Курский государственный медицинский университет

Факультет ВСО (заочное обучение)

Кафедра акушерства и гинекологии ЛФ

**КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА**

**ПО АКУШЕРСТВУ**

студентки 4 курса II группы, факультета ВСО,

очно-заочное обучение, КГМУ

Егоровой Наталии Викторовны

№ зачетной книжки 645

2010 г.

**Организация ухода за больными после акушерских операций**

1. В акушерской практике довольно часто используются оперативные пособия. К оперативным вмешательствам в акушерстве относят выскабливание полости матки, ручное отделение последа, рассечение тканей промежности при родах, ушивание поврежденных мягких тканей, применение щипцов.

Лапаротомии проводят для извлечения плода (кесарево сечение) и при необходимости производства радикальных операций (ампутация и экстирпация матки).

Работа медицинской сестры в акушерских и гинекологических отделениях сводится к выполнению следующих этапов сестринского процесса.

1. Обследование пациенток.
2. Оценка состояния больной и выявление потребностей (постановка сестринского диагноза).
3. Планирование сестринских вмешательств.
4. Организация и осуществление сестринского процесса.
5. Оценка эффективности работы (анализ проблем пациентки и рекомендации по профилактике и реабилитации после заболевания).

I этап. Обследование пациенток.

Сестринский процесс начинается с клинического обследования и выяснения индивидуальных особенностей анамнеза жизни и болезни пациентки. Опрос пациентки по системам органов и правильная оценка полученных данных позволяет поставить предварительный диагноз, оказать первую доврачебную помощь.

Гинекологический анамнез собирается по стандартному плану: становление менструальной, половой и репродуктивной функций.

О течении настоящей беременности сестра узнает как со слов пациентки, так и из документации. Сбор жалоб и выяснение анамнеза заболевания с учетом особенностей типа высшей нервной деятельности пациентки. При предъявлении жалоб на боли должна быть произведена качественная и количественная оценка болей. О наличии кровотечения из половых путей сестра немедленно сообщает врачу.

Объективное обследование позволяет составить общее представление о состоянии пациентки и внутриутробного плода. Сопутствующие заболевания и расстройства отдельных органов и систем могут быть связаны с заболеваниями половых органов.

Бледность, тахикардия, слабый пульс, снижение артериального давления могут свидетельствовать о внутреннем кровотечении, геморрагическом шоке.

Объективное обследование женщины включает использование специальных акушерских дополнительных лабораторных и инструментальных и других методов. На данном этапе в стационаре на медсестру возложена работа по организации необходимой подготовки больной к исследованию, а также подготовка необходимого медицинского инструментария.

II этап. Формирование сестринского диагноза (диагностика состояния больной и выявление проблем и потребностей пациентки).

Сестринский диагноз – это те проблемы, которые могут быть выявлены или предупреждены сестрой самостоятельно, не требуя активного вмешательства врача. Проблемы пациента делятся на медицинские и проблемы, связанные с обеспечением потребностей.

Медицинские проблемы связаны с изменениями в состоянии здоровья. Потребности человека – это действия, необходимые для обеспечения здоровья и хорошего самочувствия каждого из нас. Это жизненные потребности, потребность общаться, работать и другие. Проблемы пациента могут захватывать различные сферы деятельности – физическую, психическую, эмоциональную, духовную, социальную.

При формировании сестринского диагноза на первом месте стоит самая глобальная проблема, представляющая угрозу жизни больной или ее плода, затем – по мере их значимости для больной.

Проблемы в физической сфере включают нарушение жизненно важных функций, ограничение самообслуживания, ограничение подвижности.

В психоэмоциональной сфере встречаются следующие проблемы:

* сниженная способность избегать опасности;
* нарушение мыслительной деятельности;
* эмоциональная неустойчивость (чувство страха, беспокойство, состояние переживания несчастья);
* неподчинение рекомендациям;
* болевой синдром;
* сниженная самооценка собственного состояния здоровья;
* неспособность осознать происходящее.

Проблемы, связанные с состоянием репродуктивной системы:

* неудавшаяся беременность;
* кровотечение из половых органов во время беременности;
* послеродовая депрессия (беспокойство, психоз);
* подавленность вследствие утраты репродуктивных органов.

Перед сестрой стоит задача адаптировать больную к данной ситуации.

III этап – составление плана сестринского ухода. Медицинская сестра планирует свои действия и в сестринской истории болезни делает соответствующие записи. В первую очередь должны быть решены проблемы настоящие, а после – потенциальные.

IV этап – выполнение сестринских манипуляций. В первую очередь должны быть решены главные проблемы больной. При наличии неотложных состояний сестра сразу вызывает врача и выполняет его назначения.

В последующем проводятся мероприятия по предупреждению потенциальных осложнений.

V этап – оценка эффективности проводимого лечения и сестринского вмешательства проводится совместно с больной.

Оценка эффективности деятельности сестер может проводиться по мере необходимости как во время лечения в стационаре, так и в день выписки. Анализ достигнутых целей, выявление причин, приведших к неудаче, позволяет провести коррекцию плана сестринских вмешательств.

2. После окончания операции и выведения из наркоза больную переводят в палату интенсивной терапии, так как после лапаротомий необходимо особо внимательное наблюдение, уход и нередко интенсивная терапия.

Интенсивная терапия включает в себя интенсивное наблюдение и собственно лечебные мероприятия. Методы интенсивного наблюдения включают в себя визуальное, мониторное наблюдение, лабораторную диагностику. Медицинская сестра следит за дыханием, пульсом, состоянием повязки, АД, отделяемым из дренажей, выделениями из влагалища.

К приемам интенсивной терапии относят простые реанимационные мероприятия, такие как восстановление проходимости дыхательных путей, искусственная вентиляция легких, оксигенотерапия, так и более сложные – электрическая дефибрилляция сердца, электрическая стимуляция сердца, переливание препаратов крови и другие.

В палате постоянно находится медицинская сестра, которая осуществляет уход за больными. Перед переводом больной из операционной желательно кровать нагреть с помощью грелок (особенно это важно для больных с большой кровопотерей).

Больная в реанимационной палате размещается на функциональной кровати. Кровать должна располагаться в палате таким образом, чтобы постоянно находиться в пределах видимости сестры. Доступ к кровати должен быть свободным со всех сторон с учетом использования прикроватных аппаратов; от других пациентов кровать отгораживается ширмой или перегородкой.

Матрас обшивается клеенкой, кровать застилается чистым бельем. Смену постельного белья сестра производит совместно с санитаркой, не поднимая больную.

С помощью функциональной кровати больной придают необходимое положение – полусидячее, Фаулера, Тренделенбурга. Высота кровати регулируется так, чтобы было удобно осуществлять уход за больной и проводить манипуляции. Функциональная кровать, имеющая 3 подвижные секции может быть при необходимости превращена в кресло. Если у больной психомоторное возбуждение, к кровати присоединяют боковые стенки, больную фиксируют лямками.

Большое значение в выхаживании послеоперационных больных имеют гигиенические мероприятия. Пациентке необходимо ежедневно обтирать тело теплой водой, в которую можно добавлять спирт, уксус или одеколон. При этом под больную подкладывают кленку, а тело сразу вытирают насухо. Для обмывания наружных половых органов используют раствор фурациллина, хлоргексидина, подогретый до 36-37оС. Если нет противопоказаний, больная умывается и моет руки перед едой при помощи медицинской сестры или санитарки.

Удобны в использовании очищающие спреи для обработки кожи, не требующие смывания. Спрей распыляется на обрабатываемый участок кожи в виде пены, распределяется по коже и вытирается полотенцем. Можно пользоваться гелями для мытья кожи, не требующими смывания. 30 мл геля разводится в 1 л воды, этим раствором протирают кожу и вытирают насухо. Ежедневно проводится обработка рта, носа.

Следует активно бороться с образованием пролежней. Наиболее частые места их появления – это крестец, область лопаток, пяточные бугры.

Постель должна быть удобной, сухой, белье без складок.

Медицинская сестра в своей повседневной работе с пациентами должна пользоваться государственным стандартом по профилактике пролежней.

Каждые 2 часа сестра и санитарка помогают больной менять положение тела. Полезно протирание чистой кожи спины и крестца камфорным спиртом, смесью водки с шампунем в одинаковой пропорции. Под крестец подкладывают резиновый круз в наволочке, под пяточные бугры – ватно-марлевые кольца («бублики»), на больную надевают подгузник.

Применяют также противопролежневые матрацы, снабженные автоматическим воздухонагревательным устройством.

Всякий раз при перемене положения тела больной сестра сама должна проверять состояние кожных покровов.

На уже образовавшиеся пролежни 3-4 раза в сутки наносят жидкость Кастеллани или 5% раствор перманганата калия. Можно использовать симодал – препарат, образующий на поверхности пролежня защитную пленку.

По предписанию врача медицинская сестра руководит дыхательной лечебной гимнастикой больных, способствующей улучшению легочной вентиляции и кровообращения.

Интенсивное наблюдение за пациентом в палате реанимации проводится непрерывно, при этом используются наиболее информативные методы.

Медицинская сестра получает сведения на основании жалоб больного, его внешнего вида, положения в кровати и поведения, контроля за состоянием функций органов и систем.

Существуют следующие приемы и методы интенсивного наблюдения:

* наблюдение за общим состоянием больного (состояние сознания и психики, положение, кожные покровы и т.д.), выявление боли, кровотечения и других нарушений;
* наблюдение за состоянием сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, функций почек и водным балансом, состоянием желудочно-кишечного тракта, нервной системы и т.д.;
* инструментальные методы (электрокардиография, мониторное наблюдение, неотложная рентгенодиагностика, неотложные эндоскопические и комбинированные исследования, термометрия и др.);
* лабораторные методы (исследование крови, мочи, кала, рвотных масс, кислотно-щелочного равновесия, кислородного баланса, баланса электролитов, ферментов, коагулограммы, прочие биохимические исследования, бактериологические исследования, другие лабораторные анализы).

В процессе наблюдения за больными следят за основной функцией почек – секрецией мочи. Водный баланс организма характеризуется соотношением между количеством воды, поступающей в организм и выделяющейся из организма.

Суточное количество потребляемой человеком жидкости составляет в среднем 2,0-2,5 л. Сестра контролирует общее количество потребляемой и выделяемой больным жидкости в течение суток. Измеряется вся жидкость, выпиваемая пациентом. При этом учитывают пищу, напитки, а также растворы, вводимые парентерально. Выведенную из организма жидкость характеризует суточный диурез. Если суточный диурез меньше 70% количества введенной за сутки жидкости, можно предположить накопление отеков.

Сестра фиксирует наличие отрыжки, изжоги, рвоты. Необходим постоянный контроль за функционированием желудочно-кишечного тракта, отхождением газов, наличием болей, характером и частотой стула.

При возникновении рвоты сестра помогает женщине повернуться на бок, ко рту подставляет почкообразный лоток. После рвоты больной необходимо дать прополоскать рот, успокоить больную.

Как правило, после плановой операции самостоятельного стула не бывает. При необходимости больной ставится очистительная клизма. Для очистительной клизмы требуется 1-2 литра воды.

В реанимационной палате для наблюдения за больными используются мониторы. Они автоматически дают непрерывную информацию о динамике состояния важнейших функций организма у наблюдаемых больных.

Применяются способы мониторного наблюдения за показателями ЭКГ, за состоянием гемодинамических параметров: артериальное давление, давление в легочной артерии, ударный объем сердца, центральное венозное давление, оксигенация крови, частота пульса, дыхания и другие параметры.

При необходимости перевода больной на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) сестра должна проверить аппарат ИВЛ в работе на различных режимах, а также подготовить запасной аппарат на случай поломки основного респиратора. Для интубации сестра готовит эндотрахеальные трубки, ларингоскоп и клинки, шприцы для раздувания манжетки и введения растворов в трахею, два тупфера для очистки ротовой полости, ватно-марлевые шарики для предотвращения закусывания эндотрахеальной трубки, языкодержатель, медикаменты, стерильный перевязочный материал и перчатки, полихлорвиниловую прозрачную трубку для подсоединения к системе вакуума.

В карту наблюдения каждый час вносятся показатели работы респираторов. О каждом изменении в состоянии пациентки сестра сразу должна сообщить врачу.

Ежедневно сестра реанимационной палаты выполняет внутривенные инъекции, капельные инфузии, собирает и стерилизует наборы для венесекции, трахеостомии и других манипуляций, а также ассистирует врачу при их проведении.

В своей работе сестра обязана руководствоваться постановлением № 9 от 13 февраля 2009 года «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2485-09» «Профилактика внутрибольничных инфекций в стационарах (отделениях) хирургического профиля лечебных организаций».

Медицинская сестра обязана в полном объеме выполнять правила асептики, антисептики и личной безопасности при выполнении всех манипуляций и ассистенции врачу.

Для восстановления послеоперационных больных часто используется оксигенотерапия. Для ее проведения используют централизованную подводку кислорода.

Сестра оказывает своим пациенткам и психологическую поддержку. Особого внимания требуют больные, родившие мертвого ребенка или перенесшие плодоразрушающие операции. С такими пациентками сестра беседует и вселяет им веру в выздоровление.

3. После перевода из палаты интенсивной терапии в общую палату наблюдение и уход за больной осуществляет медицинская сестра отделения.

Сестра следит за дыханием, пульсом, АД, состоянием повязки, выделениями из влагалища.

Как правило, к моменту перевода больной в общую палату диета расширяется. На третий день после операции можно есть жидкую кашу, бульон, омлет. С четвертого дня диету постепенно расширяют.

Если имеется парез кишечника, он разрешается на 3-4 день после операции. На 3-й день после операции назначают гипертоническую клизму (5% раствор хлорида натрия, 150-200 мл). При запорах, геморрое назначается очистительная клизма. В дальнейшем функция кишечника регулируется диетой или назначается растительное слабительное. В рацион включают свежий кефир, чернослив, курагу, свеклу. В период восстановления, после операции рекомендуется стол № 15 по Певзнеру.

В настоящее время рекомендуется активное ведение послеоперационного периода – ранее вставание для профилактики легочных, тромботических осложнений, улучшения перистальтики кишечника. За вставанием больной следит медсестра, чтобы не было ортостатического коллапса. Больным, перенесшим лапаротомию, рекомендуется ношение послеоперационного бандажа.

При наличии швов на промежности рекомендуется их обработка растворами фурациллина, хлоргексидина.

Осложнениями со стороны операционной раны являются кровотечения и гематомы, инфильтраты, нагноения, расхождение швов.

Инфильтраты, нагноения и расхождение швов связаны с инфицированием тканей после операций по поводу гнойных воспалительных заболеваний, после травматических операций у ослабленных, анемизированных больных.

Больные жалуются на боли в ране, повышение температуры тела, озноб. Область швов гиперемирована, отечна, пальпируется уплотнение, между швами может просачиваться гной. Необходимо снять швы в области наибольшего воспаления для лучшего оттока. После очищения раны она заживает вторичным натяжением.

Тромбофлебиты – нередкое осложнение после акушерских операций. Появляются жалобы на боли в конечности, нога отекает, Увеличивается в объеме. По ходу поверхностных вен отмечается гиперемия, уплотнение.

Назначается постельный режим, возвышенное положение конечности, холод на болезненные участки, антикоагулянты.

В обязанности сестры входит выполнение всех врачебных назначений и поддержание в отделении лечебно-охранительного режима.

**Методы стерилизации инструментов, перевязочного материала, белья и перчаток**

Стерилизация – это комплекс мероприятий, обеспечивающих полное уничтожение патогенной, непатогенной и споровой микрофлоры во внешней среде. Стерилизации подвергаются все изделия медицинского назначения, соприкасающиеся с раневой поверхностью, кровью, инъекционными растворами и виды инструментов, которые в процессе эксплуатации соприкасаются со слизистой оболочкой и могут вызвать ее повреждение.

Используются физические и химические методы стерилизации.

К физическим методам относятся стерилизация паром под давлением (автоклавирование), стерилизация горячим воздухом (сухожаровый шкаф) и лучевая стерилизация.

К химическим методам относятся газовая стерилизация и стерилизация растворами химических препаратов.

Стерилизацией паром под давлением (автоклавированием) стерилизуются хирургические инструменты, перевязочный материал, операционное белье и одежда, резиновые медицинские изделия. Все стерилизуется в стерилизационных коробках. При этом боковые отверстия в них открывают перед стерилизацией, а крышку плотно закрывают. Существует три вида укладки стерилизационных коробок (биксов):

* универсальная укладка, когда в бикс кладут все, что может понадобиться в течение рабочего дня в перевязочной или малой операционной;
* видовая укладка, когда в бикс кладут один вид материала или белья. Применяется в больших операционных;
* целенаправленная укладка, когда в бикс кладут все, что необходимо для одной определенной операции, например для перидуральной анестезии.

Для контроля стерильности в бикс кладут 3 шт. запаянных индикатора стерильности или бензойную кислоту с фуксином во флаконе. После загрузки биксов автоклав закрывают герметичной крышкой. Стерилизация паром под давлением — сложная процедура, при которой существует опасность взрыва аппарата. Поэтому в стерилизационной должен работать специально обученный персонал.

Существует три основных режима стерилизации:

* при давлении 1 атм., температура 120 С - 1 час.
* при давлении 1,5 атм., температура до 127°С - 45 мин. I при давлении 2 атм., температура до 134 С — 30 мин.

По окончании стерилизации биксы некоторое время находятся в горячем автоклаве с приоткрытой дверцей. При извлечении биксов из автоклава боковые отверстия в биксе закрывают и отмечают дату стерилизации на кусочке клеенки, прикрепленном к биксу. Закрытый бикс без фильтров сохраняет стерильность, находящихся в нем предметов в течение 72 часов (3 суток), а бикс с фильтрами - 20 суток. Открытая стерилизационная коробка сохраняет стерильность до 6 часов.

Стерилизация горячим воздухом осуществляется в специальных сухожаровых шкафах. Стерилизуют металлический инструментарий, многоразовые шприцы, стеклянную посуду. Все это укладывают на металлические сетки шкафа. Стерилизация проводится при закрытой дверце шкафа в течение 1 часа при температуре 180 С. В виде контроля в сухожаровый шкаф на сетку во флаконах кладут сахарозу, тиомочевину или промышленный запаянный индикатор. Сухожаровые шкафы обычно находятся в стерилизационных комнатах отделений.

При лучевой стерилизации антимикробная обработка осуществляется с помощью ионизирующего излучения (y - лучи), ультрафиолетовых лучей и ультразвука. При работе с ионизирующим излучением требуется соблюдение особо строгих мер безопасности. Поэтому она является заводским методом стерилизации. Стерильные медицинские материалы, инструменты, перчатки, шприцы и др. выпускаются в герметических упаковках и сохраняются до 5 лет.

Газовая стерилизация осуществляется в специальных герметических камерах. Стерилизация проводится с помощью паров фармалина (на дно камеры кладут таблетку фармальдегида) или окиси этилена. Такой стерилизации подвергаются оптические части приборов, шовный материал, пластмасса, резиновые мед. предметы. В зависимости от компонентов газовой смеси и температуры в камере стерилизация длится от 6 до 48 часов. Метод может быть использован в больничных условиях.

Стерилизация растворами химических антисептиков - это холодный способ стерилизации. Стерилизации могут подвергаться резиновые медицинские предметы, эндоскопические части аппаратов, металлические инструменты. Для этого применяются 6% раствор перекиси водорода 3 часа при температуре 50оС и 6 часов при температуре 18 - 20°С, 1% раствор дезоксона 45 мин. при температуре 18оС, 8% раствор первомура или 2% раствор хлоргексидина 5 мин при температуре 20°С, 70° спиртом этиловым. Для стерилизации используется стеклянная, пластмассовая или эмалированная посуда с плотно закрывающейся крышкой. Все растворы используют однократно. После стерилизации все предметы промываются двукратно стерильным изотоническим раствором с помощью стерильного корнцанга и хранятся на стерильном столе. Контроль этого метода — бактериологический.

Обработка и стерилизация хирургических инструментов

Деконтаминация (процесс уничтожения микроорганизмов в целях обеспечения инфекционной безопасности) хирургического инструментария складывается из дезинфекции, очистки и стерилизации. Инструменты после гнойных операций и перевязок, операций у больных, перенесших в течение 5 последних лет гепатит, а также при риске СПИДа обрабатываются отдельно от других. Все процедуры дезинфекции и обработки проводятся медперсоналом обязательно в перчатках из латекса достаточной толщины, халатах, масках, водонепроницаемых фартуках, защитных очках, с острыми предметами обращаются осторожно.

После использования инструменты промываются в емкости с дезинфицирующим раствором и погружаются в другую емкость с дезинфицирующим раствором так, чтобы раствор полностью покрывал инструменты. Экспозиция выдерживается в зависимости от применяемого дезинфицирующего раствора.

После обеззараживания инструменты промываются проточной водой. Очистка проводится путем погружения инструментов в специальный моющий раствор, в состав которого входит моющее средство, перекись водорода и вода. Экспозиция 15 - 20 минут при t 40 – 450 С. После этого инструменты моются щеткой в этом же растворе, а затем промываются в проточной и дистиллированной воде. Высушивание проводится в естественных условиях на простыне или в сухожаровом шкафу при t - 800 С 30 минут.

Стерилизация хирургических инструментов

Металлические хирургические не режущие инструменты стерилизуются в сухожаровом шкафу или в автоклаве. Есть инструменты одноразового использования, которые стерилизуются лучевым способом. Основным методом стерилизация режущих инструментов является холодный химический способ с применением растворов антисептиков, но можно стерилизовать в сухожаровом шкафу. Самым лучшим методом стерилизации для них является газовая или лучевая стерилизация. Стерилизация резиновых медицинских принадлежностей (катетеры, зонды, дренажи, наконечники, перчатки) проводится путем автоклавирования при 1 атм. в течение 30 минут.

В последнее время все чаще используются одноразовые медицинские резиновые и пластмассовые принадлежности, подвергшиеся лучевой заводской стерилизации. Для стерилизации оптических инструментов (лапароскоп, гастроскоп и пр.) применяются газовый способ и холодная химическая стерилизация.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Барыкина Н.В., Зарянская В.Г. Сестринское дело в хирургии. Ростов н/Д: «Феникс», 2004.
2. Руководство для средних медицинских работников / Под ред. Ю.П. Никитина, В.М. Чернышева. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007.
3. Осипова В.Л. Дезинфекция: учебное пособие / В.Л. Осипова. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009.
4. Постановление № 9 от 13 февраля 2009 года «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2485-09» «Профилактика внутрибольничных инфекций в стационарах (отделениях) хирургического профиля лечебных организаций» / Главная медицинская сестра, - 2009, № 5.