

Преподаватель (фамилия, инициалы) Пуршега А.Д.

Специальность 34.02.01 «Сестринское дело»

Наименование дисциплины /МДК МДК.02.01 Р.4 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях (хирургия)

Курс 3 Группа 31 Моз № подгруппы лекция

Дата (в соответствии с расписанием) 24.03.2020 г.

Тема учебного занятия в соответствии с рабочей программой дисциплины/МДК
Сестринский уход в послеоперационном периоде

Письменная инструкция для обучающихся в дистанционном режиме по выполнению внеаудиторной самостоятельной работы (в соответствии с КТП)

1. Учебник Н.В. Барыкина С/у в хирургии стр. 126-130
2. Составить краткий конспект по предложенному материалу:

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Послеоперационным называется период лечения больного, начинающийся с момента окончания операции и длящийся до восстановления трудоспособности.

Основными задачами послеоперационного периода являются: профилактика и лечение послеоперационных осложнений, ускорение процессов регенерации, восстановление трудоспособности больного. Послеоперационный период делится на три фазы: ранний - первые 3-5 суток после операции, поздний - 2-3 недели, отдаленный (или период реабилитации) - обычно от 3 недель до 2-3 месяцев.

Послеоперационный период начинается сразу после окончания операции. По окончании операции, когда восстанавливается самостоятельное дыхание, извлекают эндотрахеальную трубку, больного в сопровождении анестезиолога и сестры переводят в палату. Сестра должна к возвращению больного подготовить функциональную кровать, установив ее так, чтобы к ней можно было подойти со всех сторон, рационально расставить необходимую аппаратуру. Постельное белье нужно расправить, согреть, палату проветрить, яркий свет приглушить. В зависимости от состояния, характера перенесенной операции, обеспечивают определенное положение больного в постели.

После операций на брюшной полости под местным обезболиванием целесообразно положение с приподнятым головным концом и слегка согнутыми коленями. Подобное положение способствует расслаблению брюшного пресса. Если нет противопоказаний, через 2-3 часа можно согнуть ноги, перевернуться на бок. Чаще всего после наркоза больного укладывают горизонтально на спину без подушки с повернутой набок головой. Такое положение служит профилактикой малокровия головного мозга, предотвращает попадание слизи и рвотных масс в дыхательные пути. После операций на позвоночнике больного следует класть на живот, предварительно положив на постель щит. Больные, которых оперировали под общим наркозом, нуждаются в постоянном наблюдении вплоть до пробуждения и восстановления самостоятельного дыхания и рефлексов. Сестра, наблюдая за оперированным, следит за общим состоянием, внешним видом, цветом кожных покровов, частотой, ритмом, наполнением пульса, частотой и глубиной дыхания, диурезом, отхождением газов и стула, температурой тела.

Для борьбы с болью вводят подкожно морфин, омнопон (папопон), промедол. В течение первых суток это делают каждые 4-5 часов.

Для профилактики тромбоэмболических осложнений необходима борьба с обезвоживанием, активизация больного в постели, лечебная гимнастика с первых суток

под руководством сестры, при варикозном расширении вен по показаниям - бинтование голени эластическим бинтом, введение антикоагулянтов. Необходимы также перемена положения в постели, банки, горчичники, дыхательные упражнения под руководством сестры: надувание резиновых мешков, шаров. При кашле показаны специальные манипуляции: следует положить ладонь на рану и слегка придавливать ее во время кашля. Они улучшают кровообращение и вентиляцию легких.

Если больному запрещено пить и есть, назначается парентеральное введение растворов белков, электролитов, глюкозы, жировых эмульсий. Для восполнения кровопотери и с целью стимуляции переливают кровь, плазму, кровезаменители.

Несколько раз в день сестра должна проводить туалет рта больного: протирать шариком, смоченным перекисью водорода, слабым раствором гидрокарбоната натрия, борной кислотой или раствором перманганата калия слизистую оболочку, десны, зубы; снимать налет с языка лимонной корочкой или тампоном, смоченным в растворе, состоящем из чайной ложки гидрокарбоната натрия и столовой ложки глицерина на стакан воды; смазывать губы вазелином. Если состояние больного позволяет, нужно предложить ему полоскать рот. При длительном голодании для профилактики воспаления околоушной железы рекомендуется жевать (не глотать) черные сухари, дольки апельсина, лимона с целью стимулирования слюноотделения.

После чревосечения (лапаротомии) могут возникнуть икота, срыгивание, рвота, вздутие кишечника, задержка стула и газов. Помощь больному заключается в опорожнении желудка зондом (после операции на желудке зонд вводит врач), введенным через нос или рот. Чтобы устранить упорную икоту, подкожно вводят атропин (0,1% раствор 1 мл), аминазин (2,5% раствор 2 мл), производят шейную вагосимпатическую блокаду. Для отведения газов вставляют газоотводную трубку, назначают медикаментозное лечение. После операций на верхнем отделе желудочно-кишечного тракта через 2 дня ставят гипертоническую клизму. После операции больные иногда не могут самостоятельно помочиться по причине непривычного положения, спазма сфинктера. Для борьбы с этим осложнением на область мочевого пузыря, если нет противопоказаний, кладут грелку. К мочеиспусканию побуждают также льющаяся вода, теплое судно, внутривенное введение раствора гексаметилентетрамина (уротропина), сульфата магния, инъекции атропина, морфина. Если все эти меры оказались неэффективными, прибегают к катетеризации (утром и вечером), ведя учет количеству мочи. Снижение диуреза может быть симптомом тяжелого осложнения - послеоперационной почечной недостаточности.

Вследствие нарушения микроциркуляции в тканях, по причине их длительного сдавления могут развиваться пролежни. Для профилактики этого осложнения необходим комплекс целенаправленных мер. Прежде всего, нужен тщательный уход за кожей. При обмывании кожи лучше пользоваться мягким и жидким мылом. После обмывания кожу следует тщательно высушить, и, если это необходимо, увлажнить кремом. Уязвимые места (крестец, область лопаток, затылок, задняя поверхность локтевого сустава, пятки) следует смазывать камфорным спиртом. Для изменения характера давления на ткани под эти места подкладывают резиновые круги. Следует также следить за чистотой и сухостью постельного белья, тщательно расправлять складки на простыне. Положительное действие оказывает массаж, использование специального противопролежневого матраца (матрац с постоянно изменяющимся давлением в отдельных секциях). Большое значение для предупреждения пролежней имеет ранняя активация пациента. По возможности нужно ставить, сажать больных или хотя бы поворачивать их с боку на бок. Следует также обучить больного регулярно менять положение тела, подтягиваться, приподниматься, осматривать уязвимые участки кожи. Если человек прикован к креслу или инвалидной коляске, нужно посоветовать ему ослаблять давление на ягодицы примерно каждые 15 минут - наклоняться вперед и приподниматься, опираясь на ручки кресла. Особого внимания заслуживает наблюдение за повязкой и дренажем. Несколько раз в сутки нужно проводить контроль за ее состоянием, следя за удобством, сохранностью

повязки, ее чистотой и промоканием. Если рана зашита наглухо, повязка должна быть сухой. При незначительном промокании следует сменить верхние слои повязки, используя для этого стерильный материал, ни в коем случае не обнажая рану. Если рана закрыта не полностью, и в ней оставлены дренажи, тампоны, выпускники, то может появиться отделяемое, и повязка промокнет. В этом случае нужно успокоить больного, объяснив ему, что дренирование произведено для нормального заживления раны и принять меры, чтобы не загрязнить постель: положить на матрац клеенку, на простыню - подстилку.

Смена, подтягивание, укорочение дренажей и тампонов - исключительно врачебная манипуляция. Поэтому о выпадении дренажей и тампонов нужно тотчас доложить лечащему или дежурному врачу.

Если отделяемое по дренажу прекратилось, то это означает либо то, что гнойник уже опорожнился, либо закупорку дренажа скоплением фибрина, слизи (пробка), либо перегиб трубки. Под руководством врача дренаж промывают, отсасывают из него содержимое.

После чистых операций тампоны и дренажи, поставленные для удаления скопившейся крови, извлекают на 2-3 день. Эта манипуляция производится в перевязочной. Дренажи и тампоны, предназначенные для отведения экссудата, гноя, желчи, удаляют постепенно по мере уменьшения количества отделяемого. При благоприятном течении послеоперационного периода повязку на зашитой ране не меняют до снятия швов. Если больной жалуется на то, что круговая повязка причиняет боль, нужно ослабить туры бинта, не снимая стерильного материала с раны.

Если повязка обильно промокает кровью, сестре следует, не трогая ее, пригласить врача, приготовить стерильный материал для перевязки или привезти больного на каталке в перевязочную по указанию врача. При сильном кровотечении сестре иногда приходится самостоятельно принимать экстренные меры. Если повязка на животе внезапно промокает серозно-кровянистой жидкостью, а под ней намечается взбухание, следует думать о расхождении раны и выпадении внутренностей в образовавшийся дефект (эвентрации). Эвентрация может наступить после кашля, чихания, резкого поворота. В подобных случаях, не трогая повязку, сверху накладывают стерильное полотенце, укладывают больного, если он сидел или ходил, и вызывают врача. Профилактикой эвентрации в некоторой степени служит затягивание живота в виде бандажа полотенцем после снятия швов.

Дата сдачи домашнего задания _____

Подпись преподавателя _____ Пуршега А.Д.

Подпись методиста _____/Макарова Т.П./