



Péče o operační ránu a ostatní invazivní vstupy u pacienta

Bc. Lucia Cehlárová



Péče o operační ránu

- ▶ Operační rána = narušení celistvosti kůže operačním postupem
- ▶ Cílem péče je úspěšné zhojení rány s nekomplikovaným průběhem
- ▶ Ránu sleduje lékař i ošetřující sestra, která kontroluje možné posunutí obvazu, sílu stažení, možnou sekreci (krev, mozkomíšní mok, hnis,...), bolestivost
- ▶ O každé změně informuje lékaře
- ▶ Standardně se převaz provádí obden, v případě potřeby (komplikace v ráně, neklidní pacienti) i několikrát denně
- ▶ Pacient je o převazu řádně informován (minimalizace obav z výkonu, zajištění spolupráce)



Péče o operační ránu

- ▶ Optimalizace prostředí – klid na pokoji, dostatečné osvětlení, vypnutý mobilní telefon, zavřené dveře,...
- ▶ Uložení pacienta do vhodné polohy (zachování intimity)
- ▶ Dodržování aseptických postupů
- ▶ Co nejmenší traumatizace pacienta při odlepování náplastí (zvlhčování FR)



Možnosti krytí



- Sterilní čtverce z jemné gázy – v časném pooperačním období
- Vysoce absorpční krytí s bariérou proti prosaku – v případě prosaku
- Samolepící prodyšné krytí – od druhého pooperačního dne u suchých ran
- Obinadla s mírnou elasticitou – hydrofilní pletená obinadla
- Samofixační barevná obinadla – nekloužou, adaptují se na tvar hlavy, není nutné používat náplasti (jsou esteticky přijatelná)
- Prubanová „čepička“
- Po odstranění stehů rána ponechána navolno s dezinfekčním filmem





Spektrum operačních ran v neurochirurgii

- ▶ Miniinvazivní zákroky (stereotaktické operace) – malá rána po zavedení stereotaktického nástroje a čtyři otvory po připevnění rámu šrouby k zevnímu povrchu lebečních kostí – od druhého dne ošetřovány jodovým prostředkem bez krytí
- ▶ Zevní komorová drenáž – brána ke vstupu infekce, k zabránění vniknutí patologické mikroflóry se lokálně aplikuje dezinfekční mast
- ▶ Po operaci abscesu – proplachuje se po dobu několika dní dezinfekčním roztokem (1% Betadine) prostřednictvím zavedené proplachové drenáže



Ošetřovatelský postup při převazu rány

I. POVINNOSTI PŘED VÝKONEM

- ▶ lékař či sestra informuje pacienta
- ▶ sestra připraví pomůcky k převazu /převazový vozík/
- ▶ umyjeme a dezinfikujeme si ruce, nasadíme nesterilní rukavice



Ošetřovatelský postup při převazu rány

II. POVINNOSTI PŘI VLASTNÍM VÝKONU

- ▶ sestra zajistí vhodnou polohu pacienta
- ▶ s rukavicemi odstraní obvaz a jednotlivé vrstvy krytí
- ▶ asistuje lékaři při výkonu za aseptických podmínek
- ▶ sestra dle lékaře přiloží krytí, popř. kompresi
- ▶ standardní krytí rány (viz. možnosti krytí)
- ▶ před výkonem možnost podání analgetik dle ordinace lékaře.

Ošetřovatelský postup při převazu rány


III. POVINNOSTI PO VÝKONU

- ▶ sestra uklidí a dezinfikuje pomůcky
- ▶ sestra zajistí změnu polohy nemocného dle přání a zdravotního stavu klienta
- ▶ provede záznam o stavu rány a provedení převazu do zdravotní dokumentace
- ▶ sleduje celkový stav klienta, stav operační rány
- ▶ v případě prosaku přiloží na ránu další krycí vrstvu /Mesorb/ a ihned informuje lékaře
- ▶ převaz rány se provádí v intervalu 1-2 dnů





Ostatní invazivní vstupy

- ▶ Invazivní vstupy do cévního řečiště - (arteriální katétr, centrální venózní katétr, periferní žilní katétr)
 - ▶ Invazivní vstupy do páteřního kanálu (spinální linka)
 - ▶ Invazivní vstupy do tělních dutin (drény a drenáže)
 - ▶ Invazivní vstupy dýchacích cest (ETK, TSK)
 - ▶ Invazivní vstupy do močového systému (transuretrální katetrizace, epicystostomie)
 - ▶ Invazivní vstupy do gastrointestinálního traktu (naso-, orogastrická sonda, perkutánní endoskopická gastrostomie)
- 



Možnosti krytí



- ▶ **Netransparentní krytí** – netkané textilie, dobře absorbují vodu v místě vpichu, dobře drží, nemožnost vizuální kontroly - výměna max. za 24 hodin
- ▶ **Transparentní (okluzivní) krytí** – průhledné, pro vodu nepropustné (zvýšená tvorba vlhkosti pod obvazem a riziko macerace pokožky) - výměna max. za 3 dny
- ▶ **Polotransparentní krytí** - netkané textilie a průhledné polyuretanové fólie, vyšší adherence a možnost vizuální kontroly místa vpichu



Ošetřovatelská péče

- ▶ Kontrola místa vpichu, místa zavedení invazivního vstupu (bolest, zarudnutí, edém, dekubit...)
- ▶ Správný výběr krytí
- ▶ Polohování
- ▶ ...



Děkuji za pozornost