ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В СЛУЖБЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА БАЗЕ МЕЖРАЙОННОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

СТАРШАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

ГБУЗ ГБ №2 г МИАСС

Для человека, страдающего неизлечимым заболеванием, рано или поздно наступает время, когда ни один метод лечения не может остановить развитие заболевания.

Болезнь разрушает привычную жизнь: лишает работоспособности и тем самым ограничивает возможность реализовывать свои стремления и обеспечивать свое существование

Наша задача заключается не только в лечении болевого синдрома но и в улучшение качества жизни пациента

Как организована работа кабинета паллиативной медицинской помощи в нашей поликлинике:

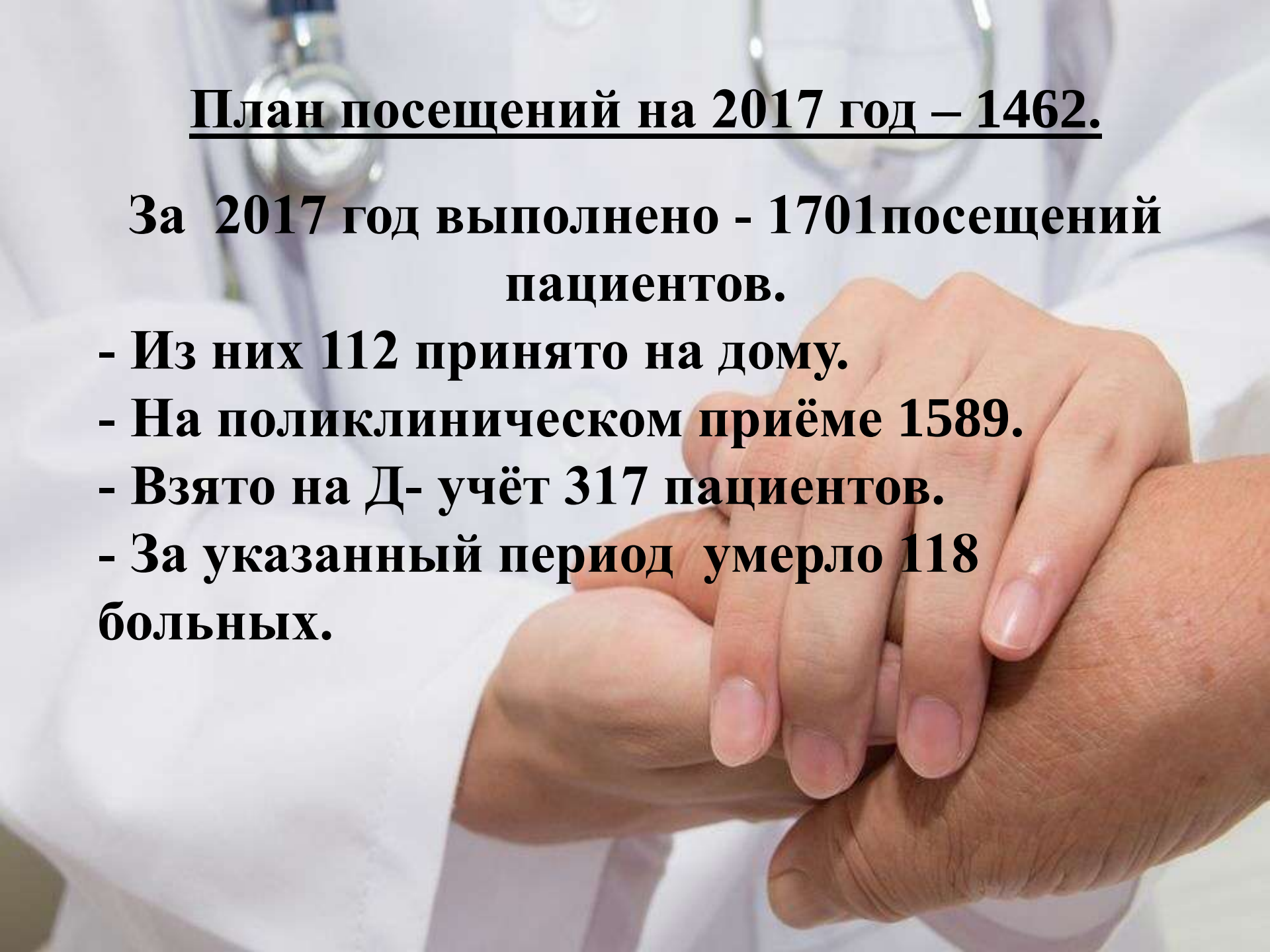
Производим оценку типа и интенсивности болевого синдрома по шкалам ВАШ и НОШ.

Производим коррекцию терапии согласно методическим рекомендациям.

Производим мониторинг эффективности терапии и профилактику побочных явлений.

Осуществляем патронаж за лежачими онкологическими больными

При необходимости направляем на паллиативную койку во 2 онко/отделение.



<u>План посещений на 2017 год – 1462.</u>

За 2017 год выполнено - 1701посещений пациентов.

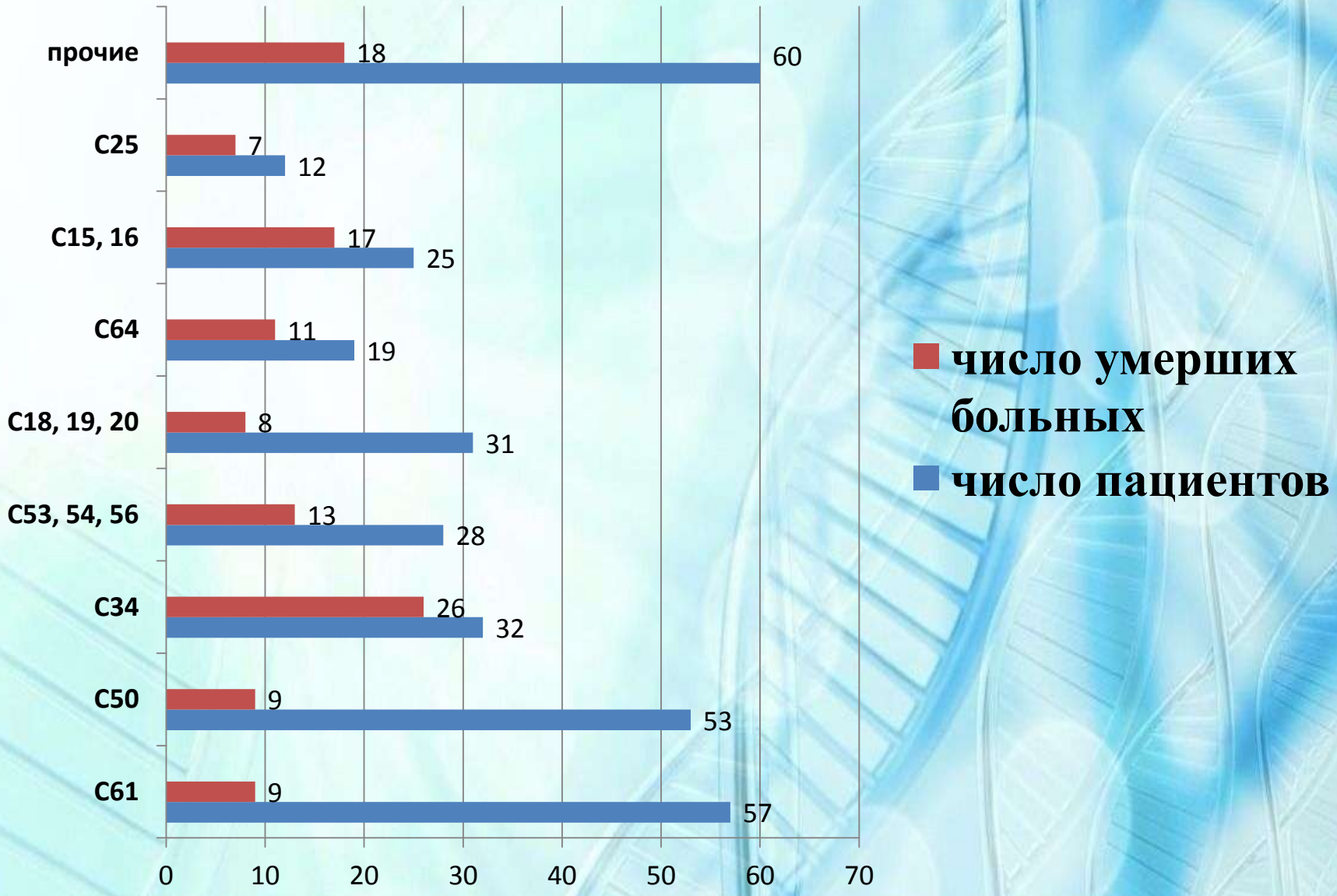
- Из них 112 принято на дому.

- На поликлиническом приёме 1589.

- Взято на Д- учёт 317 пациентов.

- За указанный период умерло 118 больных.

Контингент кабинета паллиативной помощи:



Основы ухода за умирающим пациентом

Большое внимание мы уделяем работе с родственниками пациентов. Даются рекомендации по уходу за больным. Объясняются основные принципы противоболевой терапии и важности применения анальгетика по часам.

Что мы рекомендуем родственникам :

1. Пациент должен самостоятельно выбирать еду и напитки. Не следует заставлять его или оказывать какое-либо давление на его решение.
2. Необходимо давать ему чаще пить или смачивать губы, также можно протирать их кусочками льда.
3. В питьевой режим обязательно включается средство против рвоты (настой мяты с медом и лимонным соком, соки, фруктовый чай, морс)
4. Еду следует давать небольшими порциями 5-6 раз в день. Это должна быть преимущественно легкая и не жирная пища.
5. Когда больной не может принимать пищу самостоятельно, нужно стараться говорить на отвлеченные темы и аккуратно постараться покормить.
7. Дать возможность пациенту самостоятельно принимать свои решения, не ограничивая круг общения больного, если только он сам этого не хочет.

Особенности ухода за пациентом в домашних условиях:

1. Больному будет удобнее в отдельной комнате или в помещении около окна. Пациенту требуется свежий воздух, для чего помещение проветривается 5-6 раз в день, а в комнате проводится ежедневная влажная уборка.
2. Постель должна быть ровная, без складок. Под поясницу стелется влагоудерживающая пеленка или одеваются памперсы.
3. Матрац не должен быть мягким (рекомендуется средняя жесткость), одеяло лучше использовать облегченное из натуральных материалов (шерсть), одежда больного предпочтительно из натуральной ткани, свободного покроя.
4. Больной ежедневно нуждается в проведении туалета кожи и профилактики образования пролежней.

Профилактика пролежней:

1. Профилактика пролежней у лежачих больных должна начинаться с изменения положения каждые два часа.
2. Исключить наличие на постели крошек, складок, рубцов и длительный контакт кожи с мокрым бельем.
3.Ежедневно следует тщательно осматривать поверхность кожи, что позволит своевременно выявить развитие патологий.
4. Ежедневно нужно проводить влажный туалет всего тела. Для этого применяется мягкий мыльный раствор и теплая вода.
5. Необходимо подкладывать под костные выступы резиновые круги, обернутые мягкой тканью, использовать функциональные кровати и противопролежневые матрацы.
6. При поворотах больного кожные покровы в местах возможного формирования пролежней, нетравматично массируют. Если кожа сухая ее смазывают защитными кремами (например, мазью «ПАНТЕТОЛ» или "Детским кремом"). При избыточно влажной коже, промывают физиологическим раствором , обрабатывают препаратами типа «БЕПАНТЕН», «ВАЗА-ПЕНА», "Присыпка".

При первых признаках пролежней:
-2-3 раза в день смазывать места покраснения 2% камфорным спиртом или 1% салициловым спиртом .
-Эффективно обмывание прохладной водой, процедура стимулирует улучшение местного кровотока и усиливает питание тканей.
При развитии пролежня: основная цель заключается в предотвращении нагноения.
Для этого используют: обработку антисептиком Хлоргексидином, накладывается повязка с противомикробной мазью Левомеколь, активирующие регенерацию кожи гели Солкосерил или Бепантен. Достаточно эффективными считаются гидроколлоидные - повязки и гели при условии если рана не инфицирована.

Проведение иной гигиены

1.Ежедневная гигиена глаз - (настой ромашки, шалфея, чайной заварки).
2.Гигиена полости рта –(после каждого приема пищи язык, десны, зубы обрабатываются слабым раствором 0,02% раствором фурацилина, 0.5% раствором бикарбоната натрия, растворами ромашки или шалфея.
3. Два раза в день чистка зубов профилактической зубной пастой.
4. Для очищения языка и стимуляции саливации (можно дать больному кусочек ананаса, либо таблетку аскорбиновой кислоты).
3.Профилактика дисфункции кишечника — правильное питание и поддержание водно-солевого баланса. Стул должен быть не реже, чем 1 раз в 3 дня. Включить в рацион продукты богатые клетчаткой, чернослив, фрукты и овощи.
- При необходимости делать клизмы, а при запорах использовать ректальные слабительные препараты.
4. Для профилактики застойной пневмонии необходимо организовать для больного подвижный режим в постели, а именно: переворачивать, проводить массаж грудной клетки и совместно выполнять упражнения дыхательной гимнастики.

Диагностика интенсивности болевого синдрома

1. Оценка интенсивности боли проводится врачом при каждом визите и осмотре онкологического больного.
2. Интенсивность боли оценивается по нумерологической оценочной шкале (НОШ) или по визуально-аналоговой шкале (ВАШ),
3. Оценку интенсивности боли проводят отдельно при движении и в состоянии покоя.

Для получения дополнительной информации доктор проводит беседу с пациентом и собирает анамнез боли:

1. число и локализацию очагов боли;
2. длительность предшествующего болевого анамнеза;
3. применяемые анальгетики;
4. эффективность предшествующей терапии боли;
5. влияние боли на физическую активность;
6. влияние боли на продолжительность ночного сна;
7. влияние боли на возможность приема пищи и питья.

Сопоставив полученные сведения с данными, приведенными в таблице следует определить степень интенсивности боли.

Диагностические критерии интенсивности боли в зависимости от симптомов

Интенсивность болевого синдрома	ВАШ	Проявление боли, симптомы
Боли нет	0 %	Жалоб нет
1 ступень слабая боль	до 40%	Больной спокойно сообщает о своей боли, которая хорошо купируется на 4–6 часов парацетамолом, анальгином или средними дозами НПВП, ночной сон не нарушен из-за боли
2 ступень умеренная боль	40–70%	Парацетамол, анальгин или средние дозы НПВП малоэффективны (не более 1–3 часов), ночной сон нарушен приступами боли
3 ступень сильная боль	более 70%	Трамадол в комбинации с парацетамолом или анальгином или НПВП – малоэффективен, боль вызывает страдание у пациента при воспоминании о ней, нарушает его ночной сон
3 ступень нестерпимая боль	100%	Больной на момент осмотра мечется, стонет, страдает от сильнейшей боли, принимает вынужденное положение НЕОБХОДИМА НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

Общие принципы обезболивающей терапии хронической боли в онкологии

1 - «через рот» – означает, что следует исключить все инъекционные формы.

2 - «по часам» – анальгетики следует назначать регулярно по схеме, в соответствии с длительностью эффекта препарата, не дожидаясь развития сильной боли, исключая возможность «прорывов» боли.

3 - «по восходящей» – подбор препаратов для обезболивания осуществляется в соответствии с **«лестницей обезболивания ВОЗ».**

4 - «индивидуальный подход» – предполагает необходимость «индивидуального» подбора анальгетика с наименьшими побочными эффектами

5 -«с вниманием к деталям» предполагает учет особенностей каждого пациента, назначение коанальгетиков и адъювантных средств, проведение мониторинга за больными.

all-skripts.com

«Лестница обезболивания ВОЗ»

3-я ступень сильные опиоиды + неопиаты ± адъювантная терапия (по требованию) МОРФИН, ФЕНДИВИА

2-я ступень слабый опиодный анальгетик + неопиоиды ± адъювантная терапия (по требованию) ТРАМАДОЛ

1-я ступень неопиоидные анальгетики (НПВП, парацетамол) адъювантная терапия±

Как мы обучаем родственников применять пластыри.

1. Нужно подготовить плоскую поверхность верхней части грудной клетки, спины или руки.
2. Состричь волосы, которые могут помешать наклеиванию пластыря.
3. Вымыть место для наклеивания пластыря чистой теплой водой без мыла.
4. Тщательно просушить место для наклеивания пластыря.
5. Извлечь пластырь из запаянного пакета и снять прозрачную защитную пленку.
6. Приложить пластырь Дюрогезик к подготовленному месту для наклеивания, плотно прижать ладонью на 30 секунд.
7. Убедиться, что пластырь хорошо держится на коже, особенно по его краям.
8. Вымыть руки.

Пластырь Дюрогезик рассчитан на 72 часа. Для наклеивания каждого последующего пластыря нужно выбрать другое место на верхней части грудной клетки, спины или руки.

Показания для госпитализации
на паллиативные койки 2 онкологического отделения ГБУЗ «ГБ №2»:

1.Выраженный болевой синдром, не поддающийся лечению в амбулаторных условиях, в том числе на дому;
2. Индивидуальный подбор анальгетиков для купирования хронического болевого синдрома и продолжения лечения на дому;
3. Выполнение паллиативных операций у онкологических больных с прогрессированием опухолевого процесса;
4. Выполнение медицинских вмешательств, осуществление которых невозможно в амбулаторных условиях, в т.ч. на дому (выполнение пункций, установка дренажей и прочее);
5.Необходимость проведения дезинтоксикационной терапии, нормализации показателей крови;
6. Проведение паллиативной химиотерапии

<u>Какие мы сделали выводы</u>:

Для нас это новая глубокая работа, в которой мы развиваемся , совершенствуем свои знания, читаем новую литературу, стараемся облегчить состояние наших пациентов и найти решение к их проблемам

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ