СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА ДОГЛЯД

ЗА ХВОРИМИ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ

НА ГОЛОВІ, ОБЛИЧЧІ ТА ШИЇ

Операції на голові, її м'яких ткани­нах проводять у хірургічних відділеннях загального профілю. Оскільки такі втру­чання виконуються або у разі відкритих травм (ран) м'яких тканин голови без ушкоджень мозку чи з легкими форма­ми струсу його, або при патологічних процесах чи захворюваннях м'яких тка­нин (опіки, пухлини і пухлиноподібні утворення — атерома, дермоїдна кіста), догляд за такими хворими практично не відрізняється від догляду за хворими, оперованими на інших ділянках тіла.

Головним чином стежать за станом пов'язки, просяканням її, кольором рідини, що змочує пов'язку, — кров чи світло-рожева рідина, та за поло­женням пов'язки на рані. М'які тка­нини голови дуже добре постачаються кров 'ю, і тому кровотеча після операцій на голові буває частіше, ніж у разі опе­рацій на поверхневих м'яких тканинах і інших ділянках тіла.

Сильне просякання пов'язки повин­но викликати у медичної палатної сест­ри насамперед підозру на значну кро­вотечу з рани, вона має проінформу­вати про це хірурга чи лікаря-ордина­тора палати.

За незначної кровотечі відповідно до рішення лікаря пов'язка може бути за­мінена на нову чи поверх старої додат­ково накладають перев'язний матеріал та інші допоміжні засоби (прикладан­ня мішечка з піском, міхура з холод­ною водою чи іншого тягаря).

За значної кровотечі, що може бути зумовлена недостатнім механічним ге­мостазом, рідше — порушенням згор­тання крові, і яка може тривати, особ­ливо у хворих з можливими відхилен­нями в системі згортання крові, знач­ний час і після заміни пов'язки та інших заходів консервативного характеру, або у разі розвитку після кровотечі під­шкірної гематоми, переважно потрібна оперативна ревізія рани — повторне взяття хворого на операційний стіл, зняття швів з рани та зупинка крово­

течі чи видалення гематоми — перев яз-ка кровоточивої судини (накладання лігатури), термокоагуляція тощо. Про­те не тільки загальні ускладнення мож­ливі у оперованих на м'яких тканинах голови.

Через анатомо-фізіологічні особли­вості операцій на голові у хворих часті­ше можливі реакції загального типу на травму та анестезуючі засоби у вигляді диспепсичних явищ (нудоти, блюван­ня або запаморочення) чи так званого ортостатичного колапсу (зниження ар­теріального тиску та короткочасної не­притомності під час піднімання з ліжка, переходу у положення стоячи).

У хворих, оперованих з приводу рани голови, з наявністю в анамнезі порушення функції мозку може розви­нутися в подальшому в післяоперацій­ний період тяжкий синдром ураження мозку — стиснення його гематомою.

Це супроводжується такими ознака­ми, як головний біль, що наростає, сповільнення пульсу, розширення зі­ниць, а зрештою непритомність і судо­ми. Тому за хворими, оперованими з приводу травми м'яких тканин та з мож­ливим синдромом струсу мозку, треба в післяопераційний період дуже пильно спостерігати, уважно прислухатися до їх скарг, періодично промацувати пульс та визначати його частоту і за появи навіть незначних змін у самопочутті хворого інформувати про це лікаря.

Нейрохірургічні втручання на го­лові, що виконуються звичайно в спеціалізованих нейрохірургічних від­діленнях, зокрема трепанація черепа з маніпулюванням на мозку чи реві­зією черепної порожнини з втручан­ням на оболонках мозку, належать до дуже складних операцій з можливими різноманітними ускладненнями в піс­ляопераційний період — набряком моз­ку, інфекцією (менінгіт чи менінго-енцефаліт, абсцес мозку, сепсис), травматичною епілепсією, кровоте­чею як у порожнину черепа, так і зов­нішньою тощо.

Всі ці ускладнення спричинюють значні порушення діяльності мозку та механізмів, що регулюють різні системи організму, зокрема дихання, кро­вообігу, обміну, травлення та ін.

Безпосередній післяопераційний період у таких хворих дуже часто ускладнюється блюванням, яке може мати подвійний генез — унаслідок як травматичного подразнення центрів довгастого мозку (парасимпатичних), так і хімічного, наркотичного. Тому в реанімаційних відділеннях (відділеннях інтенсивної терапії) таких хворих після операції кладуть на спину, повернувши голову убік (у разі початку блювання хворого зразу кладуть на бік). Це запо­бігає аспірації блювотних мас та асфіксії. Нерідко у цих хворих спосте­рігаються і такі ускладнення, як пси­хічне та моторне збудження (включно із судомами та травматичною епілеп­сією), під час якого хворі можуть зри­вати пов'язку. Тому медперсонал по­винен своєчасно помітити всі відхилен­ня в стані хворого з травмою голови чи в післяопераційний період та інформу­вати про це лікаря для негайного вжиття відповідних заходів.

Детальні принципи догляду за ней­рохірургічними хворими викладено в підручниках з нейрохірургії.

Догляд за хворими після операцій у ділянці обличчя (їх проводять переваж­но під місцевим чи внутрішньовенним наркотичним знеболюванням), вико­наних з приводу пухлин, травм та за­пальних процесів, практично мало чим відрізняється від догляду за хворими після операцій на м'яких тканинах у інших ділянках тіла.

Звертати проте потрібно увагу на виражений більшою мірою, ніж у інших ділянках тіла, набряк (травматич­ний) тканин обличчя, який може про­являтися звуженням щілини ока, аж до її повного закриття, та деяким обме­женням ротового отвору.

У таких випадках медсестра повинна промивати око (його щілину та частко­во кон'юнктивальний мішок) перева­реною теплою водою чи стерильним теплим ізотонічним (0,9 %) розчином натрію хлориду. Це роблять кулькою із стерильної вати.

Після цих операцій, особливо з при­

воду запальних процесів (карбункул губ, абсцедуючий фурункул), хворі по­винні їсти лише рідкі та напіврідкі стра­ви, менше говорити.

Операції в порожнині рота та рото­вої частини глотки (щілини губ та підне­біння, пухлини, кісти, видалення зубів, резекція щелепи, тонзилекто-мія, розтин заглоткових та метатонзи-лярних абсцесів тощо) складніші й не­безпечніші, тому хворі потребують ре­тельнішого догляду, насамперед щодо запобігання аспірації слини, крові, часток тканин у дихальні шляхи, адже це може призвести до асфіксії чи пнев­монії та абсцесу легень тощо.

Операції з приводу вад піднебіння та злоякісних пухлин язика, мигда­ликів, щелеп, остеомієліту щелепи виконують звичайно під наркозом, і тому в післяопераційний період, особ­ливо в перші години його, треба не­ухильно спостерігати за хворим у відділенні інтенсивної терапії та реа­німації до виходу його зі стану наркозу.

Хворі повинні лежати горизонталь­но без подушки з повернутою набік го­ловою — для запобії-ання асфіксії язи­ком чи блювотними масами. Під підбо­ріддя та рот треба класти марлеву сер­ветку або шматок вати для стікання сли­ни з домішкою крові. Знеболювання після операції повинно бути повноцін­ним, проте таким, що не пригнічує дихання (без опіатів). Хворі мають от­римувати кисень через носовий катетер.

Пригнічення кашлю, салівації та секреції бронхіальних залоз важливе для нормального перебігу післяопераційно­го періоду (створює спокій, поліпшує духання, зменшує ризик аспірації та асфіксії). Його досягають уведенням невеликих доз аміназину та атропіну сульфату.

Хворих, оперованих у ділянці порож­нини рота під місцевим знеболюванням, відразу після операції кладуть набік, дещо нахиляють голову до грудей (для полегшення пасивного виділення сли­ни та крові). Під підборіддя ставлять лоток, у який стікають слина та кров.

На другу добу після операції хворим, оперованим у ділянці порожнини рота, прополіскують останню 0,001 % розчи­ном калію перманганату та протирають ватною кулькою, змоченою цим самим розчином, зуби. Пізніше полоскати рот можна перевареною водою з натрію гідрокарбонатом (1—2 % розчином).

Дітей грудного віку, оперованих з приводу щілин піднебіння та губ, годують природним шляхом мате­ринським молоком (рідше) або через уведений через ніс у шлунок зонд мо­локом матері чи стерильною дитячою сумішшю.

Дорослих хворих годують або рідкою стерильною охолодженою до кімнатної температури їжею, або такою самою їжею через зонд (назогастральний).

Операції на шиї та її органах викону­ють як під наркозом, так і під місцевим знеболюванням. Тому догляд за хвори­ми дещо відрізняється і залежить від часу повного виходу хворих зі стану наркозу.

Головними у догляді за цими хво­рими (незалежно від виду знеболюван­ня) є забезпечення вільної прохідності дихальних шляхів, виявлення та своє­часне усунення причин, що можуть зу­мовити асфіксію, та достатнє забезпе­чення хворих свіжим, багатим на ки­сень повітрям.

Пов'язки на рану шиї накладають клейові, а не бинтові (для запобігання стисканню шиї). Положення хворих після операції (хворих, оперованих під наркозом, — після виходу з нього) — у ліжку з дещо підвищеним головним кінцем. Медсестра уважно стежить за поведінкою і характером дихання хво­рих, станом пов'язки (просякання кро­в'ю) та тканин біля рани, кольором шкіри та слизової оболонки губ, час­тотою пульсу та температурою тіла.

Найнебезпечнішими у ранній після­операційний період є звуження чи стискання трахеї внаслідок ларинго-спазму, паралічу гортанних нервів (особливо двобічного після тиреоїдек-томії чи резекції щитовидної залози), набряку голосових зв'язок гортані чи стискання трахеї гематомою у разі кро­вотечі із зашитої рани.

Всі ці ускладнення призводять до асфіксії, що може закінчитись смертю

хворого. Тому про будь-які зміни в диханні хворих (прискорення його, ціа­ноз, стридорозне дихання) після опе­рації на шиї треба негайно доповідати лікарю, який має оглянути хворого і у разі потреби змінити пов'язку (особли­во за значного її просочування кров'ю) і навіть провести ревізію рани (при ге­матомі), призначити спазмолітичні та протинабрякові препарати, оксигена-цію чи навіть інтубацію трахеї або тра-хеостомію.

Хворі можуть пити навіть у день опе­рації, а їсти рідку та напіврідку негаря­чу їжу — на другу добу.

При травмі верхньогортанного не­рва, що можливо при струмектомії та видаленні пухлин у ділянці шиї, у хво­рих спостерігається закидання їжі в гор­тань, спричинюючи кашель та явища задишки (асфіксії). У разі цього ускладнення хворим треба рекоменду­вати ковтати рідку їжу малими порція­ми та в положенні сидячи, нахиливши голову донизу.

У разі невеликого просякання пов'яз­ки кров'ю треба її змінити або додатково накласти перев'язний матеріал (просякан­ня пов'язки спостерігається у цих хворих майже завжди, оскільки в більшості ви­падків рани дренують гумовими смужка­ми чи трубочками для профілактики ге­матом та стискання трахеї).

Дренажі з ран видаляють через 24— 48 год і шви знімають рано — через 4— 5 діб.

Інфікування ран на шиї після опе­рації з приводу неінфекційних (неза-пальних) захворювань спостерігається рідко завдяки доброму кровопостачан­ню тканин і органів шиї.

Після операцій на шиї з приводу за­пальних процесів (флегмон) та травм проникаючого характеру треба звертати увагу на загальний стан хворого, особ­ливо температуту тіла та біль і його по­ширення на середостіння (медіа-стиніт), а також на пов'язку, зокрема просякання її кров'ю чи слиною. Ос­таннє свідчить про кровотечу або про­никаючу травму стравоходу.

За наявності фістули стравоходу хво­рих годують за допомогою уведеного в шлунок через ніс (або гастростому) зон­да, в який вливають рідку страву. По­в'язку хворого з фістулою стравоходу або трахеї (після екстирпації гортані чи тра-хеостомії) треба міняти часто, а шкіру змащувати пастою Лассара та мазями, що містять кортикостероїди, для про­філактики та лікування дерматиту й ма­церації шкіри.

Хворим з патологічними процесами в ділянці шиї, головним чином з пух­линами різних тканин та органів її (гортань, щитовидна залоза), стенозом гортані різного походження, в тому числі й двобічним паралічем нижньо-гортанних нервів, та хворим з травма­

ми мозку нерідко буває показана тра-хеостомія (тимчасова чи постійна). У цьому разі медична сестра повинна сте­жити, аби трубка в трахеостомі розта­шовувалась правильно, та періодично очищати її від слизу й гною шляхом їх аспірації катетером.

Якщо слиз дуже густий, його розрі­джують введенням у трахею 3 % розчи­ну натрію гідрокарбонату (2—Змл) чи хімотрипсину. Сестра повинна вміти замінити внутрішню трубку у разі її за­купорки або випадання з трахеї. Якщо виникли якісь труднощі з виконанням цієї процедури, медсестра мусить своє­часно інформувати про це лікаря.