

ПОСЛЕОПЕРАЦИОН НЫЙ ПЕРИОД



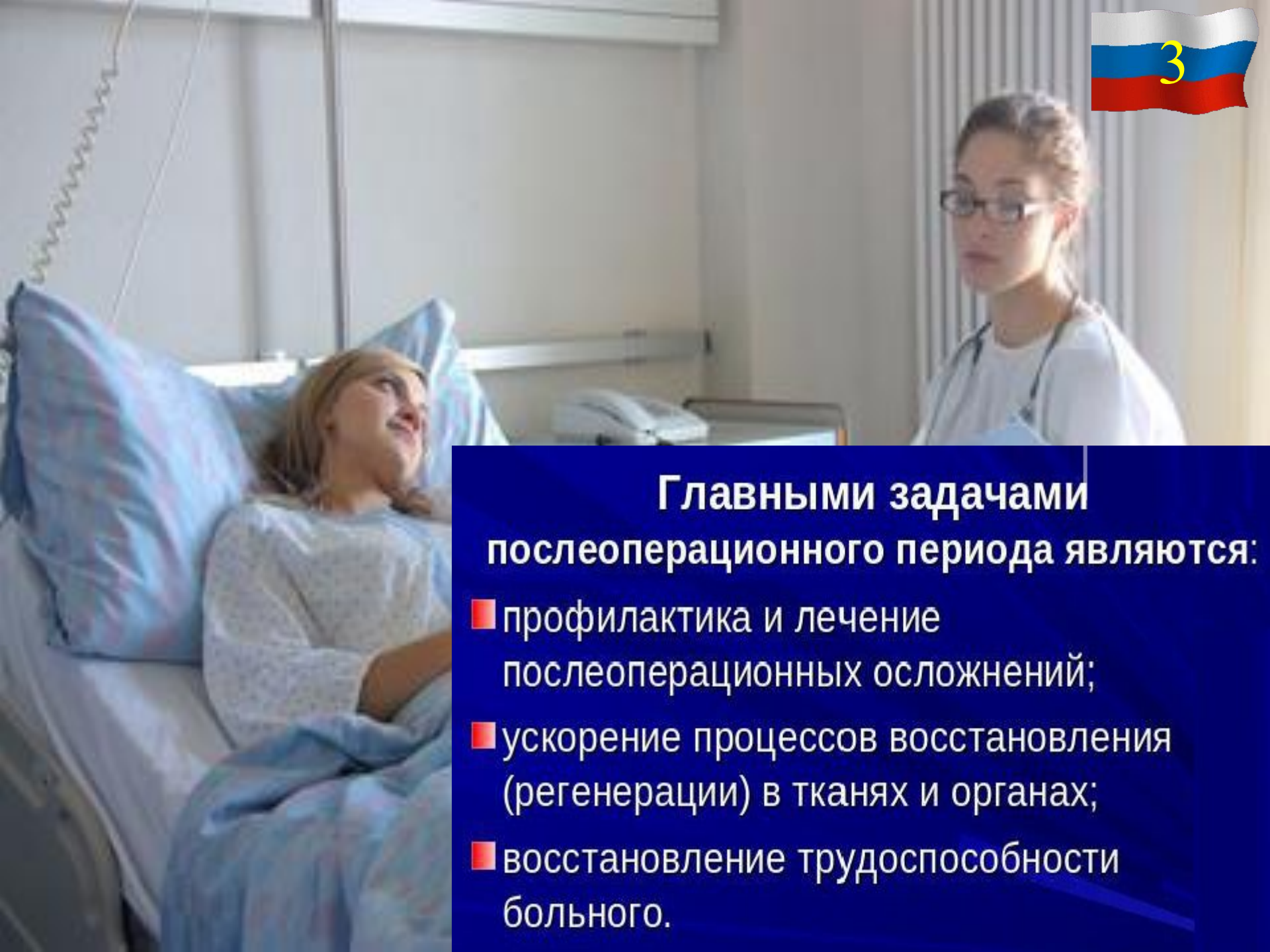
КОВАЛЬСКИЙ А.

Б

Послеоперационный период -

- -промежуток времени от окончания операции до выздоровления больного или перевода его на инвалидность.
- Ранний послеоперационный период – время от завершения хирургической операции до выписки больного из стационара.
- Поздний послеоперационный период – время с момента выписки больного из стационара до его выздоровления или перевода на инвалидность.





Главными задачами послеоперационного периода являются:

- профилактика и лечение послеоперационных осложнений;
- ускорение процессов восстановления (регенерации) в тканях и органах;
- восстановление трудоспособности больного.



Основные проблемы пациента в послеоперационном периоде

- психическая травма,
- наркоз,
- боль,
- охлаждение организма,
- вынужденное положение на операционном столе и в послеоперационном периоде,
- потеря крови,
- травма тканей.

Оценка функционального состояния органов и систем организма пациента



- **Контроль состояния ЦНС** - наблюдение за сознанием, неврологической симптоматикой, температурой тела.
- **Контроль за органами дыхания** - наблюдение за глубиной, частотой, ритмом, объемом дыхания, наличием цианоза, перкуссия, аускультация.
- **Гемодинамика и функция миокарда** - измерение артериального и венозного давления, наблюдение за сердечной деятельностью (ритм, звучность тонов, шумы), количеством перелитой и потерянной крови (Нв, Эр, Нт)
- **Обменные процессы** - Наблюдение за количеством вводимой и выделенной жидкости (регистрация суточных объемов), КЩР и электролиты, биохимия крови и мочи

Программа послеоперационного ведения больных



1. Выведение из посленаркозного сна, контроль сознания, обезболивание.
2. Контроль жизненноважных функций организма:
 - контроль гемодинамики;
 - контроль дыхания;
 - контроль функции почек.
3. Контроль периферической крови.
4. Контроль желудочно-кишечной моторики.
5. Контроль операционной раны, дренажей, тампонов, свищей.
6. Бытовая реабилитация больного.



СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Строгий постельный режим, придать нужное положение больного в постели, профилактика пролежней

Двигательная активизация больного с целью профилактики пневмонии, тромбоэмболий и т.п.

СОЗДАНИЕ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ В ОТДЕЛЕНИИ ЛЕЧЕБНО-ОХРАНИТЕЛЬНОГО РЕЖИМА

Соблюдение золотого правила асептики: все, что происходит в соприкосновение с раной, должно быть стерильно

Больным в бессознательном состоянии, показано парентеральное питание и парентеральное введение жидкости

Подготовка палаты



- Проветрить палату.
- Избегать яркого света.
- Кровать должна быть тщательно застлана, клеенку, простынь необходимо расправить, чтобы не было складок и неровностей.
- Из операционной больной должен быть доставлен на каталке или на той же кровати
- В холодное время года кровать согревается грелками.
- Перекладывать больного с операционного стола на каталку или кровать можно вручную или с помощью специальных подъемников.
- После операции больного необходимо защитить от охлаждения и сквозняков, тепло укрывая одеялом.



Принципы наблюдения за послеоперационным больным

Внешний вид больного.

• Внутреннее кровотечение, падение сердечной деятельности, недостаточность дыхания, воспаление брюшины (перитонит), вызывают характерные изменения внешнего вида.

Наблюдение за деятельностью сердца

• Проводится с помощью ощупывания пульсации артерий на предплечье (пульс) и измерения артериального давления, а так же кардиограммы.

Наблюдение за органами дыхания

• Обращаем внимание на ритмичность и частоту дыхательных движений, большое значение имеет также глубина дыхания.

Наблюдение за органами пищеварения

• Позволяет также оценить состояние больного, выявить некоторые начинающиеся осложнения.

Наблюдение за функцией органов мочевого выделения

• Уменьшение количества мочи или полное ее отсутствие - очень грозный симптом и наблюдается при малокровии, сгущении крови, интоксикации, поражении почек и т. д.

Наблюдение за кожными покровами

• Цвет кожных покровов очень быстро изменяется при некоторых патологических состояниях и подчас является первым симптомом развивающегося осложнения.

Наблюдение за областью операционной раны

• Внимательное наблюдение за областью операционной раны позволяет предупредить развитие в ней гнойного воспалительного процесса.

Уход за тяжелым послеоперационным больным



Задача медицинского работника в послеоперационном периоде 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.

Уход за полостью рта

- После операции больного мучает сухость во рту, жажда. Сразу после операции поить больного не рекомендуется, поэтому для снятия ощущения сухости больным дают полоскать рот водой, более тяжелым больным протирают зубы, десны, язык ватным тампоном на палочке, смоченным водой.

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.

Уход за областью промежности

- Загрязнение кожи промежности может явиться причиной развития ряда осложнений. Под больного подкладывают судно и, поливая промежность кипяченой водой или слабым раствором марганца, с помощью ватного туффера обрабатывают промежность и затем вытирают ее насухо



Выделяют:

- ◆ Ранний послеоперационный период – 3-5 суток.
- ◆ Поздний – 2-3 недели.
- ◆ Отдалённый – от 3 недель до 2-3 месяцев.
- ◆ Период реабилитации.

Этапы	Содержание
1. Ранний (часы, сутки)	Биологическая реабилитация после операционной травмы (ЦНС, газообмен, гемодинамика, метаболизм) 1 фаза раневого процесса
2. Поздний (сутки, недели)	Бытовая реабилитация 2 фаза раневого процесса
3. Отдалённый (недели, месяцы)	Социальная реабилитация (восстановление трудоспособности, инвалидизация) 3 фаза раневого процесса

Особенности раннего послеоперационного периода

- ◆ Неосложнённый ранний послеоперационный период
 - Лихорадочная реакция ($37,0-37,5^{\circ}\text{C}$)
 - Торможение ЦНС
 - Боль
 - Изменение состава крови (анемия, лейкоцитоз, тромбоцитопения), повышение вязкости крови
 - Усиление катаболизма (потеря белка, массы тела)

Послеоперационное обезболивание

- Не менее 35% пациентов, перенесших плановые и экстренные хирургические вмешательства, страдают от острой боли.
- В 17 % случаев интенсивность боли превышает ожидаемую.

[J.Svensson (Швеция) - IV Конгресс EFIC, Прага, 2003]

Основные задачи послеоперационного обезболивания

- Повышение качества жизни пациентов в послеоперационном периоде.
- Ускорение послеоперационной функциональной реабилитации.
- Снижение частоты послеоперационных осложнений.
- Сокращение сроков пребывания пациентов в клинике.



I. В органах и системах на которых производило оперативное вмешательство:

- кровотечение в зоне операции;
- воспаление в зоне вмешательства (анастомозит);
- нарушение репарации (несостоятельность, свищ);
- дисфункции в послеоперационном периоде.

II. В органах и системах на которых вмешательство не производилось:

- ЦНС (делирий, кома);
- органы дыхания (ателектазы, асфиксия, пневмония);
- ССС (шок, инфаркт миокарда, аритмия);
- мочевыделения (ОПН, задержка мочи);
- ЖКТ (парезы, дисбактериозы);
- гемостаза (тромбофилии – ГВТ, ТЭЛА).

III. Со стороны операционной раны:

- кровотечения (гематомы, серомы);
- воспаление (инфильтраты, абсцессы, лигатурные свищи);
- нарушения репарации (эвентрации, послеоперационные грыжи).

Осложнения со стороны раны

- ◆ Кровотечения
 - Наружное
 - По дренажу
 - Внутреннее
- ◆ Расхождение швов
 - Связанное с техническими погрешностями наложения швов.
 - Значительным повышением внутрибрюшного давления
 - С инфицированием раны.
- ◆ Инфицирование.
 - На следующий день после операции – обязательная перевязка! Далее – раз в 3-4 дня, или по мере промокания повязки отделяемым.

Профилактика послеоперационных осложнений

Профилактика легочных осложнений

- Придать больному полусидячее положение.
- Снятие болей наркотиками, дача сердечных средств и препаратов
- Обучить больного дыхательной гимнастике.
- Постановка банок или горчичников.
- Пенициллинотерапия.

Борьба с гипертермией

- Снижение температуры, уменьшение неприятных ощущений достигается прикладыванием пузырей со льдом к голове или области операции, накладыванием на лоб холодных компрессов.
- При стойких повышениях температуры применяют лек. ср-ва: аспирин, пирамидон, антипирин, в/м введение 5-10 мл 4% раствора пирамидона.

Борьба с парезом желудочно-кишечного тракта

- Введение газоотводной трубки облегчает отхождение газов.
- Освобождение кишечника от газов происходит лучше после гипертонической клизмы.
- При тяжелых парезах проводится паранефральная блокада и сифонная клизма.
- Введением в желудок тонкого зонда (через нос).

Борьба с задержкой мочеиспускания

- Больным после несложных операций можно разрешить подняться 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.

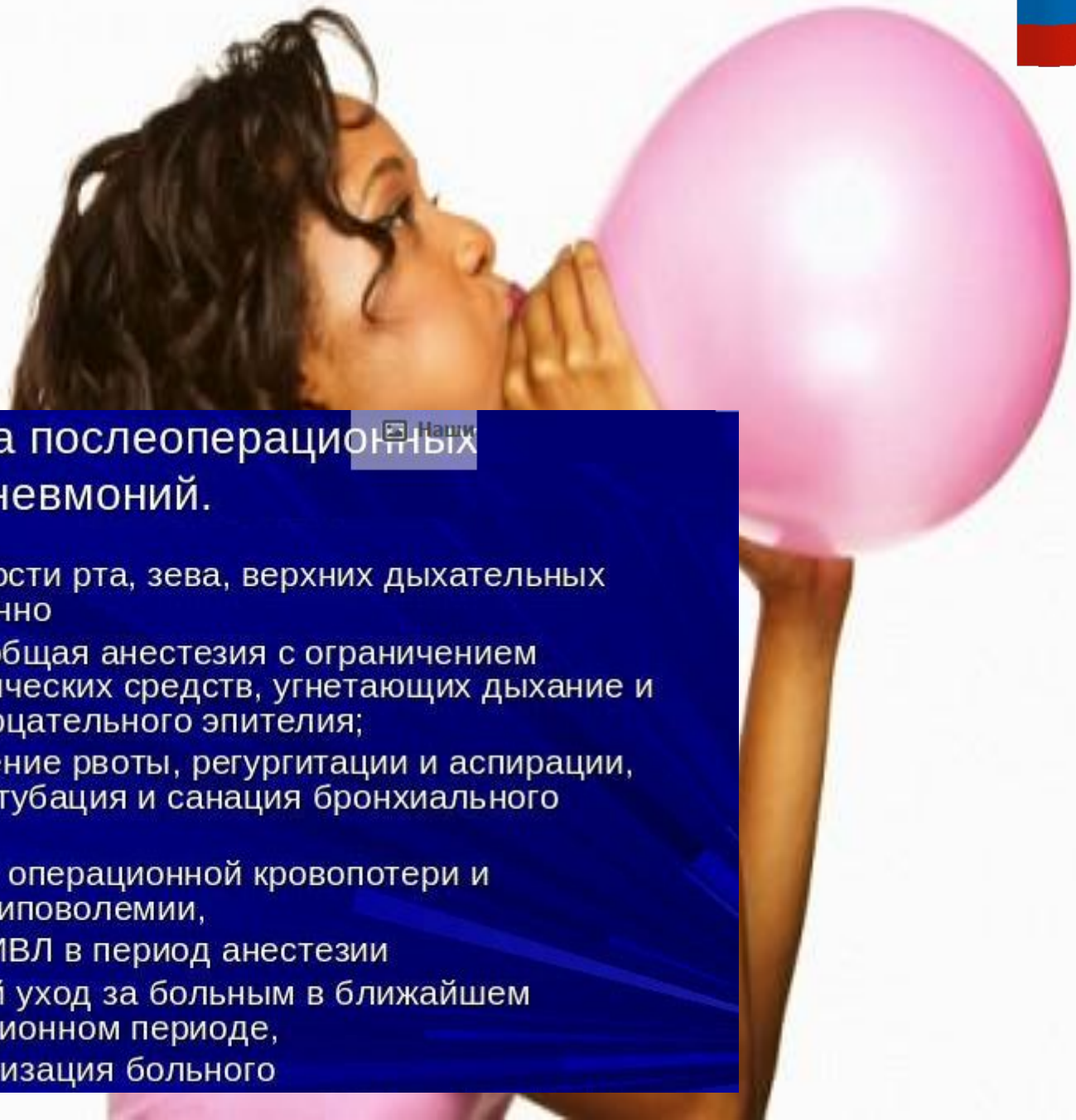
Профилактика тромбозов и эмболий



Неспецифические методы:

- При варикозном расширении вен - конечности бинтуют до операции эластичным бинтом
- Обучение дыхательной гимнастике и упражнениям для ног, после выхода из наркоза контроль выполнения,
- До операции нормализовать АД, сердечную деятельность, картина периферической крови,
- Постановка венозных катетеров.





Профилактика послеоперационных пневмоний.

- санация полости рта, зева, верхних дыхательных путей, особенно
- адекватная общая анестезия с ограничением фармакологических средств, угнетающих дыхание и функцию мерцательного эпителия;
- предупреждение рвоты, регургитации и аспирации, бережная интубация и санация бронхиального дерева
- восполнение операционной кровопотери и устранение гиповолемии,
- адекватная ИВЛ в период анестезии
- полноценный уход за больным в ближайшем послеоперационном периоде,
- ранняя активизация больного

Профилактика пролежней



- Использовать функциональную кровать.
- Использовать противопролежневый матрас или кровать "Клинтрон".
- 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.

Оказание неотложной помощи при осложнениях



Восстановление перистальтики

- Гипертоническая клизма
- Промывание желудка
- Сифонная клизма
- Газоотводная трубка
- Паранефральная новокаиновая блокада
- Церукал 2 мл в/м
- Прозерин 0,05% - 1 мл п/к

Оказание неотложной помощи при осложнениях



Действия м/с при психозе

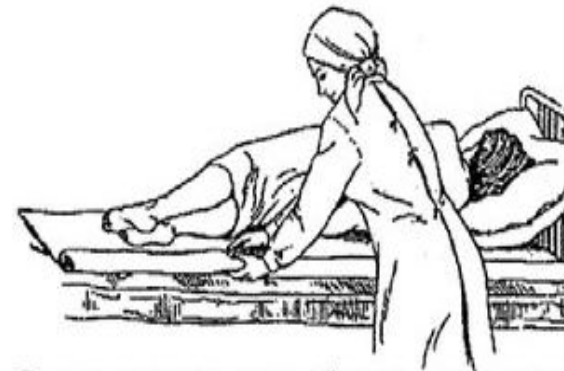
- Пациента уложить
- В постели фиксировать
- Вызвать врача и спец. Бригаду
- Ввести седативные препараты (седуксен – 2 мл в/в)
- Обеспечить постоянное наблюдение
- Успокоить соседей по палате

Обучение пациента и родственников пациента уходу и самоуходу

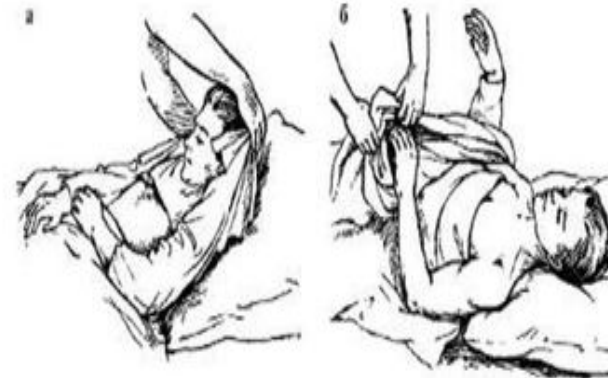
СМЕНА НАТЕЛЬНОГО И ПОСТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ ПАЦИЕНТУ



Смена постельного белья
поперечным способом



Смена постельного белья продольным способом

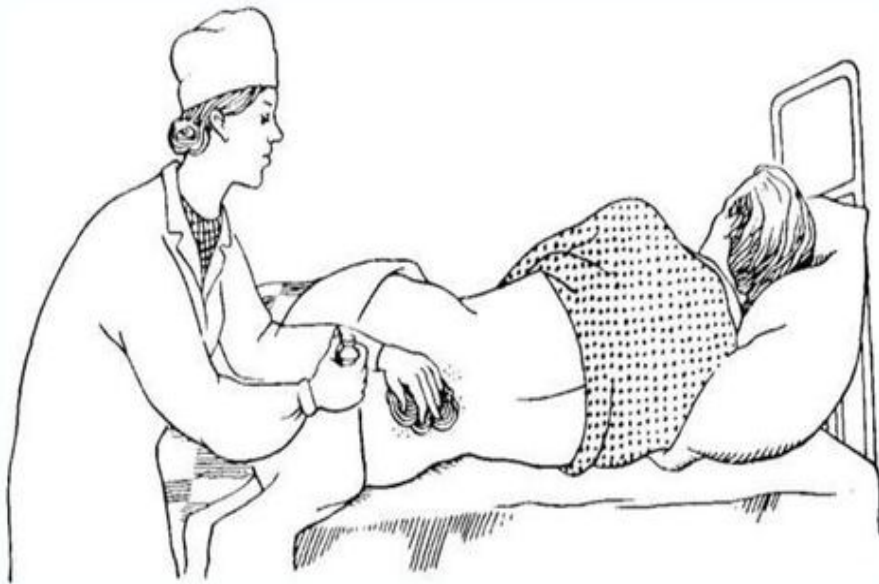


Смена нательного белья

Обучение пациента и родственников пациента уходу и самоуходу



ПРОВЕДЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОЛЕЖНЕЙ



Обработка кожи при профилактике пролежней

УХОД ЗА НАРУЖНЫМИ ПОЛОВЫМИ ОРГАНАМИ И ПРОМЕЖНОСТЬЮ



Уход за наружными половыми органами женщины

Обучение пациента и родственников пациента уходу и самоуходу

КОРМЛЕНИЯ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО ИЗ ЛОЖКИ



Кормление тяжелобольного из ложки

УХОД ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА



Обработка полости рта пациента

Инфузионно-трансфузионная терапия в послеоперационном периоде



Восполнение дефицита ОЦК. В течение первых 3 сут ежедневно вводят внутривенно: раствор **альбумин 500 мл 10%**, свежезамороженной **плазмы 500 мл** и **реополиглюкин 400 мл**.

Гемоглобина менее 100 г/л – показание к трансфузии **эритроцитной массы**.

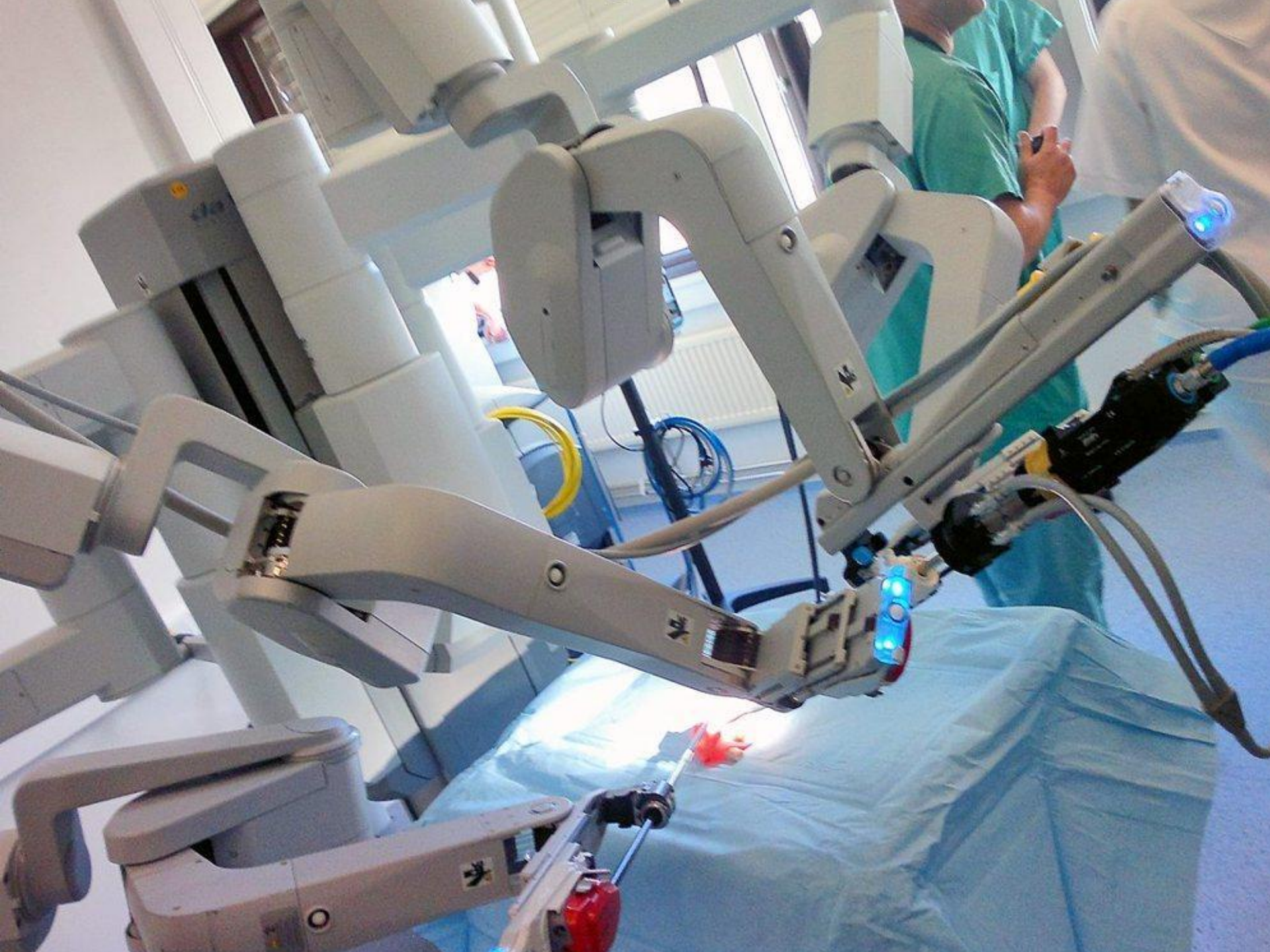
Потери жидкости и белка по дренажам, с жидким стулом, мочой (проявляется снижением диуреза) компенсируется введением внутривенно **изоосмолярных растворов Рингера, лактосола** и **гипоосмолярного 5% раствора глюкозы** в соотношении **1:1**.

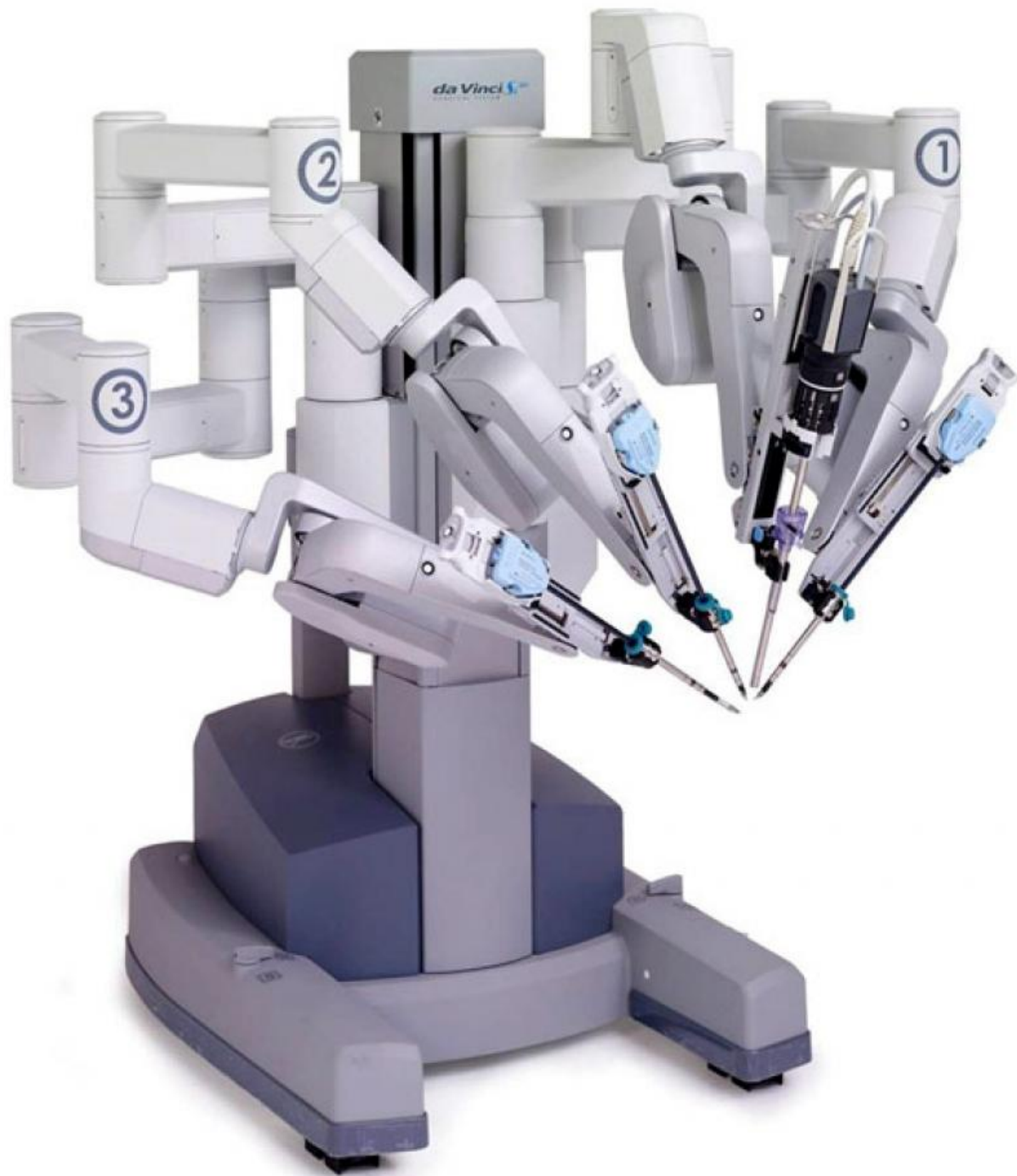
Инфузионно-трансфузионная терапия в послеоперационном периоде



Для энергетического обеспечения – 20 %
раствор **глюкозы** с **инсулином** из расчета 1
ед. инсулина на 3 г глюкозы. В каждые 500 мл
этого раствора добавляют 20 мл 5% раствора
хлорида калия, и 2 мл 25 % раствора
сульфата магния.

Для катаболических реакций необходимо
введения вместе с **глюкозой** смесей
аминокислот из расчета 1 г белка на 1 кг
массы тела в сутки, а также большие дозы
витаминов группы **В** и **аскорбиновой**
кислоты.







© Pirayter. RU
2016



Улыбайся,
нас снимают!