

تقسیم بندی مراحل مراقبتهای پرستاری

- ۱- مرحله قبل از عمل جراحی: از هنگام تصمیم گیری برای انجام عمل جراحی شروع می شود و با انتقال بیمار به تخت عمل پایان می پذیرد.
- ۲- مرحله حین عمل: از زمان انتقال بیمار به تخت عمل شروع و با انتقال وی به بخش مراقبتهای بعد از هوشبری خاتمه می یابد.
- ۳- مرحله بعد از عمل جراحی: از زمان پذیرش بیمار در بخش مراقبتهای بعد از هوشبری شروع می شود و با ارزیابی پیگیری در بیمارستان یا منزل خاتمه می یابد.

طبقه بندی های انواع جراحی براساس هدف

- ۱- هدف تشخیصی: انجام نمونه برداری، بیوپسی بافتی و لاپاراتومی تجسسی (EXPLORATORY LAPARATOMY)
- ۲- اهداف درمانی: اکسیزیون توده تومور یا برداشتن آپاندیس ملتهب (CURATIVE)
- ۳- اهداف ترمیمی: نظیر اصلاح زخمهای متعدد، مامو پلاستی یا جراحی دوباره سازی یا زیبایی مثل ترمیم لب شکری (REPARATIVE)
- ۴- اهداف تسکینی: مانند کاهش درد و یا اصلاح مشکلی همانند گذاشتن لوله گاستروستومی به منظور بر طرف کردن مشکل بلع غذا (PALLIATIVE)

طبقه بندی جراحی بر اساس فوریت انجام آنها

مثالها	موارد انجام جراحی	طبقه بندی
خونریزیهای شدید، انسداد مثانه و یا روده ، شکستگی جمجمه ، زخم گلوله و یا چاقو، سوختگی وسیع	بدون درنگ	جراحی اورژانسی: به توجه فوری نیاز دارد و ممکن است جان بیمار را به خطر بیاندازد. (EMERGENCY)
عفونت حاد کیسه صفرا ، سنگهای کلیه و یا حالب	در عرض ۲۴-۳۰ ساعت	فوری: به توجه سریع نیاز دارد. (URGENT)

ضروری: بیمار به عمل جراحی نیاز دارد. (REQUIR)	در عرض چند هفته تا چند ماه	BPH بدون انسداد مثانه ، بروز اختلالات تیروئید ، کاتاراکت
انتخابی : بیمار در اولین فرصت مناسب تحت عمل جراحی قرار می گیرد. (ELECTIVE)	امتناع از انجام جراحی باعث به مخاطره افتادن زندگی بیمار نمی شود.	ترمیم بافت جوشگاه ، فتق ساده ، ترمیم واژن
اختیاری : تصمیم گیری بر عهده بیمار است. (OPTIONAL)	به تمایل بیمار بستگی دارد.	جراحی زیبایی

دستورالعمل مراقبتهای مدیریت شده (۱)

راهنمای اقدامات لازم جهت ارزیابی بیماران پیش از عمل جراحی:

۱- ثبت پیش بینی میزان خطر پیش از عمل جراحی بر اساس معیارهای (American society of anesthesiology)

۲- ثبت تاریخچه تحمل کوششی بیمار برای کشف بیماریهای زمینه ای قلب وریه

۳- ثبت علائم حیاتی بیماران

۴- گرفتن تاریخچه و معاینه بالینی

۵- آزمایشات و اقداماتی که به صورت معمول یعنی در تمام موارد قبل از عمل جراحی الکتیو بایستی انجام شود به موارد ذیل محدود می گردد:

- CBC در تمام سنین (اعتبار CBC انجام شده تا سه ماه می باشد).
- رادیوگرافی سینه در افراد بالاتر از ۶۰ سال (اعتبار تا ۶ ماه میباشد)
- الکتروکاردیوگرافی در سنین بالاتر از ۴۰ سال هنگام بستری
- در کودکان CBC کفایت می کند.
- برای عمل جراحی بزرگ ، موارد افت فشار خون ، سن بالای ۵۰ سال و احتمال مصرف داروهای نفروتوکسیک
- حین بیهوشی ، کراتینین سرم نیز اندیکاسیون خواهد داشت. هر گونه آزمایش اضافی بر حسب عوامل خطر ساز در هر بیمار با نظر و قضاوت علمی پزشک معالج و ثبت دلیل در پرونده خواهد بود.

در موارد اعمال جراحی الکتیو هیچ یک از مشاوره ها از جمله مشاوره قلب و داخلی به صورت معمول ضروری نیست و توصیه نمی شود مگر:

- مشاوره موردی با قضاوت علمی جراح و متخصص بیهوشی و ثبت دلایل علمی آن در پرونده
- جهت کاهش عوارض عمل در بیمارانی که در کلاس ۳ یا بیشتر معیارهای ASA باشند.

جدول طبقه بندی پیش بینی میزان خطر پیش از اعمال جراحی بر اساس معیارهای ASA

کلاس	معیار	میزان مورتالیتی
کلاس ۱	شخص سالم بدون هیچ گونه بیماری (به جز عمل جراحی پیش آمده)	۰.۰۳٪
کلاس ۲	بیماری خفیف تا متوسط سیستمیک به دلیل مشکل جراحی پیش آمده یا به دلیل پاتولوژی دیگر	۰.۲٪
کلاس ۳	بیماری شدید که باعث محدودیت فعالیت شده، اما ناتوانی ایجاد ننموده است.	۱.۲٪
کلاس ۴	به عنوان تهدید جدی زندگی، بیماری روند شدید و ناتوان کننده دارد.	۸٪
کلاس ۵	بیمار یا بدون عمل جراحی کمتر از ۲۴ ساعت زنده خواهد ماند.	۳۴٪
کلاس E	بیمار در هر کلاسی که باشد اندیکاسیون فوری عمل جراحی دارد.	مورتالیتی افزایش دارد.

دستورالعمل آنتی بیوتیک پروفیلاکسی پیش از اعمال جراحی شماره ۸

اصول مناسب پروفیلاکسی پیش از عمل بر مبنای زیر استوار است :

- ۱- احتمال عفونت در صورت نبودن پروفیلاکسی
- ۲- شناخت فلور آلوده کننده احتمالی همراه با زخم یا حمل جراحی
- ۳- معمولاً "آنتی بیوتیک پروفیلاکسی از یک نوع انتخاب می شود(بر اساس فعالیت عامل پروفیلاکتیک انتخابی بر عوامل عمده پاتوژن آلوده کننده زخم یا محل عمل)
- ۴- پیش بینی انتخاب بیش از یک آنتی بیوتیک فقط در صورتی که اندیکاسیون داشته باشد و بر اساس ارگانوسمهای آلوده کننده احتمالی تجویز می گردد.
- ۵- ایجاد غلظت بافتی موثر پیش و حین عمل جراحی با تجویز یک دوز حدود ۳۰ تا ۴۰ دقیقه پیش از انسیزیون (در مرحله القای بیهوشی)
- ۶- دوز موثر بر اساس وزن بیمار به طور مثال برای سفالوسپورینها :
وزن کمتر از ۷۰ کیلوگرم :سفازولین 1g/IV
وزن بیشتر از ۷۰ کیلوگرم :سفازولین 2g/IV
- مدت عمل جراحی:
- کمتر از ۳ ساعت یک تک دوز
- بیش از ۳ ساعت یک دوز موثر اضافی
- در اعمال جراحی همراه با خونریزی سریع و مصرف مایعات بیشتر بر حسب مورد ممکن است اندیکاسیون مصرف آنتی بیوتیک پروفیلاکسی مجدد پیدا کند.
- حتی بهترین رژیمهای پروفیلاکسی نیز جایگزین تکنیک استاندارد و مناسب جراحی و مراقبتهای پس از عمل جراحی نمی شود.

رضایت نامه

رضایت آگاهانه بیمار شامل موارد زیر است ، بیمار باید :

- ❖ از وضعیت و شرایط خود آگاه باشد .(توسط پزشک معالج باید توضیحات کامل در ارتباط با نوع عمل ،روش های جایگزین و خطرات احتمالی به بیمار یا خانواده داده شود)
- ❖ از نوع و نحوه درمانی که جهت بهبودی او اجرا خواهد شد ، اطلاع داشته باشد.
- ❖ از سایر عمل های احتمالی که جهت درمان کامل تر انجام خواهد گرفت ، آگاه باشد.
- ❖ از عوارض احتمالی عمل آگاهی داشته باشد.
- ❖ از نتایج جراحی مورد نظر و سایر جراحی های احتمالی اطلاع داشته باشد.

شرایط رضایت نامه معتبر

- اخذ رضایت کتبی
- اخذ رضایت از بیمار یا ولی قانونی وی
- ثبت امضا و یا ترجیحا " اثر انگشت رضایت دهنده
- تنظیم رضایت نامه به زبان ساده ، روشن و قابل فهم
- احراز عقل و شعور در رضایت دهنده
- احراز سن قانونی رضایت دهنده
- اخذ رضایت آگاهانه
- اخذ رضایت بدون تهدید و یا فشار
- ثبت امضا شاهد
- جسم خارجی
- کلیه اجسام خارجی (مانند گلوله ،ساقمه،چاقو و غیره) که از بدن بیمار خارج می شود ، باید به عنوان مدارک قانونی نگهداری شود.

ارزیابی های قبل از عمل جراحی

وضعیت تغذیه ای و مایعات بدن

وضعیت تغذیه ای و مایعات بدن عامل مهمی در بهبودی بیمار و مقاومت وی در برابر عفونتها و دیگر عوارض جراحی است.

هر گونه سوء تغذیه قبل از عمل باید اصلاح شود. کم آبی، کاهش حجم مایعات (هایپوولمی) و اختلال در تعادل الکترولیتی در افراد سالمند و بیماران با مشکلات طبی مرگبار می باشد. کمبود خفیف حجم مایعات را در طول جراحی می توان اصلاح کرد، ولی جهت اصلاح مشکلات آب و الکترولیت بیمار زمان بیشتری لازم است تا بیمار به بهترین وضعیت ممکن قبل از عمل برسد.

وضعیت دهان و دندان

از عوامل مهم دیگر وضعیت دهان، دندانها و دندانهای مصنوعی می باشد. که متخصصین بیهوشی به آن توجه می نمایند. چون این موارد ممکن است در هنگام لوله گذاری باعث انسداد راه هوایی شوند.

اعتیاد به مواد مخدر و الکل

اکثر معتادان به مواد مخدر یا الکل، سعی در پنهان کردن یا انکار اعتیاد خود دارند. در چنین موقعیتی، پرستاری که تاریخچه بهداشتی بیمار را می پرسد، باید با پرسش سوالات صریح با صبر و شکیبایی، مراقبت و نگرش بدون قضاوت، به اعتیاد بیمار پی ببرد. فرد مسموم به صورت حاد مستعد ابتلا به انواع صدمات است. بنابراین احتمال به تعویق انداختن عمل جراحی وجود دارد. در اعمال جراحی اورژانسی برای اعمال کوچک از بی حسی موضعی یا ناحیه ای استفاده می شود. به منظور جلوگیری از استفراغ و آسیب راسیون باید پیش از تجویز داروهای بیهوشی، معده بیماران را به کمک لوله معده تخلیه کرد. مبتلایان به اعتیاد مزمن و الکل، غالباً دچار سوء تغذیه و سایر مسائل سیستمیک هستند که در مجموعاً خطرهای جراحی را افزایش می دهند. در سندرم محرومیت از الکل (مانند هذیان ناشی از محرومیت) می توان انتظار داشت که بیمار تا ۷۲ ساعت بعد از عمل، دچار هذیان ناشی از محرومیت بشود که این عارضه با مرگ و میرزیدی همراه است و باعث افزایش مرگ و میر در صورت همراه شدن با مشکلات ریتمی قلب، کاردیو میوپاتی و یا خونریزی ها می شود که در اعتیاد طولانی مدت وجود دارد.

وضعیت تنفس

از اهداف مهم بیمارانی که به احتمال زیاد تحت جراحی قرار می گیرند، عملکرد مناسب سیستم تنفسی است. به بیمار تمرینات تنفسی و نحوه استفاده از اسپرومترهای ساده آموزش داده می شود. به علت اهمیت فوق العاده تداوم تهویه کافی در تمام مدت درمان جراحی، معمولاً انجام جراحی در مبتلایان به عفونت تنفسی اکیدا ممنوع می باشد. بیمارانی که دچار آسم و بیماریهای مزمن انسدادی ریه می باشند، قبل از عمل جراحی بایستی کاملاً درمان شوند.

وضعیت قلبی عروقی

یکی از اهداف آماده سازی بیمار برای عمل جراحی، تأمین عملکرد مناسب دستگاه قلبی – عروقی برای رفع نیازهای اکسیژن، مایع و تغذیه ای بیمار در تمام مدت دوران قبل از عمل است. در صورت وجود هیپرتانسیون کنترل نشده بیمار، جراحی ممکن است تا کنترل فشار خون به تعویق افتد. به علت افزایش خطرات جراحی با مشکلات قلبی عروقی، این بیماران با این شرایط به توجهات بیشتری در مراحل درمان و مراقبت نیاز دارند. بر اساس شدت علائم جراحی ممکن است تا بهبود شرایط بیمار به دنبال درمان دارویی به تعویق افتد. در مواردی، نوع عمل جراحی را بر اساس تحمل بیمار تغییر می دهند. برای مثال، در بیماری که مبتلا به انسداد کولون نزولی و بیماری سرخرگ کرونر می باشد، انجام کلهستومی ساده به برداشتن وسیع کولون ارجحیت دارد.

عملکرد کبد و کلیه

به منظور دفع داروها، مواد بیهوشی، مواد زائد و سموم از بدن، حداکثر عملکرد کبد و کلیه از اهداف مهم محسوب می شود.

کبد نقش مهمی در زمینه انتقال بیولوژیکی ترکیبات بیهوش کننده دارد، به همین علت هر بیماری کبدی روی چگونگی متابولیسم داروهای بیهوشی موثر است. از آنجا که بیماریهای حاد کبدی با مرگ و میر جراحی زیادی همراه هستند، قبل از عمل جراحی باید اختلال کار کبد بر طرف شود. وضعیت کبد با استفاده از آزمونهای گوناگون به دقت مورد بررسی قرار گیرد. کلیه ها نیز در دفع داروهای هوشبری و متابولیت های آنها نقش دارند. انجام جراحی در نفریت حاد، نارسایی حاد کلیه همراه با اولیگوری یا آنوری یا سایر بیماریهای حاد کلیوی اکیدا ممنوع است. مگر آنکه انجام جراحی برای حفظ جان بیمار ضرورت داشته باشد.

عملکرد غدد درون ریز

مبتلایان به بیماری دیابت را خطر هیپوگلیسمی و هیپرگلیسمی تهدید می کند. هیپوگلیسمی ممکن است در طول بیهوشی یا بعد از عمل جراحی به علت عدم دریافت مواد قندی ناکافی و یا تجویز بیش از حد انسولین اتفاق افتد. هیپر گلیسمی بر اثر استرس جراحی به وجود می آید و خود باعث افزایش خطر عفونی شدن زخم و نیز افزایش سطح کاتکول آمین می شود. از خطرات دیگر می توان به بروز اسیدوز و گلوکوزوری اشاره کرد. گرچه خطرهای جراحی برای افراد مبتلا به دیابت تحت کنترل به طور کلی از بیماران فاقد بیماری دیابت بیشتر نیست. هدف حفظ سطح گلوکز خون بیمار (۸۰ تا ۱۱۰ میلی گرم در دسی لیتر) و کنترل مداوم سطح قند خون بیمار قبل، حین و بعد از عمل است. بیماران تحت درمان با کورتیکواستروئید در خطر نارسایی آدرنال هستند، به همین علت مصرف استروئیدها به هر دلیلی در طی سالهای اخیر را باید به متخصص هوشی و جراح اطلاع داد. علاوه بر این، باید آنها را از نظر نشانه های نارسایی آدرنال کنترل کرد. بیمارانی با بیماریهای تیروئید که کنترل نشده باشند نیز در خطر بروز تیروتوکسیکوز (در بیماریهای پرکاری تیروئید) و نارسایی تنفسی (در کم کاری تیروئید) هستند.

عملکرد سیستم ایمنی

در بررسی و شناخت بیمار قبل از عمل جراحی لازم است که به وجود آلرژی شامل پاسخ های آلرژیک قبلی بیمار اشاره شود و توجه و دقت به حساسیت و یا واکنشهای نامطلوب نسبت به داروهای خاص، دارای اهمیت زیادی است. باید از بیمار در رابطه با حساسیت به هر ماده ای شامل داروها، تزریق خون، مواد حاجب، لاتکس و مواد غذایی سوال شود و علائم و نشانه های آلرژی ایجاد شده در اینها را نیز پرسید. خفیف ترین علائم یا کوچک ترین افزایش درجه حرارت بایستی مورد بررسی قرار گیرد، زیرا چنین بیمارانی شدیداً مستعد عفونت بوده و به مراقبتهای بیشتری به منظور پیشگیری از ابتلا به عفونت دارند.

درمان دارویی پیشین

داروهای مصرفی قبلی به علت احتمال بروز واکنش متقابل با داروهای هوشبری بایستی مد نظر قرار گیرند. هر گونه دارویی که بیمار استفاده می کند یا قبلاً استفاده می کرده است را بایستی گزارش داد. آثار بالقوه درمانهای دارویی قبلی توسط متخصص هوشبری ارزیابی می شود و در ضمن مدت مصرف دارو، وضعیت بیمار و ماهیت جراحی تعیین شده نیز در ارزیابی مورد توجه قرار گیرد. (مصرف آسپرین)

آمادگی روده برای عمل جراحی

تنقیه به جز در موارد اعمال جراحی شکم یا لگن، به طور معمول انجام نمی شود. در این گونه موارد، عصر روز قبل از عمل ممکن است که تنقیه یا مسهل تجویز شود و در صورت لزوم می توان صبح روز عمل آن را تکرار کرد. این عمل

مشاهده بهتر موضع عمل و پیشگیری از صدمه به روده یا آلودگی اتفاقی صفاق توسط مدفوع را فراهم می سازد. می توان برای کم کردن میکروبهای روده برای بیمار آنتی بیوتیک تجویز کرد.

آمادگی های قبل از عمل جراحی

۱- آمادگی پوست:

هدف از آماده کردن پوست ، کاهش باکتری های موجود روی پوست بدون وارد آمدن آسیب به پوست بیمار است. در صورت جراحی غیر اورژانسی ، بیمار می تواند چند روز قبل از عمل در منزل از صابون محتوی مواد ضد عفونی کننده استفاده کند تا مقدار ارگانیسمهای پوست در محل جراحی کاهش دهد. به طور کلی موها قبل از عمل برداشته نمی شود ، مگر در صورت وجود مو در اطراف برش جراحی و یا احتمال تماس با محل جراحی . اگر بایستی موها تراشیده شود ، بلافاصله قبل از شروع عمل موها توسط ماشینهای برقی می تراشند و از تیغ استفاده نشود. جهت اطمینان از محل عمل جراحی ، محل توسط بیمار و جراح در اتاق انتظار علامت گذاری میشود.

۲- تدابیر تغذیه ای و مایعات

هدف از منع غذا و مایعات قبل از عمل جراحی جلوگیری از آسپیراسیون است. محدودیتها بستگی به سن بیمار و نوع غذای مصرفی دارد . به عنوان مثال دوران ناشتایی ۸ ساعت برای غذاهای چرب و ۴ ساعت برای محصولات لبنی پیشنهاد می شود. اخیراً به اکثر بیماران اجازه مصرف مایعات صاف شده تا ۲ ساعت قبل از عمل جراحی انتخابی داده می شود.

۳- مداخلات پرستاری بلافاصله قبل از عمل جراحی

بیمار باید گان بیمارستان را که در قسمت پشت باز است ، بپوشد . اگر موهای بیمار بلند است برداشته و موها و سر توسط کلاه یکبار مصرف به طور کامل پوشانیده شود. دهان بیمار بررسی شود و دندان مصنوعی آدامس و هر شیء دیگر خارج شود. اگر این اشیا در دهان باقی بماند در شروع هوشبری به آسانی به عقب حلق می افتند و راه تنفسی را مسدود میکنند. تمامی جواهرات حتی حلقه ازدواج بیمار را نیز باید به منظور جلوگیری از رساندن آسیب ، خارج کرد . اگر بیمار اصرار دارد که حلقه همراه او باشد ، می توان نوار چسب باریکی را از داخل حلقه رد کرد و آن را محکم بست . تمام وسایل با ارزش بیمار از جمله دندان مصنوعی و پروتزهای دیگر را باید بعد از زدن اتیکت نام بیمار بر روی آنها ، به خانواده اوتحویل گردد یا در محل مطمئن نگهداری کرد. تمام بیماران (به استثنای بیماران اورولوژی) بایستی قبل از انتقال به اتاق عمل ، ادرار خود را تخلیه نمایند تا هنگام جراحی در قسمتهای تحتانی شکم ، ادرار از بیمار خارج

نشود و در ضمن اعضای داخل شکم به شکل بهتری در دسترس جراح قرار داشته باشند. در صورت لزوم ، در اتاق عمل برای بیمار سوند ادراری گذاشته میشود.

۴- مشخص نمودن ناحیه عمل

۵- برقراری ارتباط صحیح با بیمار قبل از انتقال به اتاق عمل و کاهش استرس بیمار: اعتقادات مذهبی نقش مهمی را در ایجاد سازگاری با ترسها و اضطراب دارد بدون در نظر گرفتن وابستگیهای مذهبی بیمار اعتقاد به خداوند میتواند مانند داروها اثر درمانی داشته باشد

۶- آزمایش خون رادیوگرافی ها و دیگر تستهای تشخیصی و مشاوره های انجام شده با ید به پرونده بیمار ضمیمه و به اتاق عمل فرستاده شود

۷- لوازم اضافی مانند طلا و پروتز و دندان مصنوعی از بیمار جدا شود

۸- پروفیلاکسی قبل از عمل انجام شود

انتقال بیمار به اتاق انتظار قبل از عمل

بیمار ۳۰ دقیقه قبل از بیهوشی با استفاده از تخت یا برانکارد به محل مورد نظر یا اتاق انتظار قبل از اتاق عمل انتقال داد. برانکارد باید تا حد امکان راحت باشد و پتو و پوشش کافی برای جلوگیری از لرز بیمار در راهرو موجود باشد. اولویت در مراقبت های قبل از عمل ، حفظ امنیت و احراز هویت بیمار است . در صورت مشاهده مغایرتی بین اطلاعات پرونده و گفتار بیمار بایستی فرایندی جهت تعیین هویت بیمار به کار رود تا از مطابقت پرونده با بالین اطمینان حاصل شود با توجه به محل جراحی و نوع عمل اقدامات ویژه ای لازم است که نیازمند تعیین هویت صحیح بیمار می باشد.

قبل از انتقال بیمار از اتاق انتظار به اتاق عمل ، تجهیزات مورد نیاز اتاق بیمار مانند ماشین های بیهوشی ، ترالی اورژانس، پایه سرم ، نگهدارنده خاص لوله های درناژ، ساکشن واکسیژن ، ظرف استفراغ ، و..... با ید کنترل گردد.

مراقبتهای بعد از عمل

پس از عمل ، جهت انجام مراقبت های مورد نیاز موارد زیر باید بررسی گردد:

- نام و نام خانوادگی

- نوع عمل جراحی

- موارد مربوط به بیهوشی

- خون و مایعات از دست داده
- خون و مایعات جایگزین شده
- علایم حیاتی (مورد غیر طبیعی مهم)
- عوارض ظاهر شده (مربوط به بیهوشی یا جراحی)
- شرایط قبل از عمل (دیابت، افزایش فشار خون، آلرژی ها)
- مراقبتهای لازم بلافاصله بعد از عمل جراحی (کنترل درد، علایم غیر طبیعی، دستگاه تهویه مصنوعی)
- موانع برقراری ارتباط از نظر زبان
- تکنسین بیهوشی نباید بیمار را ترک کند تا زمانیکه پرستار از وضعیت راه هوایی و شرایط عمومی بیمار ابراز رضایت نماید.

۱- باز بودن راه هوایی بیمار:

بیماران بعد از هوشبری طولانی مدت معمولاً "بیهوش بوده و دارای شلی کلیه عضلات بدن هستند. این شلی عضلانی به عضلات حلق هم انتقال پیدا کرده و هنگام قرار گرفتن بیمار در وضعیت طاقباز، باعث برگشتن زبان به عقب و نهایتاً انسداد راه هوایی می شود. علایم انسداد راه هوایی شامل تنفس صدا دار و نامنظم حالت خفگی و نیز کاهش میزان اشباع اکسیژن است و در طول چند دقیقه پوست بیمار آبی رنگ و کبود (سیانوز) میشود. به دلیل حرکت های ناکافی قفسه سینه و دیافراگم برای بررسی تنفس بیمار باید کف دست خود را بر روی بینی و دهان وی قرار داد.

برای جلوگیری از اسپیراسیون سر تخت ۱۵ تا ۳۰ درجه بالا باشد و سر بیمار به پهلو قرار گیرد. به علت اثرات داروهای ضد درد، تنفس کند است. تنفس سطحی و تند ممکن است به علت درد، پانسمان سفت، اتساع معده و شکم و چاقی باشد. تنفس صدادار ممکن است مربوط به انسداد ناشی از ترشحات ویا زبان بیمار باشد. علایم و نشانه های شامل بی قراری، تنفس تند، تاکی کاردی، کاهش میزان پالس اکسی متری، خلط کف دار، و صورتی رنگ و یا سمع کراکل در ریه است.

۲- کنترل ظاهر بیمار، نبض، تنفس، فشار خون، رنگ پوست (مناسب یا سیانوزه)، درجه حرارت پوست (سرد و مرطوب، گرم و مرطوب، گرم و خشک) می تواند به عنوان معیار بررسی عملکرد قلبی - عروقی بیمار مطرح باشد.

۳- وضعیت عقلانی و سطح هوشیاری، قدرت تکلم و آگاهی به محیط نسبت به قبل از عمل باید چک شود.

۴- محل عمل جراحی از نظر خونریزی، نوع پانسمان و درست بودن آن و نیز لوله های تخلیه کننده مورد بررسی قرار میگیرد.

۵- مسیرهای داخل وریدی را از نظر کیفیت به مقدار صحیح و محلول مناسب کنترل نمایید.

۶- دستورات پزشک را مطالعه نمایید و در صورت خوانا نبودن مجدداً بررسی شود.

- ۷- برای جلوگیری از لرز پوشش بیمار حفظ شود. نرده ها بالا زده شود.
- ۸- بیمار باید در وضعیتی قرار گیرد که فشاری بر درن‌ها و لوله های تخلیه وارد نگردد. در وضعیتهایی مانند تغییر از لیئاتومی به خوابیده به پشت یا از لترال به خوابیده به پشت، امکان افت شدید فشار خون وجود دارد. بنابراین بیمار باید به آرامی و با دقت تغییر وضعیت داده شود.
- ۹- به مجرد اینکه بیمار روی تخت یا برانکارد قرار گرفت، گان و پوششهای خیس را باید دور کرد و از پوشش خشک استفاده نمود. بیمار را با پتوی سبک و گرمی پوشاند و در حالی که برای محافظت بیمار، نرده های کنا تخت بالا قرار دارد، او را منتقل نمود. پرستاری که بیمار را از اتاق عمل پذیرش میکند موارد مهم را کنترل مینماید.

پیشگیری از بروز عوارض تنفسی

اثر تضعیف کننده مخدرها در تنفس، کاهش اتساع ریوی به دنبال درد و کاهش تحرک، خطر بروز عوارض تنفسی به خصوص آتلکتازی پنومونی و هیپوکسی را به همراه دارد. خطر آتلکتازی در بیمار بدون تحرک، عدم انجام تنفس عمیق و سرفه و نیز استفاده از اسپیرومتری تشویقی به عنوان عارضه ریوی وجود دارد. راهکارهای پیشگیری کننده از این عوارض شامل استفاده از اسپیرومتری تشویقی و انجام تمرینهای تنفسی عمیق و سرفه است. جهت تمیز کردن ترشحات و جلوگیری از پنومونی، پرستار بیمار را به حرکت در تخت و انجام تنفس عمیق، حداقل هر دو ساعت یکبار تشویق می کند. همچنین به منظور کنده شدن و خارج سازی آن بیمار را تشویق به سرفه میشود. تمرینات تنفسی را به مجرد ورود بیمار به بخش بایستی آغاز کرد و تا هنگام ترخیص بیمار بایستی ادامه داد. حتی هنگامی که بیمار کاملاً از بیهوشی خارج نشده است، از وی خواسته می شود چند تنفس عمیق را انجام دهد که این کار کمک به دفع مواد هوشبری باقی مانده در بدن، حرکت ترشحات و جلوگیری از کلاپس آلوئول می کند. پانسمان دقیق زخمهای شکمی و یا قفسه صدري، ترس بیمار از باز شدن زخم را در هنگام سرفه کمتر میکند.

برای ایجاد سرفه موثر درد بیمار باید کنترل شود و برای جلوگیری یا تسکین هیپوکسی یا هیپوکسمی باید اکسیژن تجویز شود. جهت انجام اتساع ریه، بیمار را برای انجام عمیق ترین دم تشویق می کنیم. سرفه در بیمارانی که ضربه مغزی یا اعمال جراحی روی جمجمه داشته اند. و بیمارانی که اعمال جراحی چشم داشته اند و یا جراحی های پلاستیک ممنوع است. خروج زودتر از تخت و تحرک باعث افزایش متابولیسم و تهویه ریوی و نهایتاً بهبود عملکرد کل بدن می شود.

تسکین درد

شدت درد به سطح تحمل بیمار به درد با توجه به محل جراحی، نوع عمل، گستردگی ترومای وارده از عمل جراحی، نوع بیهوشی و راه تجویز داروی بیهوشی بستگی دارد. درد شدید روی قلب و سیستم ایمنی تاثیر می گذارد. هنگامی که امواج درد منتقل می شوند. انقباض عضلات افزایش می یابد و همانند داروهای منقبض کننده موضعی عمل می کنند. ایسکمی ایجاد شده در محل باعث تحریک بیشتر گیرنده های درد شده و هنگامی که این امواج مضر منتقل می شوند. نیاز قلب و اکسیژن را افزایش میدهد. پاسخ استرس هیپوتالاموسی نیز مسول افزایش ویسکوزیته خون و چسبندگی پلاکت ها و نهایتاً باعث و آمبولی ریوی می شود. اغلب برای تسکین درد و بی قراری بلافاصله بعد از عمل جراحی، ضد درد مخدر تجویز می شود. فواصل دادن این داروها را معمولاً به عهده قضاوت پرستار و در صورت نیاز می گذارند تا تاثیر بیشتری در کاهش درد داشته باشد.

بهبود برون ده قلبی

مراقبتهای پرستاری شامل بررسی کفایت راه وریدی و اطمینان از صحت محلول تزریقی با مقدار صحیح است. اگر بیمار کمتر ادراری دارد برون ده ادراری هر ساعت کنترل شود و در صورت ادرار کمتر از ۳۰ میلی لیتر در ساعت گزارش شود. بررسی سطوح الکترولیتها، هموگلوبولین، و همتوکریت ضروری می باشد. کاهش آنها نمایانگر از دست دادن خون یا رقیق شدن آن در تزریق مایعات وریدی است. رکود خون وریدی به دنبال کم آبی، بی حرکتی و وارد آمدن فشار به وریدهای پا در طول عمل جراحی بیمار را در معرض ترومبوز عمقی قرار می دهد. انجام تمرینات پاها و تغییر وضعیت دادن از اقدامات اولیه در حین مراحل بعد از عمل به منظور ایجاد گردش خون پاهاست. با وجود مزایای خروج زودتر از تخت بایستی مراقب هیپوتانسیون وضعیتی بود. فشار خون در هر ۱۵ دقیقه ۵ میلی متر جیوه کاهش پیدا کند باید گزارش شود.

مراقبت از پانسمان و زخم

هنگام پذیرش بیمار در بخش، محل جراحی از نظر مرزهای زخم، کامل بودن بخیه ها، قرمزی، رنگ پریدگی، گرما، ادم، حساسیت به لمس غیر طبیعی و درناژ کنترل می شود. همچنین نواحی اطراف زخم از نظر بروز واکنش به چسب ها یا صدمه دیدن به دنبال سفت بستن بانداژ باید کنترل شود. در صورت مشاهده علائم عفونت با به پزشک اطلاع داد. در صورت باز شدن زخم به بیمار وضعیت نیمه نشسته بدهید با زاویه کم و احشای خارج شده را نیز با گاز استریل آغشته به محلول سالین استریل پوشانده و بلافاصله به جراح اطلاع داده می شود.

حفظ درجه حرارت طبیعی بدن

بیمار بیهوش مستعد لرزیدن است . توجه به هیپوترمی باید از اتاق عمل آغاز شده و تا زمان بعد از عمل نیز ادامه یابد تا کاهش شدید نیتروژن و کاتابولیسم جلوگیری شود. و به پزشک اطلاع داده شود. درجه حرارت اتاق در حد مطلوب نگه داشته شود. با استفاده از چند پتو لرز بیمار کنترل شود. دما هر چهار ساعت تا ۲۴ ساعت باید چک شود.

عملکرد معده و روده

مشکلات معده ورودی : تهوع ، استفراغ و سکسکه میباشد. لوله بینی معده ای را قبل و در طول عمل و بلافاصله پس از جراحی ، در مواردی که به دلیل نوع جراحی انتظار استفراغ وجود داشته باشد ، باقی می گذارند . همچنین لوله در مواردی که بعد از جراحی انتظار اتساع وجود دارد. قبل از عمل گذاشته می شود. علاوه بر آن لوله بینی معده در هنگام عمل جراحی اورژانسی گذاشته می شود. (اوندانسترون)

سکسکه بعد از عمل جراحی ناشی از تحریک عصب فرنیک ایجاد می شود. و توسط اسپاسم متناوب دیافراگم روی می دهد. داروهای فنوتیازینی مانند کلر پرومازین برای سکسکه مداوم و شدید تجویز می شود. به مجرد رفع تهوع و استفراغ و بیداری و هوشیاری کامل و تحمل رژیم غذایی عادی ، اعمال سیستم گوارشی هر چه سریعتر به حالت عادی بر می گردد. دستکاری ارگانهای شکمی در طول جراحی باعث از بین رفتن حرکات دودی روده به مدت ۲۴ تا ۴۸ ساعت می شود. یبوست از عوارض شایع است به علت عدم دریافت مواد غذایی و مخدرها و داروهای بیهوشی ایجاد می شود.

مراقبت دفع ادراری

احتباس ادراری نیز از عوارض عمل می باشد. که بعد از گذشت ۸ ساعت بر طرف می شود. سونداژ باید تا ۸ ساعت به تعویق بیفتد. و از روشهای تشویقی استفاده کرد.