



**PAŃSTWOWA
ZAWODOWA W NYSIE**
Instytut: Pielęgniarstwa
Kierunek: Pielęgniarstwo

WYŻSZA SZKOŁA

Praca dyplomowa licencjacka

***Udział pielęgniarki w postępowaniu diagnostycznym i
opiece nad chorymi z urazami narządów jamy
brzuszej***

Promotor:
Dr n. med. Dariusz Waniczek

Autor:
Łukasz Staromłyński

Nysa 2006

SPIS TREŚCI:

1. Wstęp.....	3
2. Cel pracy.....	4
3. Metodyka	5
4. Przegląd literatury niezbędnej dla osiągnięcia celu pracy.....	6
4.1 Narządy jamy brzusznej.....	6
4.1.1 Narządy rurowe jamy brzusznej (zawierające światło).....	8
4.1.1.1 Żołądek.....	8
4.1.1.2 Jelito cienkie.....	8
4.1.1.3 Dwunastnica, jelito czcze i kręte.....	8
4.1.1.4 Jelito grube.....	9
4.1.1.5 Odbytnica.....	10
4.1.2 Narządy mięszone jamy brzusznej.....	11
4.1.2.1 Śledziona.....	11
4.1.2.2 Wątroba i pęcherzyk żółciowy.....	11
4.1.2.3 Trzustka.....	12
4.2 Uraz jamy brzusznej	14
4.2.1 Rodzaje urazów.....	14
5. Rezultat pracy – Zasady postępowania diagnostycznego u chorych z urazami narządów jamy brzusznej.....	15
5.1 Odtworzenie mechanizmu powstania urazu.....	15
5.2 Patomechanizm i objawy kliniczne urazu poszczególnych narządów.....	15
5.2.1 Narządy rurowe (zawierające światło).....	15
5.2.2 Narządy mięszone.....	16
5.3 Wstępna ocena chorego na miejscu wypadku.....	17
5.4 Badania diagnostyczne [w izbie przyjęć].....	20
6. Opieka pielęgniarska przedoperacyjna u chorych z urazem j. brzusznej.....	24
7. Opieka pielęgniarska pooperacyjna u chorych z urazem j. brzusznej.....	25
8. Wnioski.....	28
9. Piśmiennictwo.....	29
10. Streszczenie w języku polskim.....	30

11. Streszczenie w języku angielskim.....	31
---	----

12. Oświadczenie.....	32
-----------------------	----

1. WSTĘP

Człowiekowi w dobie rozwoju technicznego i cywilizacyjnego stale towarzyszą wypadki. Poprzez rozwój cywilizacyjny wzrasta także liczba wypadków i urazów, które kończą się śmiercią pacjenta.

W Polsce urazy uważa się za główną przyczynę śmierci wśród osób do 40 roku życia.

Uraz to nic innego jak zadziałanie określonej bądź nieokreślonej siły mechanicznej na organizm człowieka, który powoduje obrażenia zewnętrzne bądź wewnętrzne (13).

Możemy wyróżnić urazy takie jak: drażące, tępe, kłute, postrzałowe.

Najczęściej spotykane urazy to tępe i drażące, które spowodowane są ostrymi przedmiotami bądź spowodowane pęknięciem lub zmiżdżeniem narządu wewnętrznego.

Podczas gdy dochodzi do uszkodzenia narządów jamy brzusznej wskutek urazu uszkodzeniom najczęściej ulegają narządy mięsiste takie jak: wątroba, śledziona. Uszkodzeniom ulec mogą również narządy posiadające światło: żołądek, dwunastnica, jelita. W wyniku urazu może dojść także do uszkodzenia przepony oraz nerek. (2, 5, 14)

2. CEL PRACY

- Wyjaśnienie patomechanizmu powstania i wpływu urazu na narządy jamy brzusznej
- Określenie udziału pielęgniarki w postępowaniu diagnostycznym nad pacjentem z urazem narządów jamy brzusznej
- Określenie i scharakteryzowanie zadań opieki nad chorym z urazem jamy brzusznej

3. METODYKA

Niniejsza praca została napisana w oparciu o dostępną fachową literaturę medyczną, czasopisma medyczne a także w oparciu o odpowiednie witryny internetowe. Wiedza użyta w pracy pochodzi także z ćwiczeń, praktyki wakacyjnej oraz zajęć wykładowych:

- Chirurgii
- Medycyny ratunkowej
- Anestezjologii i intensywnej terapii
- Podstaw pielęgniarstwa
- Anatomii

Praca została napisana na komputerze klasy PC, przy użyciu edytora tekstu Microsoft WORD oraz pakietu OFFICE.

4. Przegląd literatury niezbędnej dla osiągnięcia celu pracy

4.1 Narządy jamy brzusznej

Jama brzuszna stanowi większą część jamy brzuszno- miedniczej. Położona jest pomiędzy przeponą od góry a płaszczyzną wejścia miednicy. Ku dołowi stanowi ona ciągłość z jamą miednicy. Ku górze jama brzuszna rozciąga się w obręb szkieletu kostnego klatki piersiowej. Jama brzuszna wysłana jest błoną surowiczą, otrzewną, która otacza także większość narządów układu pokarmowego, oraz część narządów układu moczowego i płciowego. Od dołu stanowi ona ciągłość z jamą miednicy.

Ściany jamy brzusznej: przednia, 2 boczne, tylna.

Ściana przednia i boczna stanowi ciągłość, jest jako ściana przednio- boczna.

Ograniczona jest od góry przez wyrostek mieczykowaty mostka i łuki żebrowe, od dołu przez grzebienie biodrowe, więzadło pachwinowe i górny brzeg spojenia łonowego.

Z punktu widzenia klinicznego duże znaczenie ma podział brzucha na 9 lub 4 okolice topograficzne.

Okolice te wyznaczone są przez płaszczyzny poprzeczne i strzałkowe:

- Płaszczyzny poprzeczne: podżebrowa, pępkowa, międzyguzkowa, nadgrzebieniowa
- Płaszczyzny strzałkowe: środkowa i środkowo – obojczykowa

Podział jamy brzusznej na 9 okolic topograficznych:

Dwie płaszczyzny poprzeczne (podżebrowa i międzyguzkowa) dzielą brzuch na trzy główne okolice:

- Nadbrzusze – dzieli się na okolice środkową, zwana także nadpępczem lub dołem nadbrzusznym oraz dwie okolice podżebrowe – prawą i lewą, określaną też jak podżebrze.
- Śródbrzusze – podzielone jest na część środkową, zwana okolicą pępkową oraz dwie okolice boczne. Każda z okolic bocznych nazwana jest bokiem.
- Podbrzusze – dzieli się na okolice środkową, zwaną łonową oraz dwie boczne, zwane pachwinowymi lub pachwiną.

Otrzewna i jama otrzewnowa.

Otrzewna jest błyszcząca, przezroczystą błoną surowiczą, która wyściela jamę brzuszną i miednicę oraz okrywa narządy (trzewia). Składa się ona z dwóch ciągłych blaszek:

- 1) Otrzewna ścienna stanowi najbardziej wewnętrzną warstwę, ściany brzucha;
- 2) Otrzewna trzewna – okrywająca trzewia.

Pomiędzy obydwoma blaszkami otrzewnej znajduje się jama otrzewna zawierająca nieznaczną ilość płynu, który zapobiega tarcia podczas ruchów trzewi. Jama otrzewnej jest zamkniętą przestrzenią u mężczyzn, u kobiet natomiast komunikuje się ze światem zewnętrznym poprzez ujścia brzuszne jajowodów, jajowody, macicę i pochwę.

Połączenie to jest potencjalną drogą infekcji. W początkowym rozwoju jama otrzewnej jest wspólna z jamą ciała, która ulega podziałowi na jamę opłucnej, jamę osierdzia i jamę otrzewnej.

W zależności od stosunku otrzewnej trzewnej do narządów jamy brzusznej wyróżniamy: położenie wewnątrzotrzewnowe lub pozaotrzewnowe.

Narząd położony wewnątrzotrzewnowo otoczony jest ze wszystkich stron otrzewną trzewną i posiada zwykle krezkę, z wyjątkiem jelita ślepego (kątnicy) (19).

Wewnątrzotrzewnowo położone są następujące narządy układu pokarmowego:

- Żołądek
- Opuszka dwunastnicy
- Jelito czcze i kręte
- Kątnica i wyrostek robaczkowy
- Okrężnica poprzeczna i esowata
- Górna część odbytnicy
- Śledziona i wątroba (z wyjątkiem części tylnej powierzchni przeponowej)
- Pęcherzyk żółciowy i przewód żółciowy wspólny

Narządami zewnątrzotrzewnowymi są:

- Część brzuszna przełyku
- Część zstępująca, pozioma i wstępująca dwunastnicy
- Okrężnica wstępująca i zstępująca
- Odbytnica
- Trzustka

4.1.1 Narządy rurowe jamy brzusznej (zawierające światło)

4.1.1.1 Żołądek

Kształt i położenie żołądka są różne i zależą od pozycji ciała i wypełnienia narządu.

W żołądku wyróżniamy:

- Wpust - znajduje się na lewo od linii pośrodkowej, co odpowiada nasadzie wyrostka mieczykowatego.
- Dno - leży w lewym podżebrzu
- Trzon
- Część odźwiernikowa - odźwiernik rzutuje się po stronie prawego kręgu L1

Żołądek posiada:

- Ścianę przednią i tylną - Ściana przednia żołądka przylega do wątroby, przepony i przedniej ściany brzucha. Ściana tylna żołądka, stanowiąca przednie ograniczenie torby sieciowej, przylega do przepony, śledziony, lewej nerki i lewego nadnercza, tętnicy śledzionowej i okrężnicy poprzecznej.
- Krzywiznę mniejszą i większą

Błona mięśniowa żołądka składa się z warstwy zewnętrznej podłużnej, środkowej okrężnej i wewnętrznej skośnej. Warstwa okrężna jest silnie ukształtowana w odźwierniku, gdzie tworzy m. zwieracz odźwiernika. Unaczynienie tętnicze żołądka pochodzi od tętnicy żołądkowej lewej, wątrobowej wspólnej, śledzionowej. Tętnice te są odgałęzieniami pnia trzewnego. Naczynia żyłne biegną wspólnie z tętnicami i uchodzą do żyły wrotnej.

Unerwienie żołądka pochodzi od splotów okołonaczyniowych, będących wtórnymi splotami od splotu trzewnego oraz pni błędnych.

4.1.1.2 Jelito cienkie

Rozciąga się od żołądka do jelita grubego dzieli się je na:

- Dwunastnicę,
- Jelito czcze i jelito kręte (8).

4.1.1.3 Dwunastnica, jelito czcze i kręte

Jest początkowym odcinkiem jelita cienkiego, górny jej koniec łączy się z odźwiernikiem, a dolny z jelitem czczym. W obrębie dwunastnicy wyróżnia się 4 części: górną, czyli opuszkę dwunastnicy, część zstępującą, część poziomą lub dolną oraz część wstępującą.

Dwunastnica leży pozaotrzewnowo z wyjątkiem części górnej leżącej wewnątrzotrzewnowo, do której dochodzi więzadło wątrobowo – dwunastnicze.

W części zstępującej dwunastnicy znajduje się brodawka większa dwunastnicy, na której uchodzi przewód żółciowy wspólny i przewód trzustkowy. Powyżej i nieco do przodu od brodawki większej położona jest brodawka mniejsza dwunastnicy, na której uchodzi dodatkowy przewód trzustkowy.

Jelito czcze i jelito kręte.

Leżą wewnątrzotrzewnowo, posiadają krezkę wykazującą znaczną ruchomość. Pętle jelita czczego znajdują się w lewej części jamy brzusznej, zaś jelita krętego w części prawej i w miednicy mniejszej. Końcowy odcinek jelita krętego leży w odległości około 8 cm od kolca biodrowego przedniego górnego prawego.

Jelito czcze rozpoczyna się przy zgięciu dwunastniczo – czczym, przechodzi w jelito kręte kończy się zastawką kątniczo – krętnicą. Błona mięśniowa składa się z cienkiej zewnętrznej warstwy podłużnej oraz grubszej wewnętrznej warstwy okrężnej.

Ruchy błony mięśniowej występują jako (8):

- Ruchy wahadłowe;
- Ruchy odcinkowe (segmentalne);
- Ruchy perystaltyczne, czyli robaczkowe.

4.1.1.4 Jelito grube

Jelito grube dzielimy na:

- Jelito ślepe lub kątnica - jest początkowym odcinkiem jelita grubego położonym poniżej ujścia jelita cienkiego, w prawym dole biodrowym. Leży wewnątrzotrzewnowo i zwykle nie posiada krezki. Z dolnego bieguna jelita ślepego zwiesza się wyrostek robaczkowy. Leży on wewnątrzotrzewnowo i posiada krezkę.
- Okrężnicę - wyróżnia się 4 części: okrężnicę wstępującą, poprzeczną, zstępującą, esowatą.

- Okrężnica wstępująca położona jest zewnątrzotrzewnowo i przebiega w przedłużeniu jelita ślepego ku górze, gdzie na powierzchni trzewnej wątroby zgięciem prawym lub wątrobowym przechodzi w okrężnicę poprzeczną
- Okrężnica poprzeczna leży wewnątrzotrzewnowo, posiada krezkę i wykazuje dużą ruchomość
- Okrężnica zstępująca leży zewnątrzotrzewnowo i biegnie od zgięcia lewego okrężnicy do wysokości lewego grzebienia biodrowego, gdzie przechodzi w okrężnicę esowatą

- Odbytnicę.

.Okrężnica w całym swym przebiegu posiada charakterystyczne cechy, które pozwalają odróżnić ją od jelita cienkiego. Cechy te są następujące:

- Taśmy okrężnicy;
- Wypuklenia okrężnicy oraz fałdy półksiężycowate;
- Przyczepki sieciowe.

4.1.1.5 Odbytnica

Biegnie w przedłużeniu okrężnicy esowatej i w okolicy kroczonej kończy się odbytem.

W odbytnicy wyróżnia się:

- Część miedniczną położoną w miednicy mniejszej do przodu od kości krzyżowej i guzicznej.
- Część odbytową zwaną także kanałem odbytu.

Górne odcinki powierzchni przedniej i bocznych miednicy pokryte są otrzewną. Otrzewna pokrywająca odbytnicę przechodzi na sąsiednie narządy i wytwarza u mężczyzn zagłębienie odbytniczo – pęcherzowe, zaś u kobiet zagłębienie odbytniczo – maciczne.

Dolny odcinek części miednicznej odbytnicy jest uwypuklony i nazywa się go bańką odbytnicy. Błonę mięśniową odbytnicy tworzą dwie warstwy: zewnętrzna warstwa podłużna (poprzecznie prążkowany mięsień zwieracz zewnętrzny odbytu) i wewnętrzna warstwa okrężna (tworzy mięsień zwieracz wewnętrzny odbytu) (11,19).

4.1.2 Narządy mięsiste jamy brzusznej

4.1.2.1 Śledziona

Jest największym narządem układu chłonnego, leżącym w okolicy podżebrzej lewej. Posiada powierzchnię przeponową oraz trzewną. Długość śledziony wynosi około 12 cm, szerokość ok. 7 cm. Leży ona wewnątrztrzewnowo, pomiędzy IX i XI żebrami. Powierzchnia przeponowa narządu sąsiaduje poprzez przeponę z żebrami oraz opłucną i płucem lewym. Powierzchnia trzewna w części środkowej posiada wnękę śledziony, w której znajdują się naczynia i nerwy.

Do wnęki śledziony przylega także ogon trzustki. Z wnęki śledziony wchodzi dwa więzadła:

- Więzadło żołądkowo – śledzionowe
- Więzadło śledzionowo – nerkowe.

Otoczona jest torebką. Do torebki uchodzą naczynia krwionośne doprowadzające krew do miazgi śledziony. Tętnica śledzionowa po wejściu do wnęki narządu dzieli się na 5 lub więcej gałęzi. Gałęzie te nie łączą się między sobą, stąd też możemy wyróżnić segmenty śledziony (15, 19).

4.1.2.2 Wątroba i pęcherzyk żółciowy

Jest największym gruczołem organizmu około 1500 g. Położona jest w prawym podżebrzu, nadpępczu i lewym podżebrzu, posiada powierzchnię przeponową: przednią, górną, tylną i prawą oraz powierzchnię trzewną zwaną też tylną – dolną. Powierzchnia przeponowa jest gładka, wypukła, na powierzchni przebiega więzadło sierpowate wątroby, które rozdziela prawy płat od lewego. Na powierzchni trzewnej wątroby znajdują się dwie bruzdy strzałkowe i bruzda poprzeczna.

Bruzda poprzeczna łączy bruzdy strzałkowe tworząc wrota wątroby, przez które wchodzi do wątroby: żyła wrotna, tt. wątrobowa właściwa oraz nerwy, a wychodzą przewody wątrobowe i naczynia chłonne. Pomędzy bruzdami strzałkowymi i bruzdą poprzeczną oprócz prawego płata i lewego znajdują się dodatkowo dwa płaty należące anatomicznie do płata prawego. Są to:

- płat czworoboczny leżący z przodu
- płat ogoniasty znajdujący się ku tyłowi od bruzdy poprzecznej.

Częściowo wątroba podzielona jest na dwie części prawą i lewą, które są jednakowej wielkości, posiadają własne zaopatrzenie w krew tętniczą od gałęzi t. wątrobowej oraz dystrybucję krwi żyłnej żyły wrotnej, a także oddzielny odpływ żółci. Wątroba produkuje około 800 ml żółci na dobę. Rozgałęzienia żyły wrotnej wątroby i tt. wątrobowej właściwej tworzą segmenty naczyniowe wątroby, których jest 8. W lewej i prawej części są 4 segmenty.

Nazwy segmentów wątroby:

Lewa część:

- Segment 1 (Ogoniasty)
- Segment 2 (Lewy boczny)
- Segment 3 (Lewy przedni boczny)
- Segment. 4 (Pośrodkowy lewy)

Prawa część:

- Segment 5 (Przedni przyśrodkowy)
- Segment 6 (Prawy przedni boczny)
- Segment 7 (Tylny boczny)
- Segment 8 (Tylny przyśrodkowy)

Pęcherzyk żółciowy

Ma 7 – 10 cm długości, znajduje się w dole pęcherzyka żółciowego na powierzchni trzewnej wątroby. Wyróżniamy w nim dno, trzon, oraz szyjkę. Dno od góry przylega do wątroby, od dołu sąsiaduje z częścią górną dwunastnicy, rzutuje na żebro IX. Trzon sąsiaduje z okrężnicą poprzeczną i opuszką dwunastnicy. Jest on pokryty otrzewną. Z pęcherzyka żółciowego wychodzi przewód pęcherzykowy.

Drogi żółciowe

Dzielimy je na wewnątrzwątrobowe i zewnątrzwątrobowe.

Drogi wewnątrzwątrobowe rozpoczynają się kanalikami żółciowymi włosowatymi, z których powstają przewody żółciowe międzyzrazikowe. Łączą się one w przewody przebiegające w płatach (prawy, lewy, prawy i lewy płata ogoniastego), z których tworzy się przewód wątrobowy wspólny.

Drogi żółciowe zewnątrzwątrobowe utworzone są przez przewód wątrobowy wspólny oraz przewód pęcherzykowy, które tworzą przewód żółciowy wspólny przebiegający w więzadle

wątrobowo – dwunastniczym do części zstępującej dwunastnicy. Uchodzi on na brodawce większej dwunastnicy, często wspólnie z przewodem trzustkowym. Długość przewodu żółciowego wspólnego wynosi od 4 do 8 cm (8, 19).

4.1.2.3 Trzustka

Jest wydłużonym narządem jamy brzusznej, leżący poprzecznie na ścianie tylnej w przestrzeni poza otrzewnowej o długości 18 cm. Położna jest na wysokości L1 i L2.

W trzustce wyróżniamy głowę, szyjkę, trzon, oraz ogon.

Posiada ona 3 powierzchnie oraz 3 brzegi:

- Powierzchnie: przednio – górną, przednio – dolną oraz tylną.
- Brzegi: górny, przedni i dolny.

Głowa trzustki – stanowi najszerszą część narządu, objęta jest przez dwunastnicę. Głowa trzustki przylega ku tyłowi do żyły głównej dolnej, prawej nerki i naczyń nerkowych prawych.

Szyja trzustki – znajduje się powyżej i ku przodowi od naczyń kręzkowych górnych, a jej przednia powierzchnia sąsiaduje z odźwiernikiem.

Trzon trzustki – przebiega ku przodowi od kręgu L2, krzyżując aortę, t. kręzkową górną, lewe nadnercze i lewą nerkę. Przednie powierzchnie trzonu pokryte są otrzewną.

Ogon trzustki – leży ku przodowi od lewej nerki i biegnąc między blaszkami więzadła śledzionowo – nerkowego dochodzi do wnęki śledziony.

Trzustka jest narządem zewnątrz - i wewnątrzwydzielniczym.

Cześć wewnątrzwydzielnicza stanowią wyspy trzustkowe Langerhansa, znajdując się w trzonie i ogonie trzustki (wytwarzają hormony głównie insulinę i glukagon) regulując gospodarkę węglowodanową.

Cześć zewnątrzwydzielnicza trzustki wydziela sok trzustkowy w ilości 1200 – 1500 ml dziennie odpływający przewodami trzustkowymi do części zstępującej dwunastnicy.

Przewód trzustkowy jest głównym przewodem drenującym gruczoł. Rozpoczyna się on w ogonie trzustki, przebiega przez całą długość narządu. W pobliżu ujścia dwunastnicy łączy się on zwykle z przewodem żółciowym wspólnym, tworząc poszerzoną część tzw. bańkę wątrobowo – dwunastniczą, która otwiera się do brodawki większej dwunastnicy. (8, 11, 15, 19)

4.2. Urazy jamy brzusznej

Uraz – dotyczy rodzaju energii działającej na organizm, w wyniku, której powstają obrażenia (uszkodzenia) ciała. (2, 13)

4.2.1 Rodzaje urazu

Wyróżniamy urazy tj.:

- Mechaniczny – powodujący obrażenia
- Termiczny – powodujący oparzenia i odmrożenia
- Tępy (zamknięty)
- Drażący
- Postrzałowa
- Kłute

Obrażenia ciała w zależności od swojej rozległości i zakresu uszkodzeń poszczególnych narządów lub anatomicznych okolic ciała określane są różnymi terminami (14):

- Obrażenia izolowane lub pojedyncze – dotyczą jednej okolicy lub pojedynczego narządu
- Wielomiejscowe obrażenia ciała (WOC) – występują jednocześnie w kilku okolicach ciała
- Obrażenia wielonarządowe (OW) – obejmują, co najmniej dwa narządy w jednej z okolic jam ciała
- Mnogie obrażenia ciała (MOC) – obejmują, co najmniej dwie okolice ciała, a każde z tych obrażeń wymaga leczenia szpitalnego.

5. Rezultat pracy – Zasady postępowania diagnostycznego u chorych z urazami narządów jamy brzusznej.

5.1 Odtworzenie mechanizmu powstawania urazów

Jednym z najistotniejszych elementów leczenia chorego po urazie jest odtworzenie mechanizmu powstania obrażeń. Znajomość patomechanizmu urazu jest w każdym przypadku niezbędna dla uniknięcia błędnego rozpoznania i późniejszych powikłań (m.in. zgonu chorego). Mając na uwadze urazy niektórych narządów brzusznych można łatwo zauważyć, że skutki są takie same niezależnie od mechanizmu obrażeń.

Można wyróżnić wiele mechanizmów, które mogą doprowadzić do urazu np. uraz w następstwie wypadku samochodowego, uraz spowodowany działaniem wybuchu czy uraz w wyniku aktów rozboju.

5.2 Patomechanizm i objawy kliniczne urazu:

5.2.1 Narządów rurowych (zawierających światło)

- Uszkodzenie żołądka – w czasie urazu dochodzi do pęknięcia żołądka, gdy jest wypełniony, gdy powłoki brzuszne są nienapięte. Do pęknięcia dochodzi wówczas najczęściej na przedniej ścianie żołądka, w okolicach krzywizny mniejszej i odźwiernika. Obraz kliniczny całkowitego pęknięcia żołądka przypomina przedziurawienie wrzodu. Chory uskarża się wtedy na bardzo silny ból w nadbrzuszu, promieniujący do kręgosłupa. Pojawia się deskowate napięcie powłok oraz objaw Blumberga. W obrazie radiologicznym pod przeponą stwierdza się obecność wolnego powietrza. Leczenie jest tylko chirurgiczne.
- Uszkodzenie dwunastnicy – ulega ona uszkodzeniu najczęściej w okolicy zgięcia dwunastniczo – czczego, mogą także w miejscu gdzie znajduje się ujście przewodu

żółciowego wspólnego i przewodu trzustkowego. Przebicie wewnątrz otrzewnowe daje podobne objawy jak przedziurawienie wrzodu żołądka. Objawy pęknięcia zaotrzewnowego początkowo są bardzo skryte. Przeważnie po kilkunastu godzinach pojawia się ból w okolicy kręgosłupa. Przy głębokim badaniu palpacyjnym stwierdza się bolesność w prawym nad- i śródbrzuszu. Wskutek wypływania treści żołądkowej, żółci i soku trzustkowego dochodzi do zakażenia tkanek zaotrzewnowych, co może dawać później objawy wstrząsu. Czasami na zdjęciach Rtg stwierdza się obecność pęcherzyków gazu umiejscowionych zaotrzewnowo. Konieczny jest wtedy natychmiastowy zabieg operacyjny.

- Uszkodzenia jelita cienkiego i okrężnicy – dochodzi do nich wskutek urazu bezpośredniego. Może to spowodować stłuczenie jelita z powstaniem krwiaków śródściennych, pęknięciem albo rozerwaniem ściany. Przy tępych urazach zostaje uszkodzona śródotrzewnowa część jelita grubego. Obraz kliniczny uszkodzenia jelit daje objawy otrzewnowe. Dochodzi do porażenia perystaltyki, wzdęcia i bolesności brzucha, występuje dodatni objaw Blumberga oraz wymioty. W badaniu przeglądowym jamy brzusznej widoczne jest powietrze pod kopułami przepony. Leczenie operacyjne sprowadza się do usunięcia lub zeszczenia uszkodzonego odcinka jelita.

5.2.2 Narządów mięsnych

- Uszkodzenia wątroby – do urazu dochodzi albo przy upadku z dużej wysokości albo w następstwie urazu bezpośredniego. Do uszkodzenia wątroby dochodzi pod postacią:
 - pęknięcia całkowitego z rozerwaniem torebki;
 - pęknięcia podtorebkowego;
 - pęknięcia centralnego.Następstwem są objawy wstrząsu i krwotoku wewnętrznego zaraz po urazie. W obrazie klinicznym występuje ból o różnorodnym nasileniu, który umiejscowiony jest w okolicy prawego podżebrza lub w dolnej części prawej strony klatki piersiowej, promieniuje do prawej łopatki. W diagnostyce bardzo pomocne jest badanie USG, TK, a także diagnostyczne płukanie otrzewnej (DPL). Leczenie operacyjne, polega na zeszczeniu rany, resekcji uszkodzonego fragmentu wątroby i drenażu.
- Uszkodzenie śledziony – do uszkodzeń może dojść przy bezpośrednim urazie w okolicy lewego podżebrza wskutek upadku z wysokości, przy złamaniach IX – XI

lewego żebra po stronie grzbietowej. Śledziona pęka pod wpływem ściśnięcia lub przecięcia jej między dwoma punktami zaczepienia tj. więzadłem przeponowo – śledzionowym i śledzionowo – okrężniczym. Pęknięcie śledziony może przebiegać w postaci:

- rozerwania mięszu z obfitym krwawieniem do wolnej jamy otrzewnej;
- rozerwania mięszu z powstaniem krwiaka podtorebkowego lub zaotrzewnowego, który dopiero później pęka do jamy otrzewnej. W przypadku pęknięcia śledziony z obfitym krwawieniem do jamy otrzewnej dominują objawy wstrząsu, niedokrwistości i podrażnienia otrzewnej. Objawem jest silny ból w lewym podżebrzu, który promieniuje do lewego barku – objaw Kehra.

Leczenie sprowadza się do usunięcia śledziony.

- Uszkodzenie trzustki – dzięki swojemu położeniu rzadko ulega uszkodzeniom. Krwiaki i uszkodzenia powierzchniowe mięszu, bez uszkodzenia przewodu trzustkowego przebiegają bezobjawowo i goją się samoistnie. Gdy dochodzi do uszkodzenia przewodu trzustkowego może dojść do zakażenia tkanek pozaotrzewnowych poprzez wypływanie soku trzustkowego. Wówczas występują objawy wstrząsu. Występuje konieczność wykonania zabiegu, który sprowadza się do drenażu przestrzeni zaotrzewnowej, gdyż stan chorego jest wtedy ciężki. Gdy stan chorego ulga poprawie wykonuje się częściowe wycięcie trzustki. (2, 5, 6, 7, 9, 14)

5.3 Wstępna ocena chorego na miejscu wypadku.

Skuteczność pierwszej pomocy u chorych poszkodowanych uzależniona jest od czasu udzielenia pomocy (przybycia zespołu ratunkowego lub udział świadków na miejscu zdarzenia). Pomoc ta składa się na zapewnienie i zabezpieczenie podstawowych funkcji życiowych. Po przybyciu na miejsce wypadku następuje ocena pacjenta. Ocena ofiary wypadku sprowadza się do skontrolowania czy u pacjenta występują funkcje tj.:

- Obecny oddech (na podstawie odruchów klatki piersiowej)
- Drożne drogi oddechowe (oddech nieregularny, charczący – drogi niedrożne)
- Wydolny oddech (niewydolny oddech – sinica)
- Obecność akcji serca (badanie tętna na tętnicy szyjnej)
- Wydolne krążenie
- Sprawdzenie stanu przytomności poszkodowanego (według skali GLASGOW).

Jeśli dochodzi do zaburzenia którejś z funkcji lub podczas oceny potrzeba jest udzielić pomocy, pomoc ta prowadzona jest według systemu „ABC”(5, 12, 15):

- A – airway (drogi oddechowe)
- B – breathing (oddychanie)
- C – circulation (krążenie)
- D – drugs / disability (leki / badanie neurologiczne).
- E – exposure (zaopatrzenie ran i obejrzenie ciała pacjenta)
- F – fractures (zaopatrzenie złamań).

A.

Najważniejszą sprawą jest przywrócenie i zapewnienie drożności dróg oddechowych a także zapewnienie prawidłowej wentylacji. Kolejną ważną rzeczą jest zabezpieczenie kręgosłupa szyjnego przed uszkodzeniem. U każdego pacjenta, który uległ wypadkowi trzeba podejrzewać uszkodzenie kręgosłupa. W celu zabezpieczenia kręgosłupa zakłada się kołnierz.

Do udrożnienia dróg oddechowych wykorzystuje się ssak, aby odessać zawartość z jamy ustnej (np. śliny, krwi). Aby zapewnić odpowiednią wentylację pacjentowi nieprzytomnemu wykonuje się intubację dotchawiczą. Jeśli jama ustna jest uszkodzona lub są trudności w intubacji wykonuje się zabieg w okolicy tchawicy tj. konikotomia czy tracheopunkcja (kaniulacja tchawicy).

U pacjenta przytomnego zakłada się wąsy bądź maskę i podaje się tlen. Pomocna się może okazać także rurka ustno – gardłowa.

B.

W celu skutecznej wentylacji u pacjenta stosujemy tlenoterapię w połączeniu z oddychaniem wspomaganym lub zastępczym. Wentylacja taka konieczna jest u osób nieprzytomnych. Na miejscu wypadku oraz w karetce odbywa się ona za pomocą worka samorozprężalnego (AMBU) w połączeniu z tlenem z butli.

C.

Brak akcji serca oraz brak oddechu jest wskazaniem do natychmiastowej reanimacji w skład, której wchodzi: oddech zastępczy, zewnętrzny masaż serca a także leczenie płynami i podanie leków. W przypadku prowadzenia resuscytacji krążeniowo – oddechowej wykonuje się 30 uciśnień klatki piersiowej i 2 oddechy. Wykonujemy także defibrylacje i podanie leków (np. atropina, adrenalina, amiodaron).

Przy braku krążenia i oddechu u pacjenta prowadzimy resuscytację bez przerwy aż stan pacjenta będzie stabilny, wtedy transportujemy go do szpitala w celu dalszego leczenia.

D.

Do oceny stanu przytomności pacjenta stosowana jest skala GLASGOW. Skala ma na celu ocenę głębokości stanu nieprzytomności pacjenta także orientację, co do miejsc, czasu, zdarzenia i osób.

Skala ta składa się z trzech kategorii:

- 1) Otwieranie oczu
- 2) Odpowiedź słowna
- 3) Reakcja ruchowa

Z każdej kategorii przypisuje się odpowiednią ilość punktów, którą następnie się sumuje. Otrzymana wartość odzwierciedla stan świadomości pacjenta.

Kategoria	Odpowiedź	Punkty
Otwieranie oczu	Samoistne, spontaniczne	4
	Na polecenie słowne	3
	Na bodźce bólowe	2
	Brak	1
Odpowiedź słowna	Pacjent zorientowany, rozmawia, spełnia polecenie	5
	Pacjent zdezorientowany i rozmawia	4
	Nieodpowiednie, niewłaściwe słowa	3
	Niezrozumiałe dźwięki	2
	Brak reakcji	1
Reakcja ruchowa	Spełnia polecenia i je wykonuje	6
	Lokalizuje ból, umiejscawia bodziec bólowy	5
	Wycofuje, odsuwa w odpowiedzi na bodziec bólowy	4
	Szttywność z odkorowania, zgięcie nieprawidłowe	3
	Wyprost, sztywność odmóżdzeniowa	2
	Brak reakcji ruchowej	1
Razem		3 - 15

Tab. 1. Skala świadomości wg GLASGOW. (2, 4, 15)

Punkty	Interpretacja
15 - 12 p	Przytomność
11 - 9 p	Uraz o małym lub średnim nasileniu
8 - 5 p	Nieprzytomność
4 p	Zespół odmóżdzeniowy lub stan wegetatywny
3 p	Śpiączka

Tab. 2. Interpretacja wyników skali GLASGOW. (4)

Aby badanie w skali świadomości było obiektywne, badanie trzeba wykonać kilka razy. Przy ocenie stanu neurologicznego pacjenta uwagę zwracamy także na reakcje źrenic czy są poszerzone czy szpilkowe bądź reagują na światło.

W chwili badania pacjenta na miejscu wypadku podaje się także leki. W większości przypadków podaje się leki przeciwbólowe, przeważnie są to leki z grupy leków narkotycznych, które podaje się dożylnie bądź domięśniowo. Inny rodzaj leków, które podaje się na miejscu wypadku to leki przeciwobrzękowe.

E.

W celu obejrzenia ciała pacjenta należy go całkowicie rozebrać i zbadać. Podczas badania sprawdza się czy nie ma obrażeń zewnętrznych i wewnętrznych. Wykonuje się także zaopatrzenie ran jałowymi opatrunkami. Gdy występuje masywne krwawienie należy założyć opatrunek uciskowy. W przypadku obrażenia brzucha poszkodowany powinien leżeć na plecach bądź na boku z kończynami zgiętymi w stawach kolanowych i biodrach w celu zmniejszenia napięcia powłok brzucha. Jeśli nastąpiło przerwanie powłok brzucha w skutek urazu np. wbicie pręta, noża nie usuwamy go z ciała, lecz okładamy go gazami by nie doszło do przemieszczenia i dalszego uszkodzenia wewnętrznego tkanek.

F.

Unieruchomienie złamań i zwichnięć. Zapobiega to dalszemu uszkodzeniu tkanek miękkich. Wykonuje się je za pomocą szyn Kramera, szyn pneumatycznych bądź chust trójkątnych. Przed założeniem opatrunków trzeba jest ocenić stan ukrwienia i unerwienia kończyn w każdym przypadku podejrzenia złamania bądź zwichnięcia.

W trakcie transportu chorego do szpitala należy sprawdzać parametry życiowe tj. tętno, ciśnienie tętnicze, saturację, oddechy, EKG i stan świadomości. Kontynuować należy także płynoterapię, tlenoterapię.

5.4 Badania diagnostyczne [w izbie przyjęć]

Z chwilą trafienia pacjenta na izbę przyjęć bądź oddział ratunkowy podejmuje się u niego badania diagnostyczne i leczenie.

Poprzez leczenie rozumie się prowadzenie dalszej resuscytacji, powtórna ocenę stanu pacjenta i zastosowanie zabiegu operacyjnego bądź dalsze leczenie w oddziale chirurgii lub intensywnej terapii(2, 4).

Do badań diagnostycznych zaliczamy tu (7, 17):

- Badanie fizykalne
- Badanie obrazowe
- Badania laboratoryjne
- Oraz konsultacje specjalistyczne.

W badaniu fizykalnym zostaje poddana ocenie jama brzuszna i okolice ciała, które zostały uszkodzone bądź występuje podejrzenie uszkodzenia wskutek urazu.

Badanie wykonujemy poprzez: oglądanie, badanie palpacyjne, osłuchiwanie.

Oglądaniem oceniamy stan skóry poszkodowanego (np. zasinienia, ślady po pasach bezpieczeństwa, rany).

W badaniu palpacyjnym ocenia się wszystkie okolice brzucha czy występuje bolesność, obrzęki, czy występuje obrona mięśniowa. W celu wykrycia objawów otrzewnowych można zastosować opukiwanie brzucha.

Osluchuje się brzuch w celu sprawdzenia czy występują szmery perystaltyczne w jelitach. Podczas badania palpacyjnego wykonać można badania per rectum, które może wykazać uszkodzenie końcowego odcinka jelita i odbytnicy.

W badaniu fizykalnym oceniamy także wydolność układów:

- Krążenia - sprawdzamy tętno, ciśnienie tętnicze. Prowadzone jest także ciągłe monitorowanie stanu hemodynamicznego w celu wykluczenia objawów wstrząsu.
- Oddechowego – oceniamy oddech (wydolność, szybkość), a także drożność dróg oddechowych.

Ponadto u pacjenta obserwujemy i oceniamy wygląd i stan skóry, ciepłotę ciała, wypełnienie żylnie.

Oceniamy również stan świadomości pacjenta w skali GLASGOW.

Badania obrazowe służą do dokładnej oceny klinicznej, lepszego rozpoznania urazu i do zastosowania skutecznego leczenia. Przy wykonywaniu badań należy się skupić na okolicy, która została uszkodzona wskutek urazu.

U pacjenta po urazie wykonuje się badania obrazowe (17):

- USG jamy brzusznej
- RTG (kręgosłupa szyjnego, klatki piersiowej, brzucha)
- TK jamy brzusznej i miednicy (badanie może wykazać uszkodzenie narządu, krwawienie, obecność płynu w otrzewnej)
- Diagnostyczne płukanie otrzewnej.

Diagnostyczne płukanie otrzewnej (DPL/DPO) – jest to najbardziej czuła metoda rozpoznawania krwawienia dootrzewnowego z uszkodzonych narządów brzucha. Gdy występują oczywiste objawy zapalenia otrzewnej lub krwawienia to nie ma konieczności wykonywania płukania otrzewnej tylko

wykonać należy natychmiast zabieg operacyjny. Zabieg ten wykonywany jest wówczas, gdy wynik badania podmiotowego nie jest równoznaczny, gdy chory ma zaburzenia przytomności lub w czasie urazu brzucha współistnieją inne urazy.

Do wykonania zabiegu potrzebny jest odpowiedni sprzęt tj.: zgłębnik nosowo-ustno-żołądkowy, cewnik moczowy, płyn do odkażania skóry, środek znieczulający, skalpel, jałowy materiał opatrunkowy (gaziki), strzykawka 10 ml, jałowe naczynie, jałowe kleszczyki, cewnik do dializy otrzewnej, 1000 ml ogrzanego płynu do temp. 37 st. C (np. 0,9% soli fizjologicznej, płyn Ringera, płyn Hartmanna). Przed rozpoczęciem zabiegu wprowadzamy cewnik do pęcherza moczowego a także zgłębnik do żołądka w celu odbarczenia. Wyznacza się punkt do wprowadzenia cewnika jest to najczęściej punkt w 1/3 odległości między pępkiem a spojeniem łonowym. Dostęp nadpępkowy stosowany jest w przypadku kobiet w ciąży. Po znieczuleniu środkiem (Lignokaina, Xylokaina) nacina się skórę na dł. 2 - 5 cm i odsłania się błonę otrzewną, którą przekuwa się cienkim cewnikiem na przewodnicy. Po założeniu cewnika wykonuje się próbną aspirację płynu. Gdy w strzykawce pojawi się krew świadczy to o dodatnim wyniku próby i wskazana jest laparotomia. Jeśli nie została zaaspirowana krew wówczas należy przystąpić do płukania otrzewnej. Przez cewnik podaje się 1000 ml ogrzanego płynu (np. 0,9% NaCl) by wypełnił on całą jamę otrzewną. Następnie pustą butelkę ustawiamy poniżej poziomu jamy brzusznej, co powoduje wsteczny swobodny odpływ płynu z jamy brzusznej pod wpływem siły ciężkości. Gdy płyn spłynie powrotem do butelki odciąga się i próbkę przekazuje się do laboratorium celem badania.

Wynik płukania otrzewnej jest wskazaniem do laparotomii, gdy wystąpił jeden z następujących objawów:

- ✓ Uzyskanie krwistego płynu z płukania
- ✓ Liczba erytrocytów powyżej 100000/mm³ w odzyskanym płynie
- ✓ Liczba leukocytów przekroczyła 300/mm³ w odzyskanym płynie
- ✓ Zwiększone dwukrotnie stężenie amylazy i bilirubiny w odzyskanym płynie
- ✓ Stwierdzenie bakterii w płynie

Objawy mogą świadczyć o krwawieniu do jamy otrzewnej bądź o obrażeniach ścian przewodu pokarmowego, trzustki, wątroby lub dróg żółciowych. Badanie to jest bezpieczne, łatwe w wykonaniu, krótki czas do otrzymania wyniku, z dokładnością do 98% (2, 7).

Po przybyciu pacjenta do izby przyjęć:

A) zakłada się u niego wkłucie do żył obwodowych, bądź w miarę wystarczającego czasu zakłada się wkłucie centralne do żyły podobojczykowej lub wkłucie do żył szyjnych. Po założeniu wkłucia pacjentowi pobiera się krew na badania tj.:

- Grupa krwi i Rh
- Morfologia
- Elektrolity (sód, potas)
- Jonogram
- Mocznik i kreatynina
- Próby wątrobowe (AspAT, AlAT)
- Diastazy
- Gazometria
- Krew na badanie krzyżowe
- Układ krzepnięcia
- Poziom glukozy we krwi

B) Kontroli wymaga również układ moczowo - płciowy poprzez założenie cewnika do pęcherza moczowego i pobranie próbki moczu. Gdy występują trudności z założeniem cewnika do pęcherza wtedy nie wykonuje się ponownej próby gdyż mogła zostać uszkodzona cewka moczowa. Wskazane jest wtedy wykonanie nakłucia nadłonowego.

C) Ponadto należy także założyć u pacjenta sondę nosowo – żołądkową w celu odbarczenia żołądka a także stwierdzenia czy w przewodzie pokarmowym nie ma krwi, co może być przyczyną jego uszkodzenia.

D) Konsultacje u pacjentów urazowych można przeprowadzić w czasie pobytu pacjenta na izbie przyjęć bądź można je wykonać po zabiegu operacyjnym, jeśli występuje taka konieczność. (1, 2, 4, 13, 14, 16, 18)

6. Opieka pielęgniarska przedoperacyjna u chorych z urazem narządu jamy brzusznej.

Opieka pielęgniarska polega na przygotowaniu chorego do zabiegu operacyjnego w trybie nagłym. Przy takim przygotowaniu wymagany jest pośpiech gdyż stan pacjenta tego wymaga i występuje zagrożenie życia. Role przy chorym sprawuje pielęgniarka, która pracuje w izbie przyjęć (szpitalnym oddziale ratunkowym) bądź na oddziale lub bloku operacyjnym.

Najistotniejszy jest czas, w jakim pacjent powinien trafić na sale operacyjną, jak i dobro pacjenta, stąd podejmuje się działania najistotniejsze dla chorego.

Przygotowanie pola operacyjnego czasami ma miejsce w sali przygotowań bądź już w sali operacyjnej przy użyciu specjalnych przyłepców. Czasami rezygnuje się z golenia pola operacyjnego.

U kobiet pole operacyjne goli się poniżej sutków do wzgórka łonowego. U mężczyzn podobnie począwszy od sutków, brzuch łącznie ze wzgórkiem łonowym. Pole operacyjne lepiej jest przygotować wcześniej gdyż nie wiadomo, jakie mogą być obrażenia wewnętrzne i rozmiar zabiegu.

Po ogoleniu następuje dokładne oczyszczenie pępka i pola operacyjnego.

Przy dalszym przygotowaniu pacjenta zakłada mu się cewnik do pęcherza moczowego, usuwa się wszelką biżuterię, części ruchome np. protezy zębowe, zakłada się sondę do żołądkową w celu odbarczenia żołądka, zakłada się wkłucie do żył obwodowych i podaje się płyny, a gdy zachodzi konieczność przetacza się także krew.

Ostatnim etapem przygotowania do zabiegu jest podanie leków uspokajających, nasennych i zwiotczających. Wtedy pacjent jest już poddany premedykacji i gotowy do wykonania zabiegu operacyjnego (3, 10, 12, 17).

7. Opieka pielęgniarska pooperacyjna u chorych z urazem j. brzusznej

Pacjent po zabiegu operacyjnym jamy brzusznej trafia najczęściej na oddział chirurgii ogólnej. Jednak, gdy u pacjenta po zabiegu może wystąpić powikłanie, które zagraża życiu chorego wtedy trafia on na oddział intensywnej terapii. Leczenie ma na celu jak najszybsze ustabilizowanie stanu pacjenta i skrócenie czasu rekonwalescencji, po czym pacjent resztę czasu pobytu w szpitalu mógłby spędzić na oddziale chirurgii ogólnej. Na oddziałach dobierane jest leczenie indywidualne poprzez wdrożenie wielokierunkowego działania, które poprawia funkcjonowanie układu oddechowego i sercowo - naczyniowego przy udziale zespołu terapeutycznego. W skład zespołu terapeutycznego wchodzi lekarz chirurg, anestezjolog i pielęgniarka oraz rehabilitant. Stosowane jest profilaktyka: przeciwzakrzepowa oraz przeciwodleżynowa, zapobieganiu przykurczom mięśni oraz ograniczeniu ruchomości w obrębie stawów.

Leczenie w oddziale intensywnej terapii.

Po przyjęciu pacjenta z bloku operacyjnego uzyskuje się informacje na temat zastosowanego leczenia (podanych leków, płynów, rodzaju znieczulenia), założenia drenów oraz stanu ogólnego i świadomości pacjenta.

Na oddziale pacjent ma zakładana kartę obserwacji, w której notowane są parametry życiowe: rytm serca, ciśnienie tętnicze, tętno, ośrodkowe ciśnienie żyłne, oddech, saturację, kontroluje się i notuje stan świadomości pacjenta w skali Glasgow, wykonuje się pomiar temperatury ciała, kontroluje się stan skóry, nawodnienie, zakłada się i kontroluje się cewnik, rurkę intubacyjną, kontroluje się także ilość i rodzaj wydzieliny z rany oraz dreny oraz czynności wykonane u pacjenta.

Opieka w zaburzeniach układu sercowo – naczyniowego.

Opieka ma na celu kontrole czy po zabiegu praca serca jest właściwa. Pacjent na oddziale intensywnej terapii podłączony jest pod kardiomonitor. Pielęgniarka monitoruje, analizuje oraz dokumentuje wartości, co godzinę. Pielęgniarka monitoruje takie parametry jak:

- RR
- Tętno (rytm, napięcie)
- Kontrola w kierunku obecności obrzęków
- Skórę i błony śluzowe (zabarwienie, wilgotność skóry)
- OCŻ

Pielęgniarka podaje leki zlecone przez lekarza, podaje płyny nawadniające, kontroluje ilość przyjmowanych i wydalanych płynów.

Opieka w zaburzeniach układu oddechowego.

U pacjenta w trakcie zabiegu zostały zastosowane środki anestetyczne, podczas zabiegu prowadzona była wentylacja zastępcza poprzez założoną rurkę intubacyjną.

Pielęgnowanie układu oddechowego ma na celu utrzymanie drożności dróg oddechowych, rozszerzenie oskrzelików i wydolności płuc.

Pielęgniarka u chorego wykonuje następujące czynności:

- Ocenia położenie rurki intubacyjnej
- Reguluje ustawienie respiratora
- Kontroluje ciśnienie w balonie rurki intubacyjnej
- Kontroluje za pomocą pulsoksymetru saturację, pobiera krew tętniczną lub włośniczkową na badanie gazometryczne
- Kontroluje kapnografię
- Zmienia ułożenie pacjenta, co 2 – 3 godziny w zależności od doby po zabiegu
- Przy zmianie pozycji wykonuje oklepywanie klatki piersiowej oraz masaż wibracyjny
- Przy użyciu środków nebulizacyjnych rozrzedza wydzielinę
- Za pomocą cewnika odsysa wydzielinę z drzewa oskrzelowego
- Przy pomocy worka AMBU rozpręża oskrzela i płuca
- Kontroluje skórę

Opieka w zaburzeniach innych układów

Zaburzenia mogą wystąpić ze strony układu moczowo – płciowego. Pielęgniarka kontroluje jakość i ilość wydalanego moczu, sprawdza czy cewnik w pęcherzu jest drożny sprawdza czy skóra wokół cewnika nie jest zmieniona.

Kolejne zaburzenia mogą wystąpić ze strony układu krwiotwórczego. Pielęgniarka sprawdza skórę pod kątem zmian skórnych, krwawień, siniaków. Aby zapobiegać zaburzeniom układu u pacjenta stosowane jest leczenie przeciwzakrzepowe, na które składają się czynniki takie jak wczesne uruchomienie, zastosowanie środków fizykalnych i leczenie farmakologiczne.

U pacjenta w ciężkim stanie i po zabiegu wczesne uruchamianie nie jest możliwe, można zastosować zabiegi fizykalne – założenie pończoch elastycznych, bądź bandaży lub opaskę elastyczną. Leczenie farmakologiczne polega na podawaniu preparatów heparyny podskórnie.

Pielęgniarka na zlecenie lekarza pobiera krew na badanie (hemoglobina, hematokryt, czasy krwawienia i krzepnięcia, czas kefalinowo – kaolinowy i wskaźnik protrombinowy).

Kontroluje także dreny z rany pooperacyjnej jak i samą ranę.

Pacjent po zabiegu na jamie brzusznej nie spożywa żadnych posiłków, jedynym sposobem dostarczenia składników odżywczych są kroplówki nawadniające, bądź specjalne preparaty do żywienia poza jelitowego.

Gdy pacjent w kolejnych dobach po zabiegu jest karmiony do jelitowo pokarm podaje mu się przez sondę żołądkową. Sonda w żołądku znajduje się przez 6 – 8 dni, potem wymienia się ją na nową. Po założeniu sondy przez pielęgniarkę sprawdza jej położenie, sprawdza czy nie występują zalegania. Przed każdym podaniem posiłku sprawdza jego temperaturę. Posiłek podaje się za pomocą strzykawki o pojemności 50 ml lub większej.

Kontroluje drożność sondy, po podaniu posiłku przepłukuje ją, obserwuje czy nie występują biegunki, krwawienia, kontroluje stan śluzówek, czy nie ma nalotów lub zmian zapalnych.

Podczas pobytu pacjenta na oddziale mogą wystąpić zaburzenia ze strony układu nerwowego.

Objawiać się może podwyższoną temperaturą, gdy pacjent jest przytomny może odczuwać ból.

Pielęgniarka podaje pacjentowi środki przeciwbólowe, gdy pacjent ma podwyższoną temperaturę okłada go workami z lodem.

U pacjenta może dojść podczas pobytu także do zaburzeń układu kostno – stawowego.

Pielęgnacja polega na zlikwidowaniu zaburzenia oraz usprawnienia układu. Długotrwałe unieruchomienie może powodować powstanie przykurczy, zniekształceń stawów.

Aby zapobiec zaburzeniom pielęgniarka układu chorego w pozycji fizjologicznej, zmienia pozycje, co 2 – 3 godziny, z innym ułożeniem kończyn przy użyciu różnych wałków, udogodnień.

Najważniejsze przy pielęgnacji chorego jest także utrzymanie czystości wokół niego, zachowanie higieny całego ciała, oraz częsta zmiana bielizny osobistej i pościelowej.

Pacjent potrzebuje także opieki psychologicznej. Sprawuje ją pielęgniarka, która ma największy kontakt z pacjentem a także reszta zespołu terapeutycznego. Często pomocy i wsparcia potrzebuje także rodzina chorego (10, 12, 17).

8. Wnioski

- W patomechanizmie urazu najważniejsze znaczenie ma zadziałanie siły mechanicznej powodującej uraz, by móc lepiej ocenić rozległość uszkodzenia narządów jamy brzusznej, znaczenie ma także czas, w jakim zostanie udzielona pomoc i zastosowane skuteczne leczenie.
- Rola pielęgniarki w diagnostyce polega na szybkiej ocenie stanu pacjenta na miejscu wypadku a następnie po przybyciu pacjenta do szpitala, wdrożenie postępowania diagnostycznego, aby móc zastosować odpowiednie leczenie i opiekę
- Rola pielęgniarki w leczeniu chorego po urazie polega na założeniu optymalnego celu oraz zapewnieniu indywidualnej opieki pielęgniarskiej, wdrożeniu leczenia wielokierunkowego według standardów przyjętych w oddziale.
Pielęgniarka, która sprawuje opiekę nad chorym podejmuje decyzje samodzielne, bądź wykonuje je zgodnie z zaleceniami lekarza.

9. Piśmiennictwo

1. Blak – Kaleta A. (red.): „Praktyczny poradnik dla pielęgniarek. T. 2”, Wyd. Wydawnictwo Verlag Dashöfer, Warszawa, 2005
2. Brongel L., Duda K. (red.): „Mnogie i wielonarządowe obrażenia ciała”, Wyd. PZWL, Warszawa, 2001
3. Ciuruś M. J. (red.): „Pielęgniarstwo operacyjne”, Wyd. Wydawnictwo Adi, Łódź, 1998
4. Driscoll P., Skinder D., (Pol. red. J. Jakubaszko): „ABC postępowania w urazach”, Wyd. Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław, 2003
5. Driscoll P.A. (Pol. red. M. Zieliński): „Doraźne leczenie urazów: intensywne postępowanie zespołowe”, Wyd. PZWL, Warszawa, 1997
6. Fibak J. (red.) „Chirurgia. Podręcznik dla studentów”, Wyd. PZWL, Warszawa, 2002
7. Gedliczka O. (red.) „Zasady postępowania w obrażeniach ciała”, Wyd. Uniwersytet Jagielloński, Kraków, 1993
8. Gołąb B., Traczyk W. „Anatomia i fizjologia człowieka”, Wyd. PZWL, Warszawa, 1981
9. Grzebieniak Z. (red.): „Zarys chirurgii”, Wyd. Wrocławska Akademia Medyczna, Wrocław, 2004
10. Kózka M. (red.): „Stany zagrożenia życia. Wybrane standardy opieki i procedury postępowania pielęgniarskiego”, Wyd. Uniwersytet Jagielloński, Kraków, 2001
11. Krechowiecki A. „Zarys anatomii człowieka”, Wyd. PZWL, Warszawa, 1958

12. Kirschnick O. (Pol. red. J. Jakubaszko): „Pielęgniarstwo”, Wyd. Urban & Partner, Wrocław, 2001
13. Misiołek H., Knapik P. (red.): „Pierwsza pomoc medyczna z elementami postępowania specjalistycznego. Dla studentów akademii medycznych”, Wyd. Śląska Akademia Medyczna, Katowice, 2005
14. Noszczyk W. (red.): „Chirurgia”, Wyd. PZWL, Warszawa, 2005
15. Pituchowa J. (red.): „Anatomia człowieka; podręcznik dla studentów medycyny”, Wyd. PZWL, Warszawa, 2005
16. Pousada L., Osborn H., (Pol. red. J. Jakubaszko): „Medycyna ratunkowa”, Wyd. Urban & Partner, Wrocław, 2004
17. Rowiński W., Dziak A.: „Chirurgia dla pielęgniarek”, Wyd. PZWL, Warszawa, 1994
18. Schwartz D. Rejsdorff E.: „Radiologia wypadkowa”, Wyd. Czelej, Lublin, 2002
19. Woźniak W. (red.): „Anatomia człowieka - podręcznik dla studentów i lekarzy”, Wyd. Urban & Partner, Wrocław, 2003

10. Streszczenie w języku polskim

UDZIAŁ PIELEŃNIARKI W POSTĘPOWANIU DIAGNOSTYCZNYM I OPIECE NAD CHORYMI URAZAMI NARZĄDÓW JAMY BRZUSZNEJ

Łukasz Staromłyński

Uraz narządów jamy brzusznej jest urazem często spotykanym i śmiertelnym w skutkach. Jest wiele rodzajów urazów (tępy, drażący, kłuty). W czasie urazu dochodzi do uszkodzenia narządów brzucha: rurowych (żołądek, jelita) bądź mięsistych (wątroba, śledziona).

W opiece najważniejsza jest szybka diagnostyka chorego na miejscu wypadku, w szpitalu przy użyciu specjalistycznego sprzętu, a następnie umieszczenie pacjenta na odpowiednim oddziale, wdrożeniu szybkiego i skutecznego leczenia.

Pielęgniarka pełni bardzo ważną rolę jest odpowiedzialna za pacjenta, pielęgnuje go, współpracuje z zespołem terapeutycznym oraz ma kontakt z pacjentem i jego rodziną.

Celem pracy było opisanie, czym spowodowane są urazy jamy brzusznej i jakie znaczenie ma pielęgniarka, która sprawuje opiekę nad pacjentem.

Słowa kluczowe: uraz, jama brzuszna, diagnostyka, opieka pielęgnarska nad chorym.

11. Summary

PARTICIPATION OF THE NURSE IN THE DIAGNOSTIC CONDUCT AND CARE OVER THE INJURED PERSONS WITH THE INJURIES ABDOMINAL CAVITY ORGANS

Łukasz Staromłyński

The injury of the abdominal cavity organs is a very frequent and lethal injury. There are many types of the injuries (blunt, penetrating, stab). During the injury, damages of the abdomen's organs occur: tubular (stomach, intestines) or parenchymatous (liver, spleen). A quick diagnostics is the most important in care of the injured person at the place of an accident, in the hospital with the use of specialistic equipment and then placing the patient in a proper hospital department, applying fast and efficient medical treatment.

A nurse plays very important role, is responsible for the patient, takes care of him, cooperates with a therapeutic team and has a contact with the patient and his family.

The purpose of the work has to describe the causes of injuries of the abdominal cavity and what meaning a nurse has who takes care of patient.

Key words: injury, abdominal cavity, diagnostic, care of the nurse of the patient

Nysa, dnia r.

.....
imię i nazwisko

.....
kierunek studiów

.....
numer albumu

OŚWIADCZENIE

Stwierdzam, że przedłożoną w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Nysie pracę inżynierską/licencjacką*, na kierunku: **Pielęgniarstwo**
pt.: **Udział pielęgniarki w postępowaniu diagnostycznym i opiece nad chorym z urazami narządów jamy brzusznej**

opracowała(e)m samodzielnie i nie naruszyła(e)m osobistych i majątkowych praw autorskich osób trzecich, które chronione są przepisami ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2000 r., Nr 80, poz. 904 z późn. zm.).

Wszystkie przytoczone w pracy teksty dosłowne innych Autorów udokumentowane zostały w formie dopuszczalnych cytatów. Dane, stwierdzenia i poglądy Autorów przytoczone w pracy niedosłownie, opatrzone zostały odpowiednimi odsyłaczami.

Jednocześnie oświadczam, iż na podstawie obowiązujących przepisów prawnych w zakresie odpowiedzialności cywilnej i karnej za naruszenie praw autorskich, przedłożona praca nie była wcześniej publikowana i oceniana oraz że treść pracy, zapisanej na przekazanym przeze mnie nośniku elektronicznym, jest zgodna z treścią zawartą w wydrukowanej wersji pracy, przedstawionej do obrony.

Staromłyński Łukasz

podpis studenta

^{*)} niepotrzebne skreślić