



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛЕВЕН
ФАКУЛТЕТ „ЗДРАВНИ ГРИЖИ”

ЦЕНТЪР ЗА ДИСТАНЦИОННО ОБУЧЕНИЕ

КАТЕДРА „СЕСТРИНСКИ ХИРУРГИЧНИ ГРИЖИ”

ЛЕКЦИЯ №10

ЗА ДИСТАНЦИОННА САМОПОДГОТОВКА ПО УЧЕБНА ДИСЦИПЛИНА
„ХИРУРГИЯ”

ЗА СТУДЕНТИ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „МЕДИЦИНСКА СЕСТРА”

ТЕМА : Периоперативен период

РАЗРАБОТИЛ: Проф. Т. Делийски, дмн

Гр. Плевен

2020 год.

Периоперативен период

Периоперативното третиране на пациентите в стационара включва приложението на комплекс от диагностични, хигиенни и неоперативни терапевтични дейности в периода преди операцията и след нея до изписването му

Fast-track - концепцията представлява комплекс от промени на обичайните и добяване на нови периоперативни процедури, целящи ускоряване и улесняване на възстановяването на пациентите след големи и много големи по обем операции, на базата на тясна координация на действията на хирурга, анестезиолога, физиотерапевта и специалистите по здравни грижи

Предоперативният период е времето от приема на пациента до извършването на операцията. В специализираната хирургична литература времето от влизането в операционния блок до напускането му се приема като интраоперативен период.

Тромбообразуване и компликации от него могат да възникнат и спонтанно, но при операциите рискът е повишен и факторите които довеждат до това са два вида: индивидуални и свързани с операцията.

Профилактичните мерки спрямо тромбоемболичните усложнения се приемат за наложителни. Те биват: фармакологични средства (медикаментозна профилактика) и физикални средства (еластични чорапи, рано мобилизиране и т.н.).

1.6.1. Фармакологична профилактика.

1.6.2. Физикални средства за профилактиката на тромбоемболията.

2. Следоперативен период

2.1. Параметри на следоперативното наблюдение

Параметрите за следене на състоянието на пациентите са следните:

- Пулс
- Кръвно налягане
- Дишане
- Урина
- Инфузионна терапия:

2.2. Функционални смущения в следоперативния период

В следоперативния период трябва да се обърне внимание на няколко смущения и патологични състояния. Основните са: постаг्रेसионния синдром, постоперативното хранене, постоперативните компликации и постоперативната болка.

3. Следоперативна болка

Следоперативната болка е болката, която възниква непосредствено след операцията или травмата и трае няколко дни и седмици.

За приложението на обезболяваща терапия ролята на специалистите по здравни грижи е от голямо значение. В редица клиники има т.нар. „Слеоперативно болково дежурство“ от сестри с профилна подготовка за борба със следоперативната болка.

Медикаментите, намиращи приложение са 3 вида:

- Неопиоидни аналгетици;
- Опиоидни(морфинови) аналгетици;
- Локални анестетици.

4. Изписване на пациентите.

Тромбоемболичната профилактика е комплекс фармакологични и физични мерки за предотвратяване на образуването на дълбока венозна тромбоза и от там на риск от животозастрашаващите тромбоемболии.

Изписването на пациентите от хирургичния стационар включва много дейности, които са в компетенциите основно на специалистите по здравни грижи. Те са продължение на процесите, започнали в хирургичната структура. Това означава пациентът да бъде „предаден“ на близките или на друга лечебна или рехабилитационна структура като са спазени следните изисквания:

- Информация за нуждите и вида на по-нататъшните грижи.
- Даване на съвети и евентуално обучение на приемащите пациента.
- Организиране на срещи на пациентите с институциите, от които той се нуждае (групи за взаимопомощ и т.н.).

6. Хранене в периоперативния период

Обичайното хранене в следоперативния период е ентeралното, което при леки операции започва още в деня на операцията (концепция за бързо възстановяване), а при тежки операции и травми в следващите дни. В по-редки случаи при съответни индикации се

включва и сондово хранене, а в още по-специални ситуации и парентерално хранене. Тук разглеждаме принципите на парентералното и сондовото ентeрално хранене. Те биват определяни като изкуствено хранене. Основното изкуствено хранене е сондовото ентeрално хранене, а парентералното се включва; когато оралното и сондовото са недостатъчни или неприложими.

6.1. Компоненти на храненето

Компонентите на храненето и техните характеристики са добре проучени и дефинирани (виж табл.1). В употреба влиза голямо разнообразие от хранителни продукти, за да могат, чрез различни комбинации да се приложи адаптирано към индивидуалните нужди хранене.

При планирането и реализирането на храненето в клинични условия и след изписването на пациента се вземат предвид клинични фактори като постаг्रेसионната обясна на веществата, недостатъчното хранене, рано ентeрално хранене, концепция за бързо възстановяване, сондово хранене, парентералното хранене и др.

6.2. Фактори, влияещи благоприятно в/у следоперативното хранене

6.3. Сондово ентeрално хранене

6.4. Избор на храна за ентeрално сондово хранене

6.5. Видове сондово хранене. Видове сонди.

Прието е чрез наименованието на сондата да се „кодира” и мястото и начина на въвеждане на храната в гастроинтестиналния тракт:

- Назо-гастрална храносмилателна сонда - за краткотрайно следоперативно хранене

- Назо-йеюнална - приневъзможно стомашно хранене, поради стомашна атония или повишен риск от аспирация на стомашно съдържимо.

- Назо-дуоденална - сходна по предназначение на назо-йеюналната, но с повече неблагоприятни явления.

- Перкутанна ендоскопска гастрална сонда (ПЕГ) - за по-дълго време (>6 седмици) хранене. Тя е стандартна процедура за гастрално сондиране.

- Перкутанна гастрална сонда - сходна по функция на ПЕГ, но се извежда чрез лапаротомия при наличие на абсолютни индикации за лапаротомия и при обтурация на хранопровода.

- Финна катетърна перкутана йеюнална сонда - за дълготрайно хранене след абдоминални операции. Извежда се по оперативен начин при планирана лапаротомия чрез специален сет.

По-рядко използвани сонди при по-специфични условия

- Орогастрална

- Хирургично изведени йеюнална стома (използвани в миналото).

- Гастростомия чрез лапаротомия, използвана в миналото и по рядко сега.

Основните функционални характеристики на отделителните сонди са следните:

Назогастрални сонди:

- Въвеждат се само при будни пациенти или по време на лапаротомия;

- Свързани са с проблеми от рефлукс и аспирация

- Гастралното хранене е с прекъсване на болуси, тъй като има стомашен резервоар и се въвежда със или без инфузионна помпа, които могат да бъдат на константен или пулсионен режим

Перкутанти ендоскопски гастрални сонди

- Това е най-добрия начин за сондово хранене, затова е за предпочитане, ако няма противопоказания.

Перкутанна катетър-йеюностомия

- Подходяща е за дълготрайно хранене;

- Подходящо за рано следоперативно захранване след резекция на хранопровода и тежки травми с лапаротомия;

- Въвежда се само в условия на лапаротомия;

6.6. Компликации при ентeралното сондово хранене

Компликациите са два вида - свързани със сондата като чужд за тялото елемент и свързани с храненето през нея.

6.7. Парентерално хранене

Парентералното хранене представлява въвеждане в организма по венозен път на хранителни вещества под формата на специални инфузионни разтвори.

- Индикациите за такова хранене са когато е невъзможно това да става през гастроинтестиналния тракт.

- Недостатъчна абсорбционна способност (късо черво, малабсорбционен синдром);

- Тежък дисметаболизъм (следоперативен, следтравматичен);

- При сепсис в рамките на т.н. мукозно хранене.

▣ Контраиндикации са шоково състояние, декомпенсирана мултиорганна недостатъчност и др..

В първите 24 часа на постаг्रेसионната обмяна на веществата също не се прилага висококалорийно парентерално хранене.

Избор на венозен достъп за парентерално хранене

Парентералното хранене е главно чрез централен венозен достъп, който се осъществява през v. jugularis int.; v. jugularis ext.; v. subclavia и v. cephalica.