

Волгоградский государственный медицинский университет



Научно-исследовательская работа на тему
" Особенности ухода за травматологическими больными "

Выполнил:

обучающийся 1 курса 1 группы

По специальности 31.05.02 Педиатрия

Кондрашова Оксана Геннадьевна

Волгоград 2018г.

Содержание

1. Введение.....	3
2. Цель научно-исследовательской работы.....	4
3. Задачи научно-исследовательской работы.....	5
4. Основы определения и понятия.....	6
5. Теоретическая часть НИР.....	7-13
6. Роль медицинского персонала в проведении текущей уборки.....	14
7. Собственное исследование.....	15
8. Вывод.....	16
9. Список литературы.....	17

Введение

Лечение переломов у детей также имеет специфику. Скелетное вытяжение обычно накладывают детям только старшего возраста. У маленьких детей обходятся накожным вытяжением (не требуется большой груз).

Физиологическое положение конечностей у них другое, так, для нижней конечности угол сгибания в тазобедренном суставе составляет 90° , в коленном — 180° . В связи с этим после наложения накожного вытяжения на нижнюю конечность тросик перебрасывают через блоки, укрепленные на раме, и ребенка как бы «подвешивают» на ней. К такому положению ребенок быстро привыкает, и оно мало беспокоит его.

Цель научно-исследовательской работы

Цель научно-исследовательской работы заключается в том, что изучить особенности ухода за травматологическими больными. А также изучить гипсовую технику, аппараты и приспособления для лечения больных. Исследовать причины данных травм.

Задачи научно-исследовательской работы

1. Изучить особенности ухода за травматологическими больными.
2. Изучить причины данных травм.
3. Изучить порядок проведения гипсовой технологии.
4. Изучить аппараты и приспособления для лечения больных.
5. Выполнить данный навык.
6. Закрепить данный навык.

Основные определения и понятия

Ушиб – закрытое механическое повреждение мягких тканей и органов без видимого нарушения их анатомической целостности.

Растяжение, разрыв - при чрезмерном движении в суставах, превышающем по объему нормативное может произойти растяжение связок, мышц вплоть до их разрыва.

Травматический вывих – это патологическое смещение суставных поверхностей костей по отношению друг к другу, сопровождающееся обычно разрывом связок и суставной капсулы

Подвывих – это неполное смещение суставных поверхностей.

Переломом называется частичное или полное нарушение целостности кости, вызванное физической силой или патологическим процессом.

Фиксация – лечебная иммобилизация переломов костей с помощью гипсовой повязки, вытяжением или оперативным путем.

Теоретическая часть НИР

Причины травм

Травму могут вызывать:

- технические факторы (обслуживание техники)
- санитарно-гигиенические (недостаток или избыток освещения, низкая, высокая температура, теснота и т.д.)
- факторы организационного характера (нарушение ТБ и охраны труда)
- состояние здоровья, психологические факторы (алкоголизм, наркомания, плохой сон)
- метеорологические и природные факторы (заносы, ураганы, морозы, обвалы, лавины, пожары и т.д.)
- терроризм

Механические травмы

Все механические травмы делятся на:

- закрытые (без нарушения целостности кожных покровов и слизистых)
- открытые (с нарушением целостности кожных покровов и слизистых)

Различают:

- изолированные повреждения – травмы в пределах одного органа или одной анатомической области
- множественные повреждения – травмы двух или нескольких органов в пределах одной из полостей или одной анатомической области
- сочетанные травмы - одновременное повреждение внутреннего органа и изолированное либо множественное повреждение опорно-двигательного аппарата

- комбинированные повреждения – сочетание механических травм с немеханическими

Различают закрытые механические повреждения мягких тканей (ушибы, повреждения, разрывы, сотрясения и сдавливания) и закрытые механические повреждения костей и суставов.

Ушиб

Ушиб обычно возникает в результате падения или удара, нанесенного тупым предметом. Ушибы мягких тканей могут быть самостоятельным повреждением или наблюдаться одновременно при переломах, ушибленных ранах. Чаще всего встречаются наружные (поверхностные) ушибы конечностей, коленных суставов и головы. Клиническими признаками ушиба являются боль, припухлость, кровоизлияние, нарушение функции.

При ушибе конечностей, движения в суставах вначале сохранены, а по мере нарастания кровоизлияния и отека они становятся невозможными, особенно при гемартрозе. Таким расстройством функции ушибы отличаются от переломов и вывихов, при которых и пассивные движения, и активные становятся невозможными сразу после травмы. При оказании помощи на место ушиба конечности накладывают давящую повязку, холод, покой и возвышенное положение конечности для венозного оттока. При больших гемартрозах проводят пункции и отсасывают излившуюся кровь, а затем накладывают давящую повязку. Пункцию сустава производят после анестезии мягких тканей 0,25% (вводят) раствором новокаина. Толстой иглой прокалывают ткани, проникают в полость сустава и шприцем отсасывают всю скопившуюся в ней кровь. Сустав туго забинтовывают и конечность фиксируют гипсовой лонгетой на 2,5-3 недели. Когда боли стихают, назначают физиотерапевтическое лечение и лечебную гимнастику с целью восстановления подвижности сустава.

Переломы

Классификация

В зависимости от происхождения переломы делят на врожденные и приобретенные.

Врожденные переломы возникают во внутриутробном периоде развития и являются результатом неполноценности костного скелета плода. Выделяют

«акушерские» переломы, возникающие в результате родовой травмы.

Приобретенные переломы делят на травматические и патологические, вследствие поражения кости патологическим процессом (остеомиелит, туберкулез опухоли и др.)

В зависимости от целостности кожных покровов и слизистых переломы бывают открытые и закрытые.

В зависимости от плоскости (линии) переломы делятся на:

- винтообразные
- звездчатые, оскольчатые
- косые
- поперечные
- продольные
- Т-образные, У-образные

В зависимости от локализации переломы бывают:

- диафизарные
- эпифизарные (внутрисуставные)
- метафизарные (околосуставные)

Также переломы бывают:

- вдавленные (вдавление костного отломка в полость черепа, грудную и т.д.)
- вколоченные
- дырчатые
- компрессионные (переломы губчатой кости)
- краевые (неполные)
- огнестрельные

- полные, неполные
- осложненные (сопровождается повреждением магистральных сосудов, нервов, органов)
- простые (одной кости с образованием не более двух отломков)
- множественные (одной кости в двух и более местах)
- раздробленные
- отрывные
- эпифизиолиз – встречается в детском возрасте, происходит соскальзывание эпифизом костей по линии неокостеневшего росткового хряща
- со смещением и без смещения костных отломков

Виды смещения:

- по оси
- по поперечнику
- ротация отломков

У детей наблюдаются переломы по типу «зеленой ветки»: ломается кость без повреждения надкостницы.

В пожилом возрасте часто встречаются переломы шейки бедра.

Осложнения переломов:

- повреждение магистральных сосудов с развитием внутреннего или внешнего кровотечения
- повреждение нервных стволов
- травматический шок
- жировая эмболия
- развитие инфекции и в дальнейшем остеомиелита

- образование ложных суставов

- болезнь Зудека (неадекватное местное воспаление всех тканей с последующим развитием атрофии и тугоподвижности в суставах)

Обезболивание при переломах достигается путем введения в гематому в области перелома 20 мл 1-2% р-ра новокаина. Также можно применить футлярную блокаду конечности выше места перелома или проводниковую анестезию, блокаду нервного сплетения или прибегают к общему наркозу. Репозиция отломков заключается в устранении смещения их и точном сопоставлении кости по линии перелома. Устранение смещения и сопоставления костных отломков может быть одномоментным или постепенным, как, например, при лечении переломов постоянным вытяжением или реклинацией при компрессионном переломе позвоночника.

Особенности ухода за травматологическими больными.

Значительная часть больных травматологического профиля длительное время находится на постельном режиме. В свою очередь вынужденное положение больного приводит к довольно тяжелым осложнениям. Одним из тяжелых осложнений вследствие ограниченной экскурсии грудной клетки следует считать застойные явления в легких вплоть до образования застойных пневмоний.

Для предупреждения - этого осложнения больные должны заниматься дыхательной гимнастикой. Простейшие приемы дыхательной гимнастики — глубокий вдох через нос, некоторая задержка дыхания и постепенный выдох через рот. Если нет повреждений рук, то дыхательную гимнастику можно усиливать их движениями. При вдохе руки поднимают кверху, при выдохе — опускают.

При длительном лежании наблюдаются атрофия мышц, ухудшается деятельность желудочно-кишечного тракта и ряда других органов. С целью профилактики этих осложнений необходимо проводить лечебную гимнастику с первых дней после травмы. Активные движения поврежденной конечности предупреждают атрофию мышц, остеопороз костей, сморщивание связочного аппарата, улучшают кровообращение и лимфообращение, ускоряют процесс костеобразования. В иммобилизованной конечности, не меняя ее положения, необходимо производить активное сокращение и расслабление мышц. Благодаря лечебной физкультуре нормализуются процессы возбуждения и торможения в коре головного мозга, улучшаются обмен веществ, кровообращение, дыха

ние, психическое состояние больного.

Противопоказанием к лечебной физкультуре служат общее тяжелое состояние больного, высокая температура, острый воспалительный процесс.

При разработке движений в суставах, помимо общих лечебных упражнений, назначают механотерапию. С этой целью используют специальные аппараты: универсальный маятниковый аппарат Каро — Степанова, который можно применить для разработки всех суставов конечностей, различные блоковые системы и т.д.

В лечении травматологических больных важная роль принадлежит физиотерапевтическим мероприятиям (тепловые процедуры, электролечение, светолечение, лучевая терапия, грязелечение). Эти методы чаще используют в период долечивания для уменьшения болей, рассасывания отека, ускорения образования костной мозоли, при тугоподвижности в суставах.

С этой же целью применяют массаж (руками или специальными приборами). Основные приемы массажа: поглаживание, растирание, разминание, поколачивание, вибрация. Массаж производят в центральном направлении. При этом больной не должен испытывать болей. В раннем периоде травмы массаж лучше не производить (боль, смещение костных отломков, жировая эмболия). Массаж также противопоказан при наличии инфекции (дерматит, экзема, фурункулез и др.).

При уходе за больными, особенно пожилого возраста, следует обращать внимание на сердечно-сосудистую систему, психическое состояние, своевременные мочеиспускание и дефекацию, профилактику пролежней. Палаты необходимо хорошо проветривать и содержать в идеальной чистоте.

Внимательный уход за травматологическим и ортопедическим больным — залог успешного и быстрого выздоровления больного.

Уход за больным с гипсовой повязкой. Гипсовые повязки широко применяются в травматологической практике, в связи с чем необходимо знать правила ухода за этими больными.

Гипсовая повязка затвердевает 10—20 мин в зависимости от качества гипса. В это время загипсованный участок тела необходимо удерживать в необходимом положении. При застывании повязка становится твердой на ощупь и при постукивании издает ясный звук твердого тела. Окончательное

высыхание гипса происходит в течение суток. Повязка из серой становится белой, и при постукивании слышен звонкий звук. Для ускорения высыхания гипса повязку не нужно накрывать простыней или одеялом. Можно производить умеренное подогревание лампой «Соллюкс».

После наложения гипсовой повязки, пока она еще не высохла, на ней химическим карандашом пишут: дату травмы, дату наложения повязки, дату предполагаемого снятия гипса.

Особенно внимательно наблюдают за больным в первые сутки после наложения повязки. При тугой повязке у больного появляются боль в конечности, цианоз, увеличивается отек, онемение пальцев.

В этих случаях необходимо разрезать гипсовую повязку и временно укрепить ее бинтом. Необходимо следить, чтобы во время акта дефекации и мочеиспускания гипсовая повязка не загрязнялась. Надо своевременно подмывать больного. Важным профилактическим мероприятием различных осложнений у этой категории больных является лечебная физкультура.

Уход за больными при лечении переломов вытяжением. При лечении больных с переломами методом вытяжения они длительное время должны находиться в вынужденном положении. Однако в отличие от лечения гипсовыми повязками этот метод создает большие возможности для применения лечебной физкультуры. Особенно обращают внимание на выполнение активных движений симметричной здоровой конечностью. При этом рефлекторно усиливается кровообращение и в поврежденной конечности, что улучшает консолидацию перелома. В настоящее время, помимо шины Белера, применяются специально разработанные функциональные шины, например функциональная шина Богданова, которые позволяют проводить движения в суставах и поврежденной конечности.

Начиная с первых дней после травмы рекомендуются активное сокращение мышц бедра, движение надколенника («играть чашечкой»), производить движения в голеностопном суставе и межфаланговых суставах. Необходимо ежедневно осматривать зону введения спицы. Между фиксаторами спицы и кожей рекомендуется вставлять марлевые шарики, пропитанные спиртом (профилактика нагноения). В случае, если наступило нагноение, спицу удаляют и переходят к другому методу лечения. Больной на скелетном вытяжении должен находиться не более 4 нед, после чего накладывают гипсовую повязку.

Роль медицинского персонала в проведении текущей уборки.

Медицинская сестра травматологического отделения должна хорошо знать десмургию, гипсовую технику, аппараты и приспособления для лечения этих больных.

Задача сестры - установить полноценный контакт с больным и суметь нейтрализовать эти состояния, поддерживая в нем чувство оптимизма, помочь больному привыкнуть к своему положению, осознать его необходимость и мобилизовать силы на борьбу с недугом.

Собственное исследование

В «Областной клинической больнице №3» я проходила практику в хирургическом отделении. За время прохождения практики в качестве помощника младшего медицинского персонала мне удалось провести собственное исследование в уходе за травматологическими больными:

Если у больного, которому наложена гипсовая повязка, возникает боль в конечности, появляется цианоз, увеличивается отек, онемение пальцев, гипсовую повязку необходимо разрезать и временно закрепить бинтом.

При уходе за оперированными больными следует предупредить нагноение в области оперативного вмешательства. Для этого следует следить за повязкой. Если она промокнет кровью, то ее следует немедленно сменить и доложить об этом врачу. Большую роль в лечении травматологических больных играют физиотерапевтические мероприятия (тепловые процедуры, электро- и светолечение, лучевая терапия, грязелечение). Также очень эффективен массаж.

Вывод

В результате исследования узнала, особенности ухода за травматологическими больными. Причины данных травм. Как обезболить при сильной боли. Узнала роль медицинского персонала в уходе.

Список литературы

1. Найман Е.Л. Уход за больными в хирургическом стационаре
2. Михин И.В. Уход за хирургическими больными
3. Чернов В.Н.. Уход за хирургическими больными
4. Кузнецов Н.А. Уход за хирургическими больными

Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренную программой практики «Производственная практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (помощник младшего медицинского персонала, научно-исследовательская работа)» на кафедре хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов по специальности 31.05.02 Педиатрия студента I курса 1 группы



Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Стиль изложения материала логичен. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведённого анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, последовательно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на удовлетворительное знание автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы, дан удовлетворительный анализ. Сформулированные выводы логично вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым литературным языком, автор не использовал сложных синтаксических конструкций, материалы изложены связно и последовательно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал достаточен для решения поставленных задач, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики,
доцент кафедры хирургических
болезней педиатрического и
стоматологического факультетов, к.м.н.



В.А. Голуб