздоровления

8. Роль медицинского персонала

Заключение

Список литературы

# Введение

Послеоперационным периодом называется время между окончанием операции и полным выздоровлением больного. Его длительность бывает различна - от 7-8 дней до нескольких месяцев. Течение этого периода тоже различно и зависит от ряда условий (операция, наркоз, состояние здоровья больного), в особенности же от осложнений, наступающих иногда после операции. В этом периоде необходимо тщательное наблюдение и уход за больным, так как от правильного ухода, особенно в первые послеоперационные дни, нередко зависит не только результат операции, но и жизнь больного. Не подмеченные своевременно симптомы, отсутствие внимательного ухода нередко дают тяжелые осложнения, ведущие к гибели больного, хорошо перенесшего операцию. Обо всех изменениях в состоянии больного надо сообщать врачу.

Цели: Изучить особенности ухода в послеоперационный период. Знать возможные осложнения послеоперационного периода и методы их профилактики. Научится распознавать послеоперационные осложнения.

Задачи: Изучить профилактику пролежней, задержки мочеиспускания. Изучит особенности питания в послеоперационный период. Изучить уход за полостью рта и носа послеоперационного больного. Ознакомиться с ролью медицинского персонала.

Часто после хирургического лечения возникают осложнения, которые затрудняют процесс выздоровления. Поэтому подготовка больного к операции включает в себя ряд профилактических мероприятий как общих, так и местных, направленных на предупреждение осложнений, как во время операции, так и в послеоперационном периоде. Хирургическая операция и наркоз приводят к определенным изменениям в организме человека, которые носят общий характер и являются ответом на операционную травму. Правильное ведение больного в послеоперационном периоде, организация пребывания его в отделении выполнения нужных манипуляций и процедур по лечению и уходу за больным имеют чрезвычайно важное значение для профилактики возможных осложнений и благоприятного результата лечения. Благоприятный результат лечения больного в послеоперационном периоде в большой мере зависит не только от адекватности выполненной операции, но и от знаний и профессиональный умений среднего и младшего медицинского персонала. Следовательно, овладение практическими навыками и профессиональными умениями по уходу за больными, что перенесли оперативное вмешательство, является важным для всех работников хирургического отделения.

# 1. Основные определения и понятия

уход больной послеоперационный

Послеоперационный период - время от момента снятия больного с операционного стола до заживления раны и исчезновения расстройств, вызванных операционной травмой.

Пролежень - омертвение (некроз) мягких тканей в результате постоянного давления, сопровождающегося местными нарушениями кровообращения и нервной трофики.

Наркоз -искусственно вызванное обратимое состояние торможения центральной нервной системы, при котором возникает сон, потеря сознания и памяти (амнезия), расслабление скелетных мышц, снижение или отключение некоторых рефлексов, а также пропадает болевая чувствительность (наступает общее обезболивание).

Регургитация - обратное нормальному направлению стремительное движение жидкостей или газов, возникающее в полых мышечных органах при их сокращении.

Аспирация - проникновение посторонних веществ в дыхательные пути при вдохе.

Асфиксия - остро или подостро развивающееся и угрожающее жизни патологическое состояние, обусловленное недостаточностью газообмена в легких, резким снижением содержания в организме кислорода и накоплением углекислоты.

Послеоперационным периодом называется период с момента окончания операции до выздоровления больного (или до выписки больного из стационара).

Принято разделять послеоперационный период на три фазы:

. Ранняя фаза ( ранний послеоперационный период) -до 3-5 суток после операции.

. Поздняя фаза (поздний послеоперационный период) - 2 - 3 недели после операции.

.Отдалённая фаза - 3 недели - 3 месяца после операции.

## .1 Транспортировка больного из операционной в палату

Больного транспортируют из операционной на каталке в послеоперационную палату, или в отделение реанимации и интенсивной терапии. При этом больной может быть вывезен из операционной только с восстановленным самостоятельным дыханием. Врач анестезиолог обязательно должен сопровождать больного в отделение реанимации, или посленаркозную палату вместе с двумя (не менее) медсёстрами.

Во время перевозки больного необходимо следить за положением катетеров, дренажей, повязок. Неосторожное обращение с больным может привести к выпадению дренажей, снятию послеоперационной повязки, случайному удалению эндотрахеальной трубки. Анестезиолог должен быть готовым к нарушениям дыхания при транспортировке. С этой целью бригаде, транспортирующей больного, необходимо иметь с собой ручной дыхательный аппарат (или мешок Амбу).

Во время транспортировки может проводиться (продолжаться) внутривенная инфузионная терапия, но в большинстве случаев при перевозке система для внутривенного капельного введения растворов перекрывается

## .2 Обустройство палаты

Ко времени окончания операции все должно быть готово к приему больного. Палату заранее проветривают, приготовляют кровати с чистым бельем и тщательно расправляют простыни. После операции больной чувствует себя лучше всего, если его никто не беспокоит и не раздражает. Поэтому в палате, где он находится, не должно быть никакого шума, разговоров, посетителей.

Больной в посленаркозном периоде вплоть до полного пробуждения должен находиться под постоянным наблюдением медперсонала, так как в первые часы после хирургической операции наиболее вероятны осложнения, связанные с наркозом:

# 2. Осложнения, связанные с наркозом

. Западение языка

. Рвота.

. Нарушение терморегуляции.

. Нарушение сердечного ритма.

## .1 Западение языка

У находящегося ещё в наркотическом сне больного мышцы лица, языка и тела расслаблены. Расслабленный язык может сместиться вниз и закрыть просвет дыхательных путей. Необходимо своевременное восстановление проходимости дыхательных путей с помощью введения воздуховодной трубки, или же при помощи запрокидывания головы и выведения нижней челюсти.

Следует помнить, что пациент после наркоза должен постоянно находиться под наблюдением дежурного медперсонала вплоть до полного пробуждения.

## .2 Рвота в посленаркозном периоде

Опасность рвоты в послеоперационном периоде обусловлена возможностью затекания рвотных масс в ротовую полость, а затем в дыхательные пути (регургитация и аспирация рвотных масс). Если больной находится в наркотическом сне, это может привести к его смерти от асфиксии. При рвоте у больного в бессознательном состоянии необходимо его голову повернуть набок и очистить полость рта от рвотных масс.

В послеоперационной палате должен быть готовым к работе электроаспиратор, которым из ротовой полости, или из дыхательных путей при ларингоскопии удаляются рвотные массы. Рвотные массы можно также удалять из ротовой полости при помощи марлевой салфетки на корнцанге. Если рвота развилась у больного, находящегося в сознании, необходимо помочь ему, подав тазик, поддержать над тазиком его голову. При повторной рвоте рекомендуется ввести больному церукал (метоклопрамид) Нарушение ритма сердечной деятельности и дыхания вплоть до их остановки наступает чаще у пожилых людей и детей грудного возраста. Возможна остановка дыхания также вследствие рекураризации - повторного позднего расслабления дыхательных мышц после проведения миорелаксации при эндотрахеальном наркозе. Необходимо в таких случаях быть готовым к проведению реанимационных мероприятий и иметь наготове дыхательную аппаратуру.

## .3 Нарушение терморегуляции

Нарушение терморегуляции после наркоза может выражаться в резком повышении или снижении температуры тела, сильном ознобе. При необходимости требуется накрыть больного, или же наоборот, создать условия создать условия для улучшенного охлаждения его тела.

При высокой гипертермии применяют внутримышечное введение анальгина с папаверином и димедролом. Если и после введения литической смеси температура тела не снижается, используют физическое охлаждение тела растиранием спиртом. При прогрессировании гипертермии внутримышечно вводят ганглиоблокаторы (пентамин, или бензогексоний).

При значительном снижении температуры тела (ниже 36,0 - 35,5 град) можно применить согревание тела и конечностей больного тёплыми грелками.

# 3. Борьба с болью в послеоперационном периоде

Длительное воздействие боли и боли высокой интенсивности приводят не только к морально-психическим переживаниям, но и к вполне реальным биохимическим обменным нарушениям в организме. Выброс в кровь большого количества адреналина ("стрессгормона", вырабатываемого корой надпочечников) приводит к повышению артериального давления, учащению пульса, психическому и двигательному (моторному) возбуждению. Затем при продолжении боли нарушается проницаемость стенок кровеносных сосудов, и плазма крови постепенно выходит в межклеточное пространство. Развиваются и биохимические сдвиги в составе крови - гиперкапния (повышение концентрации СО 2), гипоксия (снижение концентрации кислорода), ацидоз (увеличение кислотности крови), происходят изменения в свёртывающей системе крови. Связанные воедино кровеносной системой, поражаются все органы и системы человека. Развивается болевой шок.

Современные методы анестезии позволяют предупредить опасные последствия боли при травмах, хирургических заболеваниях и при проведении хирургических операций.

# 4. Уход за тяжёлым послеоперационным больным

Оперированный больной в первые сутки не может самостоятельно за собой ухаживать, кроме того, боясь осложнений, старается как можно меньше двигаться в постели, перестает выполнять личную гигиену. Задача медицинского работника окружить больного вниманием и заботой, обеспечить его тщательным уходом и в то же время заставить больного, в тех случаях, когда это нужно, активно участвовать в профилактике осложнений и борьбе с ними. Наиболее тяжелыми осложнениями, зависящими от плохого ухода, являются воспалительные явления в ротовой полости (стоматит), паротит, пролежни, воспалительные явления и опрелость в области промежности и естественных складок тела.

Уход за полостью рта. После большинства операций больного мучает сухость во рту, жажда. Непосредственно после операции поить больного не рекомендуется вследствие возможной рвоты, поэтому для снятия тяжелого ощущения сухости больным дают полоскать рот водой, более тяжелым больным протирают зубы, десны, язык ватным тампоном на палочке, смоченным водой. При резкой сухости, доходящей до растрескивания губ, языка, слизистой оболочки ротовой полости, производят повторное их смазывание вазелиновым маслом. При некоторых операциях прием пищи через рот не разрешается в течение нескольких дней, в этих случаях необходимо проводить санацию ротовой полости слабыми антисептическими растворами (раствор соды, риванола, марганцовокислого калия и т. д.).Кроме того, больной должен ежедневно чистить зубы щеткой с зубным порошком или пастой. Важной профилактикой гнойного паротита (воспаление околоушной железы) является возбуждение секреции железы, достигаемое протиранием и полосканием ротовой полости водой с добавлением лимонного сока или интенсивным жеванием кусочков резины или корки черного хлеба.

Уход за кожей. Кожа больного должна содержаться в чистоте, случайно загрязненные участки кожи следует обмывать и протирать. Обязательно умывание лица и неоднократное мытье рук. Особенно тщательно надо следить за состоянием кожи тех поверхностей тела, на которых лежит больной, с целью профилактики пролежней. С этой же целью всем-больным со строгим постельным режимом и не имеющим возможности самостоятельно поворачиваться в кровати не менее 2 раза в день необходимо протирать спину (массаж) камфарным спиртом. Места наибольшего давления надо осматривать и протирать еще чаще. Большое значение в профилактике пролежней имеет укладывание больного на надувные резиновые круги, изменение положения больного в кровати: поворачивание то на один, то на другой бок (при разрешении врача). При первых признаках появления пролежней подозрительные участки необходимо задубить концентрированным раствором марганцовокислого калия. Дубление раствором марганца повторяют несколько раз в день. Обычно сочетание всех этих мероприятий позволяет ликвидировать начинающиеся пролежни. Развившиеся пролежни лечат смазыванием настойкой йода, накладыванием лейкопластырной повязки, повязок с сульфидиновой и другими эмульсиями. Хороший эффект дает ультрафиолетовое облучение. У тучных больных в местах естественных складок (пупок, паховая и подмышечная области, у женщин - под молочными железами) нередко возникают опрелости. Профилактика этого осложнения достигается протиранием соответствующих областей вазелиновым маслом или припудриванием порошком талька.

Уход за областью промежности. Постоянное загрязнение кожи промежности может явиться причиной развития ряда осложнений (гнойничковые заболевания кожи, воспаление мочевых путей, наружных половых органов). Поэтому после акта дефекации должна быть проведена гигиеническая обработка промежности. Под больного подкладывают судно и, поливая промежность кипяченой водой или слабым раствором марганца, с помощью ватного тупфера обрабатывают промежность и затем вытирают ее насухо. У женщин гигиеническое подмывание промежности, кроме того, должно проводиться ежедневно на ночь. При появлении красноты промежность припудривают тальком или смазывают вазелиновым маслом.

# 5. Профилактика послеоперационных осложнений

Профилактика легочных осложнений. Во многом профилактика этих осложнений зависит от возможности придать больному полусидячее положение, когда улучшаются вентиляция и кровообращение в легких. В положении сидя больному легче откашливаться и удалять скопившийся в бронхах секрет и мокроту. Снятие болей наркотиками, дача сердечных средств и препаратов, облегчающих выделение мокроты, являются важным моментом в профилактике воспаления легких (1 мл 10% раствора кофеина, 3 мл 20% раствора камфары 3 раза в день, 2 мл кордиамина 3 раза в день). Многое зависит от активности больного. Задача сестры обучить больного дыхательной гимнастике - проводить периодически (ежечасно) 10-15 максимально возможных вдохов, регулярно откашливаться, иногда превозмогая боль. Со следующего дня после операции большое значение в профилактике воспаления легких имеют круговые банки или горчичники. Банки ставят как на переднюю, так и на заднюю поверхность грудной клетки, последовательно, иногда в три приема, поворачивая больного на тот и другой бок. По показаниям с профилактической целью проводят также пенициллинотерапию.

## .1 Борьба с гипертермией

После некоторых оперативных вмешательств в первые сутки наблюдается резкое повышение температуры тела (операции на нервной системе, в условиях гипотермии и др.). Повышение температуры резко ухудшает состояние больного. Снижение температуры, уменьшение неприятных ощущений, возникающих при этом, достигается прикладыванием пузырей со льдом к голове или области операции, накладыванием на лоб холодных компрессов. При стойких повышениях температуры возможно применение жаропонижающих: аспирин, пирамидон, антипирин и др. Наиболее эффективно внутримышечное введение 5-10 мл 4% раствора пирамидона.

## .2 Борьба с парезом желудочно-кишечного тракта

Вздутие кишечника (метеоризм) иногда так ухудшает состояние, что требуются самые решительные меры для его ликвидации. Очень распространено введение газоотводной трубки, временно ликвидирующей спазм сфинктера прямой кишки и облегчающей отхождение газов. Освобождение кишечника от газов происходит лучше после гипертонической клизмы: 100 мл 5% раствора поваренной соли вводят в прямую кишку с помощью резиновой груши. Обычно через несколько минут клизма вызывает стул и обильное отхождение газов. Иногда гипертоническую клизму сочетают с введением препаратов, возбуждающих перистальтику (1-2 мл 0,05% раствора прозерина под кожу, до 50 мл 10% раствора поваренной соли внутривенно). При тяжелых парезах проводится паранефральная блокада и сифонная клизма (см. выше). Парезы кишечника сопровождаются атонией желудка и резким расширением его газами. В этих случаях облегчение состояния больного может быть достигнуто введением в желудок тонкого зонда (через нос) и откачиванием газов и содержимого желудка шприцем Жане. Иногда к этому добавляют промывание желудка теплой водой через тот же зонд. При неукротимых рвотах зонд оставляют на длительное время для постоянного отсасывания.

## .3 Борьба с задержкой мочеиспускания

Если через 10-12 часов после операции больной самостоятельно не может помочиться, то необходимо провести ряд мероприятий, имеющих целью добиться самостоятельного мочеиспускания. Больному после несложных операций можно разрешить подняться, так как некоторые больные не могут мочиться лежа, или отвезти их на каталке в уборную. Больным, которым нельзя вставать, следует разрешить повернуться на бок или придать им полусидячее положение. Иногда прикладывание к промежности грелки, очистительная клизма ликвидируют задержку мочи.

## .4 Профилактика пролежней

.Использовать функциональную кровать.

.Использовать противопролежневый матрац или кровать "Клинитрон".

.Ежедневно осматривать кожу в местах возможного образования пролежней: крестец, пятки, затылок, лопатки, внутреннюю поверхность коленных суставов, области большого вертела бедра, лодыжек и т.д.

.Подкладывать под места длительного давления валики, подушечки из поролона в хлопчатобумажных (х/б) чехлах.

.Использовать только х/б нательное и постельное бельё. Расправлять складки на белье, стряхивать крошки.

.Изменять положение пациента в постели, каждые два часа.

.Перемещать пациента бережно, исключая трение и сдвиг тканей, приподнимая пациента над постелью, или используя подкладную простыню.

.Не допускать, чтобы в положении "на боку" пациент лежал непосредственно на большом вертеле бедра.

.Ежедневно по частям мыть кожу водой с жидким мылом, тщательно смывать мыло и высушивать кожу мягким полотенцем промокательными движениями.

.При проведении общего массажа кожу обильно смазывать увлажняющим кремом.

.Проводить легкий массаж кожи с мазью "Солкосерил" в местах её побледнения.

.Использовать непромокаемые пеленки и подгузники, уменьшающие чрезмерную влажность кожи.

.Максимально расширять активность пациента.

.Научить пациента и родственников осуществлять уход за кожей.

.Следить за полноценным питанием пациента: диета должна содержать не менее 120г белка и 500- 1000 мг аскорбиновой кислоты в сутки. 10г белка содержится в 40г сыра, в одном курином яйце, 55г куриного мяса, 50г нежирного творога, 60г рабы.

# 6. Питание больного

Организм больного теряет значительное количество жидкости как во время операции (потеря крови), так и вскоре после нее (потение, рвота после эфирного наркоза). В результате этого организм больного обезвоживается, и в послеоперационном периоде должно быть, прежде всего, восполнено недостающее количество жидкости. Обезвоживание организма больного нередко сказывается в мучительной жажде. После операций под местной анестезией жажду можно удовлетворить, давая больному воду, теплый или холодный чай, минеральную воду, чай с лимоном, клюквенный морс. Но это можно сделать лишь в том случае, если операция была не на желудке. В последнем случае больному обычно не дают пить в первые сутки. При невозможности введения жидкости через рот недостающее количество ее (1-2 л за сутки) должно быть введено другим путем. Можно, если операция была не на нижнем отрезке кишечника, ввести жидкость в виде солевого раствора через кишечник (солевые клизмы по 100 мл раствора каждые 2-3 часа или капельная клизма в 500 мл 1-2 раза вдень). Нередко вводят физиологический раствор в первые дни после операции под кожу или в вену по 500-600 мл 2 раза в сутки. При введении физиологического раствора и глюкозы внутривенно капельным способом применяют большие количества жидкости, иногда до 2-3 л и более.

# 7. Период выздоровления

За послеоперационным периодом следует период выздоровления, когда больной из больничного учреждения уже уходит, но вполне выздоровевшим считаться еще не может. В этом периоде больной, ослабленный операцией, длительным лежанием, должен остерегаться всех тех вредных влияний, которые легко могут вызвать какое-либо заболевание. Он более обычного должен остерегаться охлаждения, переутомления, должен быть осторожен в пище и избегать подъема тяжестей, особенно после брюшных операций, так как может растянуться рубец и образоваться послеоперационная грыжа. Желательно, чтобы и в ближайшем послеоперационном периоде (3-4 недели) больной оставался под медицинским наблюдением.

# 8. Роль медицинского персонала

Основными задачами медперсонала в послеоперационном периоде являются:

Предупреждение возникновения послеоперационных осложнений - главная задача, для чего следует:

вовремя распознать послеоперационное осложнение;

обеспечить уход за больным силами врача, медсестёр, санитаров (обезболивание, обеспечение жизненно важных функций, перевязки, четкое выполнение врачебных назначений);

вовремя оказать адекватную доврачебную помощь при возникших осложнения.

Опытная, наблюдательная медицинская сестра является ближайшим помощником врача, от нее нередко зависит успех лечения.

В зависимости от общего состояния прооперированного, вида обезболивания, особенностей операции палатная сестра обеспечивает нужное положение больного в постели (поднимает ножной или головной конец функциональной кровати; если кровать обычная, то заботится о подголовнике, валике под ноги и т. п.)

Палата, куда поступает пациент из операционной, должна быть проветрена и убрана. Яркий свет в палате недопустим. Кровать нужно поставить таким образом, чтобы было возможно подойти к больному со всех сторон. Эти требования выполняет младший медицинский персонал.

# Заключение

Таким образом, послеоперационный период является очень важным для выздоровления больного. В этот период больной подвержен риску возникновения осложнений. Существует множество мероприятий для создания больному максимального покоя. Большое значение имеют мероприятия по устранению боли как при операциях и в послеоперационном периоде, так и при других манипуляциях, а также внимание к психическому состоянию больного, его самочувствию, переживаниям (психическая профилактика). Все это создает охранительный лечебный режим для больных.

# Список литературы

1. Колб Л.И., Леонович С.И., Яромич И.В. Общая хирургия.- Минск: Выш.шк., 2008 г.

2. Евсеев М. А. «Уход за больными в хирургической клинике» Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2010 г.

. Грицук И.Р. Хирургия.- Минск: ООО «Новое знание», 2004 г.

. Дмитриева З.В., Кошелев А.А., Теплова А.И. Хирургия с основами реаниматологии.- Санкт- Петербург: Паритет, 2002 г.

. Двойников С.И. Основы сестринского дела. М.: Медицина, 2005