

BADANIE PODMIOTOWE I PRZEDMIOTOWE W CHOROBYCH CHIRURGICZNYCH JAMY BRZUSZNEJ

1. OGÓLNE ZASADY ZBIERANIA WYWIADU

Wywiad pielęgniarski

Zbieranie wywiadu jest na ogół pierwszą i często najważniejszą częścią spotkania z pacjentem. Dobrze przeprowadzony wywiad to w 80% dobre poznanie pacjenta (pozostałe 20% informacji o stanie zdrowia pacjenta dostarcza badanie fizykalne).

Celem przeprowadzanego wywiadu jest:

- zebranie informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta;
- określenie zgłaszanych przez pacjenta, głównych dolegliwości i problemów zdrowotnych;
- ustalenie endo- i egzogennych czynników ryzyka wpływających na stan zdrowia.

Zasady i etapy zbierania wywiadu

Pielęgniarka, aby dobrze przeprowadzić wywiad, musi się wcześniej do niego przygotować.

W tym celu powinna:

- zapoznać się z dostępną dokumentacją medyczną, np. kartą informacyjną, skierowaniem do szpitala;
- wybrać odpowiednie miejsce do przeprowadzenia rozmowy z pacjentem

Wywiad należy przeprowadzać w pomieszczeniu, np. pokoju do badań, w którym jest dobre oświetlenie, właściwa temperatura oraz można w nim wygodnie usiąść. Należy starać się zapewnić ciche i wolne od zakłóceń otoczenie. Pielęgniarka powinna usiąść tak, aby za jej plecami nie było źródła światła (lampa, okno), ponieważ wtedy pacjent nie widzi mimiki twarzy rozmówcy, co może utrudniać prawidłową z nim komunikację. Zawsze należy upewnić się czy pacjent siedzi wygodnie. Warunki przeprowadzenia wywiadu będą zależne od miejsca (np. szpital, przychodnia, środowisko domowe) i sytuacji, w jakiej znajduje się pacjent (np. zdrowy, cierpiący, w stanie zagrożenia życia). Zawsze prowadząc wywiad należy pacjentowi zapewnić maksimum intymności.

Przy pierwszym spotkaniu z pacjentem pielęgniarka powinna przedstawić się z imienia i nazwiska oraz funkcji, jaką pełni. Do swego rozmówcy zawsze powinna zwracać się używając jego nazwiska poprzedzonego zwrotem Pan-Pani, np. Panie Adamski. Pierwsze minuty kontaktu z pacjentem wpływają na jego otwartość i zaufanie do prowadzącego wywiad, kształtują też cały proces współpracy w okresie diagnozowania, terapii i rehabilitacji.

Czas prowadzenia wywiadu nie powinien być dłuższy niż 45 minut. Wywiad z pacjentem odczuwającym ból musi być skrócony do niezbędnego minimum.

Niezbędnym warunkiem uzyskania wiarygodnych informacji jest zgodność komunikacji werbalnej i niewerbalnej. Pielęgniarka zawsze kontroluje język ciała, mimikę twarzy. Zachowana zgodność komunikatów pozwala na poprawne komunikowanie się pielęgniarki z pacjentem i odwrotnie, obiektywizuje gromadzone dane, daje pacjentowi poczucie bezpieczeństwa, zaś pielęgniarcie umożliwia weryfikację uzyskanych informacji słownych.

Prowadzony wywiad musi być prawidłowo dokumentowany. Pacjent zawsze powinien być uprzedzony, że pielęgniarka chce zapisywać informacje, które od niego uzyska. W czasie zapisywania danych należy utrzymywać kontakt wzrokowy z pacjentem.

Wywiad należy rozpocząć od zadawania pytań otwartych, czyli takich, na które badany odpowiada własnymi słowami, budując odpowiedź w sposób według niego najodpowiedniejszy i mówiąc tak długo jak chce. Pytania otwarte pozwalają na :

- Szeroki wybór odpowiedzi;
- Całkowitą swobodę wypowiedzi;
- Stworzenie nastroju zwyczajnej, codziennej rozmowy;
- Łagodzenie trudności związanych z poruszaniem problemów drażliwych;
- Unikanie atmosfery przesłuchania.

Posługiwanie się pytaniami otwartymi jest szczególnie korzystne na początku rozmowy, ma też znaczenie przy zmianie tematu oraz w poruszaniu problemów uchodzących za „tabu”.

Przykłady pytań otwartych:

- jak się Pani czuje?
- co sprowadza panią do szpitala?
- co Pani robi, gdy odczuwa ból?
- proszę, niech Pani powie coś o swojej pracy.

Innym rodzajem pytań wykorzystywanych w wywiadzie są pytania wprost. Są one zaopatrzone z góry w przewidzianą odpowiedź tak, nie, czasami itp.

Pytania wprost:

- upraszczają pracę pielęgniarce, jednak kryją w sobie niebezpieczeństwo podsunięcia pacjentowi już gotowej odpowiedzi, której być może nie udzieliłby, gdyby go zapytać w inny sposób.
- ograniczają wypowiedź pacjenta, uniemożliwiają poruszenie przez niego problemów istotnych, a niedostrzeganych przez pielęgniarkę, uniemożliwiają pełne poznanie pacjenta, jego sytuacji, motywacji i sposobów postępowania.

Przykłady pytań wprost:

- Czy ma Pani męża, zamiast: proszę, niech Pani powie coś o swojej rodzinie;
- Czy czuje się Pani dobrze, zamiast: Jak się Pani czuje?
- Bierze Pan wtedy Paracetamol, zamiast; co Pan robi gdy odczuwa Pan ból?

Pielęgniarka powinna zadawać obydwa rodzaje pytań pomimo niebezpieczeństwa wydłużenia czasu wywiadu z pacjentem. Jako zasadę należy przyjąć niezadawanie pytań wprost w tematach trudnych, przed nawiązaniem bliższego kontaktu z pacjentem. Często także prowadząc rozpoznanie posługujemy się tzw. pytaniami pogłębiającymi. Pytania pogłębiające są kategorią pośrednią między pytaniami otwartymi a pytaniami wprost. Charakterystyczną cechą pytań pogłębiających jest to, iż z jednej strony ograniczają pole odpowiedzi, a z drugiej-zachęcają pacjenta do udzielenia dodatkowych informacji.

Należy pamiętać, iż pomimo niebezpieczeństwa wydłużenia trwania wywiadu z pacjentem pielęgniarka powinna zadawać oba rodzaje pytań.

Pewną regułą/ zasadą jest nie stosowanie pytań wprost w tematach „tabu” przed nawiązaniem bliższego kontaktu z pacjentem.

Pytania pogłębiające są kategorią pomiędzy pytaniami otwartymi a pytaniami wprost.

Pytania pogłębiające stosuje się zazwyczaj wtedy, gdy treści, które ma w swojej wypowiedzi poruszyć pacjent, są dla niego przykre, budzą opory, stawiają go wobec konieczności udzielenia odpowiedzi społecznie, nieaprobowanej. Stosując tę technikę zbierania informacji od pacjenta, pielęgniarka powinna być bardzo ostrożna, żeby nie naruszyć intymności pacjenta, nie wtargnąć zbyt gwałtownie pod jego „pancerz sekretów”, powinna mieć wyczucie, ile i jak daleko można informację pogłębić.

Przykłady pytań pogłębiających:

- czy jest coś, co chciałby Pan szczególnie podkreślić ?
- Czy mógłby Pan to bliżej wyjaśnić?
- Czy mógłby Pan powiedzieć coś więcej na ten temat?

2. PODSTAWOWY SCHEMAT WYWIWDU OD OSÓB Z CHIRURGICZNYMI CHOROBYMI JAMY BRZUSZNEJ

Wywiad

Jeśli stan chorego na to pozwala wywiad zbierać należy od chorego ubranego i w pozycji siedzącej. W wywiadzie zwrócić należy szczególną uwagę na:

- bóle w obrębie jamy brzusznej, klatki piersiowej oraz odbytnicy i odbytu,
- gorączkę i dreszcze,
- odbijanie, zwracanie i wymioty,
- obecność krwi w wymiocinach,
- zgażę,
- trudności w połykaniu,
- zaburzenia w oddawaniu stolca (zaparcie, biegunka, naprzemienne zaparcia i biegunki, parcie na stolec, zatrzymanie gazów i stolca),
- krwawienie oraz wydalanie śluzu i ropy z odbytu,
- powiększenie rozmiarów brzucha (wzdęcie, wodobrzusze),
- łaknienie,
- żółtaczkę,
- zachowanie się masy ciała.

3. PODSTAWOWY SCHEMAT BADANIA FIZYKALNEGO OSÓB Z CHIRURGICZNYMI CHOROBYMI JAMY BRZUSZNEJ

Kolejność stosowania technik w badaniu jamy brzusznej jest następująca:

- oglądanie
- osłuchiwanie
- opukiwanie
- palpacja (obmacywanie)

Badanie jamy brzusznej -jedynym instrumentem potrzebnym do badania jest stetoskop; czasem korzystamy z metra krawieckiego do pomiaru obwodu brzucha.

Podstawowe warunki potrzebne dla dobrego badania brzucha zawierają:

- dobre oświetlenie,
- zrelaksowany pacjent,
- pełna ekspozycja brzucha (odstąpić cały brzuch od wyrostka mieczykowatego do wżgórka łonowego).

Pacjent powinien mieć opróżniony pęcherz. Ręce badającego powinny być ciepłe, paznokcie krótkie. Pomocnym jest ogrzanie stetoskopu w rękach. Podczas badania nie okazywać pośpiechu, ani wykonywać nagłych ruchów. Jeśli pacjent jest napięty, trzeba odwrócić jego uwagę przez podjęcie rozmowy, zadawanie pytań. Pacjenta ułożyć się w pozycji grzbietowej z poduszką pod głowę, czasami też można podłożyć wałek pod kolana, celem zmniejszenia napięcia mięśni brzucha. Kończyny górne pacjenta ułożyć wzdłuż ciała. Często pacjent zakłada ręce za głowę - to zwiększa napięcie brzucha. Jeżeli pacjent jest wystraszony, wrażliwy na dotyk obcej ręki, można rozpocząć palpację za pomocą jego ręki przykrywając ją naszą ręką - badającego. Po chwili można zsunąć ją badając bezpośrednio. Poprosić pacjenta, aby wskazał okolice odczuwania bólu. Badający zmniejszy wtedy siłę ucisku. Należy obserwować twarz pacjenta podczas przeprowadzania badania. Optymalną pozycją badającego jest miejsce z prawej strony badanego.

Oglądanie

Badanie zaczynamy z pozycji stojącej po prawej stronie łóżka. Można przyjąć pozycję kuczną obserwując kontury brzucha i ewentualnie widoczną perystaltykę.

1. Skóra

- blizny (opisz lokalizację),
- rozstępy (różowo-purpurowe w zespole Cushinga)
- poszerzenie żył
- zmiany chorobowe

- kolor
- utkanie tkanek
- rozstępy

2. Pępek

- jego kontur,
- lokalizację,
- objawy zapalenia lub przepukliny.

3. Kontur brzucha

- czy jest płaski lub wklęsły
- czy nie ma miejscowych wybrzuszeń
- należy zaobserwować okolicę pachwinową (wypełniony pęcherz, ciężarna macica)

4. Symetria brzucha

- kontur brzucha
- płaski
- wypukły
- łódkowaty
- wystający

5. Powiększenie narządów

- czy wątroba lub śledziona schodzi poniżej łuku żebrowego (asymetria powiększonych narządów)

6. Guzy

7. Perystaltyka. Obserwować należy przez kilka minut - u ludzi bardzo szczupłych może być widoczna.

8. Pulsacje. Pulsacja aorty jest często widoczna gołym okiem.

9. Cięcia chirurgiczne – blizny na skórze brzucha (opisać)

Przyczyny powiększenia brzucha

- otyłość
- wzdęcie przez gaz
- ciąża
- wodobrzusze (puchlina brzuszna)

Badanie w kierunku obecności płynu w jamie brzusznej

- objaw chełbotania

Ostuchiwanie

Przynosi korzyści w ocenie ruchliwości jelit i wykrywaniu zwężeń tętnic. Po przyłożeniu membrany stetoskopu do brzucha wysłuchujemy dźwięki perystaltyczne, ich częstość i charakter.

Normalne dźwięki to:

- kurczenia i przelewania,
- częstość ich ma zakres 5 – 34/min.,
- najlepiej słyszalne w prawym dolnym kwadrancie.

Ostuchiwanie perystaltyki jelit

Brak - cisza w brzuchu

Zmniejszona perystaltyka - mniej niż 5/min

Normalna perystaltyka - 5-30/min

Wzmożona perystaltyka - >30/min

Dźwięki perystaltyczne mogą być zaburzone przez:

- biegunkę,
- zapalenie otrzewnej,
- niedrożność.

Jeżeli podejrzewa się niewydolność tętnic w kończynach dolnych należy osłuchać:

- aortę brzuszną,
- tętnice biodrowe,
- tętnice udowe.

Opukiwanie

Jest to technika użyteczna dla ogólnej orientacji o jamie brzusznej, dla wykonania pomiaru wątroby, śledziony, identyfikacji wodobrzusza lub twardych guzów, mas. Brzuch opukujemy we wszystkich czterech kwadrantach i oceniamy ogólne rozmieszczenie wypuku bębnekowego oraz stłumienia. Zwykle wypuk bębnekowy dominuje. Wypełniony pęcherz powoduje stłumienie wypuku w okolicy nadłonowej.

Palpacja wątroby

Rękę układa się płasko z palcami zwróconymi ku górze i tak ułożonymi, by palce badające (wskazujący i środkowy) znajdowały się z boku mięśnia prostego. Rękę wciska się silnie do wewnątrz i ku górze, trzymając ją bez ruchu, gdy pacjent wykonuje głęboki oddech przez usta. Na szczycie wdechu zwalnia się ucisk skierowany do wewnątrz, utrzymując ucisk ku górze. Przy tym ruchu czubki palców powinny się ześlizgnąć po brzegu wątroby, jeśli jest ona wyczuwalna. Stwierdza się przy tym, czy brzeg ten jest ostry, co jest normą, czy też zaokrąglony, twardy, nieregularny lub bolesny podczas ucisku.

Palpacja śledziony

Badający jedną ręką podtrzymuje tkanki w okolicy dolnych żeber od tyłu, a drugą umieszcza na płask, tak by palce leżały pod kątem ostrym w stosunku do lewej krawędzi żeber, i uciska w głąb i ku górze. Bardzo dużą śledzionę łatwo wyczuć, gdy szybki ruch ku przodowi ręki stanowiącej podparcie wywołuje uderzenie śledziony o drugą rękę. Śledzionę bada się podczas wdechu, bo wtedy uderza ona o czubki palca wskazującego i środkowego. Na szczycie wdechu zwalnia się ucisk ręki leżącej od przodu, tak że czubki palców prześlizgują się nad biegunem śledziony, potwierdzając jej obecność i pozwalając wyczuć charakter jej powierzchni i konsystencję.

Charakterystyczne punkty i objawy

Punkt Lanza - Leży w 1/6 odległości od prawego kolca biodrowego górnego na linii łączącej prawy kolec biodrowy górny z lewym.

Punkt Mc Burneya - Leży w 1/3 odległości od prawego kolca biodrowego górnego na linii łączącej kolec biodrowy górny prawy z pępkiem.

Objaw Blumberga- Zwiększenie nasilenia bólu po nagłym oderwaniu dłoni od powłok brzusznych. Charakterystyczny dla zapalenia otrzewnej, wyrostka robaczkowego)

Objaw Chełmońskiego - Wstrząsanie wątroby, leżącego chorego uderza się pięścią w okolicę rzutu pęcherzyka żółciowego. W kamicy żółciowej wstrząsanie sprawia ból promieniujący do dołka. Wstrząsanie lewego podżebrza nie wywołuje bólu.

Objaw Courvoisiera - Stwierdzenie wyczuwalnego, niebolesnego pęcherzyka żółciowego. Rzadko występuje w kamicy żółciowej, najczęściej dotyczy choroby nowotworowej.

Objaw Kehra - Ból oddalony, odczuwany w okolicy lewego barku. Jest to klasyczny objaw pęknięcia śledziony.

Objaw Goldflama - Wstrząsanie okolicy lędźwiowej powoduje ból. Charakterystyczny dla chorób nerek.

Objaw Rowsinga - Bolesność w obrębie prawego dolnego kwadrantu jamy brzusznej, występująca podczas wywierania ucisku w lewym dolnym kwadrancie jamy brzusznej.

Objaw Murphy`ego - Wzmożona wrażliwość i wstrzymywanie wdechu podczas badania palpacyjnego prawego górnego kwadrantu brzucha.

4.