

РЕКОМЕНДОВАНО
ВЕДУЩИМИ РОССИЙСКИМИ СПЕЦИАЛИСТАМИ

СПРАВОЧНИК ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМИ

А. К. Джамбекова, В. Н. Шклов



НОВЕЙШИЙ МЕДИЦИНСКИЙ

СПРАВОЧНИК

**Владимир Николаевич Шилов
Айшат Кизировна Джамбекова
Справочник по уходу за больными**

*Текст предоставлен издательством «Эксмо»
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=176886
Справочник по уходу за больными: Эксмо; Москва; 2008
ISBN 978-5-699-27085-9*

Аннотация

Полный справочник содержит все самые необходимые сведения по уходу за больными и оказанию помощи в экстремальных ситуациях, связанных с угрозой жизни и здоровью. Наглядно показана техника основных медицинских процедур, даны рекомендации по их проведению в лечебном учреждении и домашних условиях. Подробно рассмотрены принципы рационального ухода за больным и здоровым человеком в разные жизненные периоды.

В справочнике описаны основные элементы гигиены и самогигиены во всех возрастных группах. Врачи-профессионалы предоставляют информацию по профилактике заболеваний, правильному питанию, двигательной активности, формированию режима дня с целью длительного сохранения здоровья.

Издание актуально для медицинских сестер, преподавателей и учащихся медицинских училищ и колледжей, а также широкого круга читателей.

Содержание

Раздел 1	4
Процесс умирания и его периоды	4
Реанимация	6
Помощь при отравлениях	8
Помощь при утоплении	9
Помощь при тепловом ударе	10
Помощь при электротравме	11
Помощь при радиационном поражении	12
Раздел 2	13
Основные принципы лечебного питания	13
Организация питания и кормления больных	15
Кормление тяжелобольных	16
Искусственное питание	17
Правила передачи и хранения продуктов	19
Раздел 3	20
Правила выписки, хранения и раздачи лекарственных средств	20
Методы введения лекарственных веществ	21
Раздел 4	24
Термометрия и ее способы	24
Лихорадка и ее виды	25
Уход за лихорадящими больными	26
Раздел 5	27
«Отвлекающие средства»	27
Раздел 6	30
Особенности инфекционного больного и уход за ним	30
Классификация инфекционных болезней	31
Особенности ухода при различных инфекционных болезнях	32
Раздел 7	38
Особенности лечения, наблюдения и ухода за больными при кашле, кровохаркании и легочном кровотечении	38
Сбор мокроты для лабораторного анализа	39
Помощь при кровохаркании и легочном кровотечении	40
Одышка	42
Раздел 8	44
Диагностика заболеваний органов кровообращения	44
Уход за больными с гипертонической болезнью	46
Наблюдение и уход за больными с болями в сердце	47
Недостаточность кровообращения	48
Раздел 9	50
Наблюдение и уход за больными с болями в животе и диспептическими расстройствами	51
Наблюдение и уход за больными с желудочно-кишечным кровотечением	53
Диагностика и лечение	54
Конец ознакомительного фрагмента.	55

Айшат Кизировна Джамбекова, Владимир Николаевич Шилов Справочник по уходу за больными

Раздел 1

Понятие смерти. Реанимационные мероприятия. Реанимационное отделение. Помощь при некоторых неотложных состояниях

Процесс умирания и его периоды

Под смертью понимают необратимое прекращение жизнедеятельности организма. В качестве основных причин смерти могут выступать тяжелые, несовместимые с жизнью повреждения тех или иных органов, массивная кровопотеря, кровоизлияния, захватывающие важнейшие центры головного мозга, раневая интоксикация. Непосредственными причинами смерти при различных заболеваниях чаще всего бывают сердечная или дыхательная недостаточность.

Состояние между жизнью и смертью называется терминальным. К такому состоянию относится и процесс умирания, постепенно захватывающий все органы и системы организма и включающий в себя несколько стадий. Преагональное состояние возникает на фоне тяжелой гипоксии (кислородного голодания) внутренних органов и характеризуется постепенным угнетением сознания, прогрессирующими расстройствами дыхания и кровообращения. Выраженность и длительность преагонального периода могут быть различными.

Преагональный период заканчивается возникновением терминальной паузы (кратковременного прекращения дыхания), продолжающейся от 5–10 с до 3–4 мин и сменяющейся агональным периодом (агонией).

Агония

Агония характеризуется кратковременной активизацией механизмов, направленных на поддержание процессов жизнедеятельности, но затем ведет к падению артериального давления, расстройству дыхания с редкими короткими и глубокими дыхательными движениями, утрате сознания, исчезновению болевой чувствительности, роговичных, сухожильных и кожных рефлексов. Агональный период продолжается от нескольких минут до нескольких часов и более, после чего наступает клиническая смерть.

Клиническая смерть

Клиническая смерть является обратным этапом умирания, при котором исчезают проявления жизнедеятельности организма (дыхание, сердечные сокращения), однако не происходит еще необратимых изменений в органах и тканях. Продолжительность этого периода составляет обычно 5–6 мин. В указанные сроки с помощью реанимационных мероприятий возможно полное восстановление жизнедеятельности организма. После этого периода в тканях (прежде всего в клетках коры головного мозга) возникают необратимые изменения, определяя уже состояние биологической смерти, при которой полного восстановления функ-

ций различных органов достичь не удастся. Наступление биологической смерти устанавливается как по прекращению дыхания и сердечной деятельности, так и на основании появления достоверных признаков биологической смерти: снижению температуры тела ниже 20 °С, образованию через 2–4 ч после остановки сердца трупных пятен, развитию трупного окоченения.

Реанимация

Применение для восстановления жизнедеятельности организма комплекса различных мероприятий получило название реанимации. Реанимационные мероприятия оказываются наиболее эффективными в тех случаях, когда их проводят в специализированных отделениях, оснащенных необходимой аппаратурой. В настоящее время существуют реанимационные отделения 3-х типов: отделение реанимации общего профиля, отделение послеоперационной интенсивной терапии и специализированные отделения реанимации.

Реанимационные отделения и принцип их работы

Реанимационные отделения общего профиля организуют в крупных больницах и предназначают для проведения реанимационных мероприятий у больных с различными заболеваниями и состояниями: травматическим шоком, массивной кровопотерей, острой сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностью. Послеоперационные отделения реанимации и интенсивной терапии развертывают в крупных хирургических стационарах для наблюдения и лечения больных (обычно в течение нескольких суток), перенесших операции под наркозом.

Специализированные центры и отделения реанимации создают для больных с определенными заболеваниями (кардиореанимация, токсикологические, нефрологические, инфекционные).

Реанимационные отделения оснащены необходимым диагностическим и лечебным оборудованием: системой для постоянного наблюдения за важнейшими функциями органов дыхания и кровообращения, электрокардиографами, спирографами, передвижным рентгеновским аппаратом, аппаратами для искусственного дыхания и наркоза, дефибрилляторами, кардиостимуляторами, бронхоскопами. В современных отделениях реанимации имеются условия для проведения гемодиализа, гемосорбции и гипербарической оксигенации. При отделениях реанимации имеются лаборатории для проведения клинических и биохимических анализов.

Работа всего медицинского персонала в отделениях реанимации является трудной и ответственной. Врачи-реаниматологи круглосуточно принимают вновь поступающих больных, проводят экстренные реанимационные мероприятия, осматривают всех больных многократно в течение суток, делают подробные записи в некоторых историях болезни и специальных листах назначений, консультируют больных в других отделениях.

Медицинские сестры, работающие в отделениях реанимации, должны не только вести постоянное наблюдение за состоянием больных, но и выполнять большое число различных назначений – инъекций, капельных вливаний, помогать врачу в проведении многих манипуляций, а в ряде случаев и самим начинать проводить реанимационные мероприятия (искусственное дыхание, непрямой массаж сердца), фиксировать выполняемые назначения и результаты наблюдений за больными (частоту дыхания и пульса, уровень артериального давления, диареи и др.) в специальные карты. Учитывая, что больные в отделениях реанимации находятся в тяжелом состоянии, большое место в организации ухода за ними занимают транспортировка, смена нательного и постельного белья, уход за кожными покровами, кормление (нередко парентеральное, зондовое).

Медперсонал в отделениях реанимации должен быть опытным и квалифицированным и иметь соответствующую психологическую подготовку.

Искусственное дыхание

Искусственное дыхание представляет собой замену воздуха в легких больного, осуществляемую искусственным путем с целью поддержания газообмена при невозможности или недостаточности естественного дыхания. В этих случаях широко применяют различные аппаратные способы искусственного дыхания с использованием автоматических респираторов «РО-2», «РО-5», «ЛАДА» и других, позволяющие поддерживать газообмен в легких в течение длительного времени. Искусственное дыхание в качестве меры неотложной помощи необходимо при таких состояниях, как асфиксия (удушье), утопление, электротравма, тепловой и солнечный удары, различные отравления. В указанных ситуациях прибегают к искусственному дыханию с помощью т. н. экспираторных методов («изо рта в рот» и «изо рта в нос»). При проведении искусственного дыхания больного укладывают горизонтально на спину, шею, грудную клетку и живот пациента освобождают от стесняющей одежды. Полость рта больного освобождают от слюны, слизи, рвотных масс. После этого запрокидывают его голову.

Если челюсти пациента плотно стиснуты, то рот открывают с помощью выдвигания указательными пальцами, надавливая на его углы. При применении способа «изо рта в рот» закрывают нос больного, а выдох осуществляют в рот пострадавшего, предварительно прикрыв его марлей или носовым платком. Затем прикрывают рот и нос пациента, после чего происходит пассивный выдох больного. Критерием правильного проведения искусственного дыхания служат движения грудной клетки больного в момент искусственного вдоха и пассивного выдоха. Искусственное дыхание проводят с частотой 12–18 искусственных вдохов в минуту.

При использовании метода «изо рта в нос» оказывающий помощь закрывает рот больного приподниманием его нижней челюсти и после глубокого вдоха производит энергичный выдох, обхватив губами нос пациента. В экстренных ситуациях искусственное дыхание возможно с помощью т. н. ручных респираторов, в частности мешка Амбу (резиновой саморасправляющейся камеры).

Массаж сердца

К основным реанимационным мероприятиям относят также и массаж сердца, представляющий собой ритмичное сжатие сердца, проводимое с целью восстановления его деятельности и поддержания кровообращения в организме. В настоящее время прибегают в основном к **непрямому (закрытому)** массажу сердца; **прямой (открытый)** массаж осуществляется при помощи непосредственного сжатия сердца во время операции на органах грудной клетки. Непрямой массаж сердца обычно бывает эффективным, если он начат в ранние сроки после прекращения сердечной деятельности. Во время непрямого массажа происходит сдавление сердца между грудиной и позвоночником. Надавливание на грудину осуществляют быстрыми толчками, причем для расправления грудной клетки руки отнимают после каждого толчка.

Темп непрямого массажа сердца составляет обычно 60 сжатий в минуту. Эффективность контролируют не реже 1 раза в минуту. При этом обращают внимание на появление пульса на сонных артериях, восстановление у больного самостоятельного дыхания, повышение артериального давления. Самыми частыми осложнениями при проведении непрямого массажа сердца являются переломы ребер и грудины. Предупреждением этих осложнений являются технически правильное выполнение непрямого массажа сердца, строгое дозирование физической нагрузки при надавливании на грудину.

Помощь при отравлениях

К **отравлениям** относятся патологические состояния, возникающие при попадании в организм разнообразных химических веществ, вызывающих нарушение функций тех или иных органов, вплоть до смертельного исхода. Ядовитые вещества могут попасть в организм человека различными путями: при приеме внутрь через рот (при пищевых отравлениях), ингаляционным путем (при вдыхании паров ядовитых жидкостей), через кожу (при укусах), а также при их введении с помощью инъекций. В клинической картине отравлений на первый план выступают симптомы поражения центральной нервной системы, органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, почек. Лечебные мероприятия, проводимые при отравлениях, должны быть в первую очередь направлены на прекращение воздействия токсичных веществ и их удаление из организма. Если указанные вещества были приняты внутрь, то с этой целью применяют промывание желудка. При ингаляционных отравлениях, например угарным газом, пострадавшего выносят на свежий воздух. При попадании токсичных веществ на кожу их смывают чистой проточной водой. При укусах ядовитых змей выдавливают из раны первые капли крови, прикладывают затем холод к месту укуса, вводят противозмеиную сыворотку. Удаление токсических веществ, уже попавших в кровеносное русло, проводят с помощью ускорения их выделения через кожу методом форсированного диуреза (капельно вводят 5 %-ный раствор глюкозы, полиглюкин, реополиглюкин (1,5 л), затем применяют мочегонные препараты и проводят коррекцию водно-электролитного баланса организма). При всех отравлениях проводят симптоматическую терапию, направленную на поддержание функций дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Для лечения больных с различными отравлениями созданы специальные центры, имеющие необходимое оборудование для быстрого уточнения характера отравления и выявления токсичного вещества. Для более интенсивного удаления ядов из организма широко применяют такие методы лечения, как гемодиализ с использованием аппарата «искусственная почка», перитонеальный диализ (способ внепочечного очищения организма с помощью промывания брюшной полости специальными растворами), гемосорбцию и другие, позволяющие значительно улучшить результаты лечения отравлений.

Помощь при утоплении

Под **утоплением** понимают острые нарушения функций жизненно важных органов, прежде всего органов дыхания, кровообращения, центральной нервной системы, нередко приводящие к смертельному исходу, развивающиеся в результате погружения человека в воду. Смерть при утоплении может наступить как непосредственно при погружении в воду, так и спустя некоторое время после извлечения пострадавшего из воды (в результате остановки сердца, необратимых изменений центральной нервной системы, отека легких, тяжелой пневмонии). Успех реанимационных мероприятий в случае утопления во многом зависит от правильного и своевременного их проведения. Важно, чтобы они начинались не на берегу, а уже на воде, во время буксировки пострадавшего к берегу.

Даже несколько искусственных вдохов, проведенных в этот период, значительно повышают вероятность последующего оживления утонувшего. Более совершенная помощь пострадавшему может быть оказана на берегу. Если у него отсутствует сознание, но сохранены дыхание и сердечная деятельность, то ограничиваются освобождением пострадавшего от стесняющей одежды и применением нашатырного спирта.

При отсутствии самостоятельного дыхания и сердечной деятельности проводят одновременно искусственное дыхание с непрямой массаж сердца. Предварительно очищают полость рта и глотки пострадавшего от пены, слизи, песка, ила. Для удаления попавшей в дыхательные пути воды пострадавшего укладывают животом на согнутое в коленном суставе бедро реаниматора так, чтобы голова свешивалась вниз, и, поддерживая одной рукой голову пострадавшего, другой рукой слегка ударяют несколько раз между его лопатками.

Указанные подготовительные мероприятия проводят быстро, после чего, не теряя времени, сразу переходят к искусственному дыханию и непрямому массажу сердца. В связи с опасностью возникновения поздних осложнений, прежде всего отека легких, пневмонии, острой сердечной и почечной недостаточности, пострадавшего немедленно госпитализируют. В отделении реанимации осуществляют тщательное наблюдение за состоянием больного, часто с помощью мониторингового контроля функций дыхания и кровообращения, определяют кислотно-щелочное состояние организма, электролитный баланс и газовый состав крови, контролируют диурез. Больному проводят ингаляции кислорода, продолжают искусственную вентиляцию легких с помощью автоматических респираторов, осуществляют коррекцию кислотно-щелочного равновесия, проводят лечение с целью нормализации функций органов кровообращения, сердечно-сосудистой системы, почек.

Помощь при тепловом ударе

Под тепловым ударом понимают патологическое состояние, возникающее при перегревании организма в условиях высокой температуры окружающей среды. В результате происходит большая потеря жидкости, сгущение крови, нарушение кислотно-щелочного равновесия организма, гипоксия тканей. Перегревание организма, которое происходит вследствие действия прямых солнечных лучей, носит название солнечного удара. Возникновению солнечного удара в значительной мере способствует длительное пребывание на солнцепеке, особенно с непокрытой головой.

При оказании первой помощи случаям теплового и солнечного ударов больного переносят в прохладное и хорошо проветриваемое место, лицо и грудь смачивают холодной водой, к голове прикладывают пузырь со льдом или холодный компресс, дают холодную воду или чай. При нарушениях дыхания и сердечной деятельности применяют инъекции камфоры, кофеина, ингаляции кислорода.

При развитии обезвоживания организма и нарушении кислотно-щелочного состояния организма применяют внутривенные капельные вливания изотонического раствора хлорида натрия, 5 %-ного раствора глюкозы.

Помощь при электротравме

Электротравма – поражение организма электрическим током.

При электротравме могут наблюдаться как местные повреждения, так и общие нарушения, проявляющиеся поражением различных органов и систем организма. Первая помощь пострадавшему от электротравмы состоит в устранении повреждающего действия тока. Необходимо срочно выключить рубильник, перерезать, перерубить или отбросить провод, используя для этого предметы с деревянной ручкой. Оказывающий помощь не должен дотрагиваться до открытых частей тела пострадавшего, должен пользоваться резиновыми перчатками или намотанными на руки сухими тряпками, работать по возможности в резиновой обуви, стоя на деревянном покрытии или автомобильной шине. При отсутствии у пострадавшего дыхания и сердечных сокращений немедленно начинают искусственное дыхание и непрямой массаж сердца. В дальнейшем принимают меры к доставке пострадавшего в лечебное учреждение, где осуществляют весь комплекс противошоковых мероприятий, оксигенотерапию, лечение ожогов.

Помощь при радиационном поражении

Радиационными (лучевыми) поражениями называют патологические изменения в организме, возникающие в результате воздействия ионизирующего излучения. Начальный период радиационных поражений проявляется местными и общими лучевыми реакциями, продолжающимися от нескольких часов до нескольких суток и характеризующимися эритемой, общей слабостью, тошнотой, рвотой, головной болью, повышением температуры тела. При высокой дозе ионизирующего облучения могут наблюдаться тяжелые расстройства сознания. Период выраженных радиационных проявлений характеризуется тяжелым поражением кроветворной системы, кишечника, подавлением иммунитета, интоксикацией, повторяющимися кровотечениями. Радиационные поражения, возникающие при действии высоких доз ионизирующего излучения, протекают значительно тяжелее, приводя нередко к смертельному исходу.

Первая помощь при радиационном поражении заключается в выводе пострадавшего из зоны радиационного заражения, полной санитарной его обработке. С целью выведения попавших в организм радиоактивных изотопов промывают желудок, ставят очистительные клизмы. Используют специфические антидоты. Для борьбы с интоксикацией проводят дезинтоксикационную терапию, для повышения содержания лейкоцитов, эритроцитов и тромбоцитов – переливание крови, лейкоцитарной, эритроцитарной и тромбоцитарной массы. В тяжелых случаях ставят вопрос о пересадке костного мозга.

Уход за больными с радиационными поражениями

Большое значение имеет организация правильного ухода за больными с радиационными поражениями. Учитывая высокую частоту возникновения у них инфекционных осложнений, этих пациентов размещают в изолированные боксированные палаты. Предупреждению инфекционных осложнений способствует и тщательный уход за полостью рта и кожными покровами пострадавшего. Поскольку после воздействия ионизирующего излучения наблюдаются тяжелые поражения пищеварительного тракта, включая слизистую оболочку рта и глотки, для кормления таких больных часто применяют зонд, вводимый через носовые ходы, а также используют парентеральное питание. При входе в палату к больным медицинский персонал надевает дополнительный халат, марлевые респираторы, обувь, находящуюся на коврик, смоченном 1 %-ным раствором хлорамина.

Раздел 2

Питание больных в лечебном учреждении

Основные принципы лечебного питания

Наука о питании включает в себя большое число важных теоретических и практических аспектов. Многие стороны этой проблемы изучают такие разделы медицины, как физиология и гигиена питания, диетология и др.

В плане общего ухода за больными целесообразным представляется освещение основных вопросов организации лечебного питания, изложение принципов искусственного питания.

Одним из основных принципов лечебного питания больных в стационаре является режим питания и сбалансированность пищевого рациона (количество пищевых продуктов, обеспечивающих суточную потребность человека в питательных веществах и энергии), т. е. соблюдение определенного соотношения белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных веществ и воды в нужных для организма человека пропорциях. Так, пищевой рацион здорового человека должен включать в себя 80–100 г белков, 80–100 г жиров, 400–500 г углеводов, 1700–2000 г воды (в т. ч. 800–1000 г в виде питьевой воды, содержащейся в чае, кофе и других напитках), определенный баланс витаминов, микроэлементов и т. д. При этом соотношение белков, жиров, углеводов и других ингредиентов в пищевом рационе больного может изменяться в зависимости от характера заболевания. При сахарном диабете уменьшают содержание углеводов в суточном рационе, при почечной недостаточности уменьшают потребление белков и соли с пищей. Наиболее оптимальным для здорового человека считают четырехразовое питание, при котором завтрак включает в себя 25 % всего пищевого рациона, второй завтрак – 15 %, обед – 35 %, ужин – 25 %. При некоторых заболеваниях режим питания изменяется. Например, больным язвенной болезнью рекомендуют более частый прием пищи небольшими порциями. Лечебное (диетическое) питание является составной частью, нередко одной из важнейших, всего процесса лечения. В настоящее время существует 15 основных диет, или столов лечебного питания. При назначении диеты учитывают характер заболевания, степень имеющихся нарушений в тех или иных органах, в связи с чем вносят соответствующие изменения в состав пищевых рационов, исключают определенные продукты, изменяют технологический режим приготовления пищи. Например, в диете № 1, назначаемой больным с язвенной болезнью и гастродуоденитом с повышенной секреторной функцией желудка, применяют механическое щажение, которое представляет собой устранение грубых, трудно перевариваемых и плохо усвояемых продуктов (жестких сырых овощей и фруктов, грубых сортов хлеба и т. д.), чего обычно достигают приготовлением пищи в измельченном или протертом виде. Некоторые диеты (№ 7, № 10), назначаемые больным с заболеваниями почек, гипертонической болезнью, предполагают ограничение поваренной соли в пищевом рационе с целью предупреждения задержки натрия в организме, повышения артериального давления и возникновения отеков. Диеты № 8 и № 9 ограничивают калорийность пищевого рациона за счет уменьшения содержания жиров и рафинированных углеводов; эти лечебные столы назначают больным с ожирением, сахарным диабетом.

Пищевой рацион во время таких диет включает в себя какой-либо один вид продуктов (фрукты, творог, молоко и т. д.) и характеризуется чаще всего снижением калорийности. Например, при гипертонической болезни, атеросклерозе, ожирении применяют творожные

(400–600 г творога и 2 стакана молока или кефира в день) или яблочные (1–1,5 кг яблок в сутки) разгрузочные дни, причем весь объем пищи распределяется равномерными порциями на 5–6 приемов. Полное голодание является ответственной и далеко небезопасной мерой.

Организация питания и кормления больных

В организации питания больных, находящихся в стационаре, принимают участие как медицинские работники, так и работники пищеблока. Врач, проводящий обследование и лечение больного, назначает ему определенную диету, делая соответствующую пометку в истории болезни. Общее повседневное руководство питанием больных осуществляет врач-диетолог, который отвечает за правильное составление и применение лечебных диет, кроме того, оказывает консультативную помощь врачам отделений в выборе диетического стола для больных. Непосредственное руководство работой пищеблока (контроль за качеством продуктов, их закладкой, приготовлением пищи, доставкой в отделения) возлагают на диет-сестру. Раздачу готовой пищи производят только после снятия пробы дежурным врачом стационара. Пища на пищеблоке готовится согласно порционнику, который ежедневно составляет главная сестра больницы. При составлении его главная сестра суммирует порционники, поступающие из отделений и из приемного покоя на больных, поступивших ночью.

Доставку пищи осуществляют централизованно в определенной посуде на специальном автотранспорте, который нигде больше не используется. Бачки и кастрюли для пищи всегда должны быть чистыми и иметь крышки. В отделениях пища доставляется в раздаточную, где имеются нагревательные приборы: электрические или газовые плиты, горячая вода, мойки.

Раздачу пищи больным производят буфетчицы. Посуду моют в специальных мойках с горчицей, после чего ополаскивают под струей горячей воды и ставят в специальные сушильные шкафы или на сетки. Вилки и ложки сушат. Так моют посуду в соматических отделениях (терапии, хирургии и т. д.). Больные питаются в столовой с хорошим естественным освещением.

Стулья должны быть без мягкой обивки, чтобы их было легко протирать. После каждого приема пищи проводится уборка обеденных столов, а в конце дня столы моют горячей водой. Пищевые отходы собирают в закрытые бачки и своевременно выносят. Столовая, раздаточная должны содержаться в чистоте, за этим следят буфетчицы, но контролируют их старшая сестра и палатные медицинские сестры.

При питании больных учитывают все внешние условия, связанные с приемом пищи: сервировку стола, внешний вид блюд, их запах, вкус, опрятный вид буфетчицы.

Обстановка в столовой должна быть спокойной. Медицинская сестра должна убеждаться в значении питания для восстановления здоровья.

Кормление тяжелобольных

Тяжелобольным пища привозится в палату в теплом виде на специальных передвижных столиках с подогревом. Перед приемом пищи должны быть закончены все лечебные процедуры. Одним больным нужно только помочь сесть, грудь прикрыть клеенкой или фартуком, другим – придвинуть прикроватный столик и придать полусидячее положение, приподняв подголовник, третьих нужно кормить. При кормлении тяжелобольного медицинская сестра левой рукой немного приподнимает голову больного, а правой подносит ему ложку или специальный поильник с пищей ко рту. В том случае, когда больной не может поднять голову, чтобы он не захлебнулся, можно пользоваться следующим способом кормления. На носик поильника надевают прозрачную трубку (8–10 мм диаметром и 25 см длиной), которую вводят в рот. После введения трубки в рот ее снимают пальцами, затем слегка поднимают и наклоняют поильник, одновременно разжимая пальцы на несколько секунд, чтобы в рот больного попала пища в объеме одного глотка (прозрачность трубки позволяет контролировать количество пропущенной пищи).

Искусственное питание

При ряде заболеваний, когда питание больного через рот невозможно, назначают искусственное питание. Искусственное питание – это введение в организм питательных веществ при помощи желудочного зонда, клизмы или парентерально (подкожно, внутривенно). Во всех этих случаях обычное питание либо невозможно, либо нежелательно, т. к. может привести к инфицированию ран или попаданию пищи в дыхательные пути с последующим возникновением воспаления или нагноения в легких.

Введение пищи через желудочный зонд

При искусственном питании через желудочный зонд можно ввести любую пищу в жидком и полужидком виде, предварительно протерев ее через сито. К пище обязательно надо добавлять витамины. Обычно вводят молоко, сливки, сырые яйца, бульон, слизистый или протертый овощной суп, кисель, фруктовые соки, распущенное масло, чай.

Искусственное питание через желудочный зонд проводится следующим образом:

1) стерильный тонкий зонд смазывают вазелином и вводят через носовой ход в желудок, придерживаясь направления, перпендикулярного поверхности лица. Когда 15–17 см зонда скроется в носоглотке, голову больного слегка наклоняют вперед, указательный палец руки вводят в рот, нащупывают конец зонда и, слегка прижимая его к задней стенке глотки, другой рукой продвигают дальше. Если состояние больного позволяет и нет противопоказаний, то во время введения зонда больной сидит, если больной находится в бессознательном состоянии, то зонд вводят в положении лежа, если возможно, под контролем пальца, введенного в рот. После введения надо проверить, не попал ли зонд в трахею: к наружному концу зонда надо поднести пушинку ваты, кусочек папиросной бумаги и посмотреть, не колышутся ли они при дыхании;

2) через воронку (емкостью 200 мл) на свободном конце зонда под небольшим давлением медленно вливают жидкую пищу (3–4 стакана) небольшими порциями (не более глотка);

3) после введения питательных веществ для промывания зонда вливают чистую воду. Если зонд нельзя ввести в носовые ходы, то его вводят в рот, хорошо фиксируя к коже щеки.

Введение пищи с помощью клизмы

Другим видом искусственного питания является ректальное питание – введение питательных веществ через прямую кишку. С помощью питательных клизм восстанавливают потери организма в жидкости и поваренной соли.

Применение питательных клизм очень ограничено, т. к. в нижнем отделе толстого кишечника всасываются только вода, физиологический раствор, раствор глюкозы и спирт. Частично всасываются белки и аминокислоты.

Объем питательной клизмы не должен превышать 200 мл, температура вводимого вещества – 38–40 °С.

Питательная клизма ставится через 1 ч после очистительной и полного опорожнения кишечника. Для подавления кишечной перистальтики добавляют 5–10 капель настойки опия.

С помощью питательной клизмы вводят физиологический раствор (0,9 %-ный раствор натрия хлорида), раствор глюкозы, мясной бульон, молоко, сливки. Ставить питательную клизму рекомендуют 1–2 раза в день, иначе можно вызвать раздражение прямой кишки.

Введение питания подкожно и внутривенно

В тех случаях, когда с помощью энтерального питания нельзя обеспечить организм больного требуемым количеством питательных веществ, используют парентеральное питание.

Жидкость в количестве 2–4 л в сутки можно вводить капельным способом в виде 5 %-ного раствора глюкозы и раствора поваренной соли, сложных солевых растворов. Глюкозу можно вводить также внутривенно в виде 40 %-ного раствора. Необходимые организму аминокислоты можно ввести в виде белковых гидролизаторов (аминопептида, гидролизии Л-103, аминокровии), плазмы.

Препараты для парентерального питания чаще всего вводят внутривенно. При необходимости частого и длительного их применения производят катетеризацию вен. Реже используют подкожный, внутримышечный, внутриартериальный способы введения.

Правильное применение парентеральных препаратов, строгий учет показаний и противопоказаний, расчет необходимой дозы, соблюдение правил асептики и антисептики позволяют эффективно устранить имеющиеся у больного различные, в т. ч. и очень тяжелые, нарушения обмена веществ, ликвидировать явления интоксикации организма, нормализовать функции его различных органов и систем.

Правила передачи и хранения продуктов

Больным разрешается передавать, если не назначена диета: печенье, молоко, кефир, масло, сыр, яйца, фрукты, варенье.

К передаче не допускаются скоропортящаяся колбаса, острые рыбные и мясные консервы, торты, пирожные, сельдь, рыба. Медицинский персонал должен строго следить за соответствием продуктов питания, передаваемых больному, перечню продуктов, разрешенных для передачи.

Личные продукты питания (сухие продукты) больные хранят в тумбочке, а скоропортящиеся продукты – в специально выделенном холодильнике.

Медицинский персонал отделения должен ежедневно проверять тумбочки и холодильники, в которых хранятся личные продукты больных. Испорченные продукты после уведомления больного должны быть изъяты.

Раздел 3

Применение лекарственных веществ

Правила выписки, хранения и раздачи лекарственных средств

В успешном лечении больных необходимо соблюдать правильную дозировку и интервалы между введением препаратов.

Выписывание лекарств проводится ежедневно старшей медицинской сестрой после обхода врача. Все лекарственные препараты, дозы, метод введения и интервалы медицинская сестра записывает в специальный лист назначений, который каждый день проверяется после обхода врача. Для выписывания медикаментов из аптеки медицинская сестра отделения заполняет рецептурные требования, которые состоят из 2 половин. Одна половина отрывается и передается старшей сестре отделения, которая собирает требования всех сестер отделения, проверяет правильность дозировки, составляет общее требование, которое после подписи заведующего отделением и главного врача передает в аптеку, а другая половина остается в отделении для последующего контроля. После изготовления лекарств аптекой старшая медицинская сестра, получая их, сверяет аптекарские надписи с записями в рецептурных тетрадях, проверяет дозировку, внешний вид.

Наркотики для всей больницы выписывает главная медсестра, получает их в районной аптеке и передает заведующему приемным покоем. Поступление их регистрируется в специальном журнале учета. Наркотические средства и журнал учета и расхода хранятся в сейфе, ключ от сейфа находится у заведующего приемным покоем, а в вечерние и ночные часы – у дежурного врача. Расход наркотиков ежедневно записывается в журнал учета, в истории болезни и листы назначений. В истории болезни подписываются врач и сестра, сделавшая инъекцию. Таблетированные наркотики принимаются больным в присутствии медицинской сестры, и она ставит свою подпись в истории болезни. В журнале учета расписывается врач, получивший наркотики. Все остальные лекарства, кроме наркотиков, хранятся в специальных шкафах, которые находятся на посту медицинской сестры. Шкафы обязательно запираются и контролируются старшими сестрами.

В шкафу лекарства располагают по группам (стерильные, внутренние, наружные) на отдельных полках. Сильнодействующие средства хранят отдельно, в отдельных шкафах А и В, которые запираются. На всех упаковках, пузырьках указывается срок годности. Появление налета, хлопьев, изменение цвета, запаха являются признаками порчи лекарственных веществ, это указывает на непригодность их к употреблению. Прежде чем дать больному препарат, следует внимательно прочесть надпись, срок годности, учесть внешний вид.

Методы введения лекарственных веществ

Можно применять лекарство наружно через кожные покровы и слизистые оболочки, путем ингаляций через дыхательные пути, внутрь через рот или прямую кишку и путем инъекций (парентерально) внутрикочно, подкожно, внутримышечно, внутривенно и внутриартериально.

Наружное применение

Наружно применяют лекарственные вещества в виде мазей, растираний, действие которых рассчитано в основном на их местный эффект.

Мазь наносят всегда на чистую кожу чистыми руками. Для растирания кожи пользуются небольшим количеством теплого лекарственного вещества, которое наливают на ладонь и растирают на коже до тех пор, пока ладонь не станет сухой, а кожа не покраснеет.

Ингаляции

Ингаляция – метод введения лекарственных веществ через дыхательные пути посредством вдыхания. Вдыхать с лечебной целью можно кислород и мелкораспыленные различные лекарства (аэрозоли) по назначению врача.

Для их образования употребляют специальные аппараты – ингаляторы различных марок, в т. ч. ультразвуковые. Во время ингаляции больные должны дышать спокойно.

Внутреннее применение лекарственных веществ

Внутренний прием лекарственных веществ является самым распространенным и удобным способом введения. Через рот лекарства употребляют в виде порошков, таблеток, пилюль, капель и микстур, как правило, внутрь лекарства дают больному перед едой, за исключением раздражающих желудочно-кишечный тракт, которые дают после еды. Недостатком приема лекарств через рот и прямую кишку является медленное и неполное всасывание препарата в желудочно-кишечном тракте, в связи с чем нельзя точно установить дозировку. Свечи вводят в прямую кишку, для этого больной ложится на бок с притянутыми к животу ногами.

Перед введением свечи необходимо поставить очистительную клизму. Лекарственные вещества, находящиеся в свечах, действуют местно на слизистую оболочку или всасываются в кровь и оказывают общее действие на организм.

Введение лекарств путем инъекций

Парентеральное введение лекарств осуществляют посредством инъекций: внутривенно, подкожно, внутримышечно, внутриартериально, в брюшную или плевральную полость, сердце, в костный мозг грудины, в спинно-мозговой канал, в какой-либо болезненный очаг. Основным преимуществом этого способа является быстрота и точность дозировки (лекарство поступает в кровь в неизмененном виде). Этот метод требует соблюдения правил асептики и антисептики. Для инъекций пользуются шприцами и иглами. В последнее время чаще используют одноразовые шприцы.

Для различных инъекций существуют разные виды игл: для вливаний в вену пользуются иглами длиной 5–6 см с просветом от 0,9 до 0,5 мм; для подкожных инъекций – иглами длиной 3–4 см с просветом от 0,5 до 1 мм; для внутримышечных инъекций – иглами длиной 8–10 см с просветом от 0,8 до 1,5 мм. Шприцы и иглы требуют самого тщательного ухода и бережного отношения. Хранить их следует в сухом и разобранном виде в металлическом футляре (многократные шприцы).

Инъекции выполняют в процедурном кабинете. Тяжелым больным инъекции проводят в палате. Для этого используют стерильный лоток или крышку стерилизатора. На дно крышки помещают стерильную салфетку, на которую кладут шприц с лекарством, ватные шарики, смоченные в этиловом спирте, и накрывают все стерильной салфеткой.

Внутрикожное введение лекарственных веществ применяют с целью диагностики или при местном обезболивании. Для этого следует выбрать иглу длиной не более 2–3 см и малым просветом. При внутрикожном введении иглу вводят в толщу кожи на незначительную глубину, вливают 1–2 капли жидкости, вследствие чего на коже образуется беловатый бугорок в виде лимонной корочки.

Подкожно обычно вводят растворы лекарств, которые быстро всасываются в рыхлой подкожной клетчатке и не оказывают на нее вредного действия. Под кожу можно вводить от небольшого количества до 2 л жидкости. Лучше всего проводить подкожные инъекции на наружной поверхности плеча, подлопаточном пространстве, передненаружной поверхности бедра. На этих участках кожа легко захватывается в складку и отсутствует опасность повреждения кровеносных сосудов, нервов и надкостницы.

При выраженной интоксикации, обезвоживании больного, когда невозможно провести пункцию вены, применяют подкожное капельное введение лекарственных средств (изотонического раствора хлорида натрия, 5 %-ного раствора глюкозы и других стерильных растворов). Одномоментно можно ввести до 500 мл раствора, чтобы не вызвать повреждения подкожной клетчатки, а в течение суток – 1,5–2 л жидкости. Наиболее удобным местом для длительных подкожных вливаний является передненаружная поверхность бедра.

При проведении подкожных инъекций возможен ряд осложнений, связанных с неправильной техникой введения и несоблюдением правил асептики и антисептики, могут возникнуть инфекционные осложнения – абсцесс или флегмона, которые требуют хирургического вмешательства. При постоянном введении лекарств в одно и то же место может образоваться болезненный инфильтрат, особенно часто он возникает при введении холодных масляных растворов, например раствора камфоры. Поэтому лекарственные препараты на масляной основе перед введением необходимо подогреть.

Внутримышечные инъекции проводят в мышцы ягодиц и бедер, т. к. здесь находится значительный слой мышечной ткани и близко не проходят крупные сосуды и нервные стволы.

Обычно инъекции проводят в верхненаружный квадрат ягодицы. Для внутримышечных инъекций пользуются иглами длиной 8–10 см, толщиной 0,8–1,5 мм. При употреблении нестерильных шприцев и игл, неточном выборе места инъекции, недостаточно глубоком введении иглы и попадании при введении в сосуды могут возникнуть различные осложнения: инфильтраты и абсцессы, повреждения нервов, медикаментозная эмболия, переломы иглы и т. д.

Внутривенное введение лекарственных веществ отличается тем, что лекарственное вещество непосредственно поступает в кровь, оказывая немедленное действие. Можно пользоваться 2 методами непосредственного введения лекарства в кровь – **венепункцией и венесекцией**.

Венесекция применяется тогда, когда плохо выражены вены, недостаточно их наполнение. В этих случаях вену обнажают оперативным путем и вводят иглу под контролем зрения. Чаще используют шприц емкостью 10–20 мл с хорошо подобранной иглой, резиновый жгут, спирт и стерильный материал. При внутривенном введении особенно необходимо удалить все пузырьки воздуха из шприца, наполненного лекарством.

Внутривенное вливание производится в положении больного лежа или сидя, обычно в вены локтевого сгиба после обработки кожи спиртом. Выше локтевого сгиба на среднюю треть плеча накладывают жгут. Рука должна лежать на столе или на кровати в положении

максимального разгибания в локтевом суставе, для этого под руку подкладывают плоскую подушку. Иглу устанавливают под углом 30–40° к поверхности кожи. После прокола вены жгут отпускают и вводят лекарство струйно или капельно. Медсестра должна тщательно следить за скоростью введения лекарственного препарата и реакцией больного. При необходимости скорость вливания регулируется.

Внутривенные капельные вливания проводят для введения инфузионных растворов, переливания крови и кровезаменителей.

В настоящее время для внутривенных капельных вливаний используют одноразовые стерильные системы, которые продаются в герметичных полиэтиленовых пакетах. Одноразовые системы вынимаются из упаковки, собираются и заполняются лекарственными препаратами непосредственно перед проведением внутривенного вливания.

Осложнения при внутривенном введении лекарственных веществ

Осложнения:

1) **пирогенные реакции**, сопровождающиеся резким повышением температуры и сотрясающим ознобом. Это происходит при использовании препаратов с истекшим сроком годности, введении некачественно приготовленных растворов;

2) **жировая эмболия** легочных сосудов возникает при ошибочном введении в вену препаратов, предназначенных для внутримышечного или подкожного введения, например раствора камфоры в масле. Жировая эмболия проявляется внезапными болями в области сердца, удушьем, кашлем, посинением лица, верхней половины грудной клетки;

3) **воздушная эмболия** сосудов легких получается при попадании своевременно не удаленных из шприца или системы для переливания крови пузырьков воздуха;

4) **головокружение, коллапс, нарушение ритма сердца** могут быть следствием слишком быстрого введения лекарственного препарата;

5) **инфильтрат** образуется при попадании лекарства в подкожную клетчатку. Это происходит в случае сквозной перфорации вены. Попадание под кожу таких препаратов, как эуфиллин, кальция хлорид, очень болезненно. Если это произошло, на область локтевого сгиба рекомендуется поставить полуспиртовой или сухой компресс;

6) **гематомы** в месте инъекций чаще образуются у больных с нарушенной свертываемостью крови или повышенной проницаемостью сосудов. Профилактикой этого осложнения является длительное (3–5 мин) плотное прижатие места инъекции;

7) **сепсис** может развиваться при нарушении правил асептики и антисептики;

8) **флебит** – воспаление вен, вызванное химическим или физическим раздражением, часто сопровождается тромбированием пораженной вены;

9) **аллергические реакции** могут возникнуть при применении большинства лекарственных препаратов. Проявляются они в виде зуда кожи, кожных высыпаний, отека Квинке. Наиболее опасной формой реакции является анафилактический шок (одышка, тошнота, зуд кожи, снижение артериального давления, потеря сознания, посинение кожи). При появлении у больного любого из указанных симптомов следует немедленно прекратить введение лекарства и тут же оказать экстренную помощь. Таким образом, внутривенный способ введения лекарственных веществ, хотя и обладает значительными преимуществами, может привести к целому ряду серьезных осложнений, в связи с чем требуется соблюдать правила его проведения.

Раздел 4

Измерение температуры. Уход за лихорадящими больными

Термометрия и ее способы

Температура тела человека (как показатель теплового состояния организма) остается при любых условиях относительно постоянной. Поддержание постоянства температуры тела обеспечивается сложными процессами терморегуляции – функциональной системой, включающей в себя периферические (кожа, кровеносные сосуды) и центральные (гипоталамус) терморецепторы, специальные центры терморегуляции, расположенные в головном мозге, и эфферентные пути, регулирующие уровень теплопродукции и теплоотдачи.

Температура тела здорового человека колеблется в пределах 36,4–36,8 °С. Летальная максимальная температура тела, при которой наступает смерть человека, составляет 43 °С. В течение суток температура колеблется от нескольких десятых до 1 °С. При измерении в прямой кишке нормальной можно считать температуру до 37,5 °С.

Для измерения температуры тела пользуются медицинским термометром. Измерение температуры производят чаще всего в подмышечной впадине, реже – в паховой складке. У истощенных больных и грудных детей можно измерять температуру в ротовой полости или в прямой кишке.

В местах, используемых для измерения температуры, не должно быть воспалительного процесса, т. к. последний дает местное повышение температуры. Грудным детям температуру измеряют в паховой складке или в прямой кишке. Для измерения температуры в прямой кишке ребенка кладут на бок, резервуар термометра смазывают вазелином и вводят в задний проход на 2–3 см. Для измерения температуры в полости рта резервуар термометра помещают между нижней поверхностью языка и дном полости рта, удерживая его сомкнутыми губами. Длительность измерения температуры в подмышечной области и в паху – 10 мин, в полостях – 5 мин. В стационаре температуру измеряют всем больным между 7 и 9 и между 17 и 19 ч. Иногда требуется более частое измерение температуры – 3–4 раза в день или через 2 ч, т. к. не у всех больных период повышения температуры совпадает со временем ее обычного измерения.

Лихорадка и ее виды

По степени повышения выделяют температуру: **субфебрильную** – 37–38 °С, **фебрильную** – 38–39 °С, **гиперпиретическую** – больше 39 °С.

В отношении хода развития лихорадки в температурной кривой различают 3 периода:

1) начальная стадия, или период нарастания температуры. При одних заболеваниях этот период очень короток и измеряется часами, обычно сопровождаясь ознобом (малярия, воспаление легких, рожа и др.), при других – растягивается на более или менее продолжительный срок, на несколько дней;

2) стадия разгара лихорадки. Вершина температурной кривой длится от нескольких часов до многих дней и даже недель;

3) стадия снижения температуры. При одних заболеваниях температура снижается быстро, в течение нескольких часов – критическое падение температуры, или кризис, при других – постепенно, в течение нескольких дней – литическое падение, или лизис. По характеру температурных колебаний выделяются следующие типы лихорадки:

1) постоянная лихорадка характеризуется тем, что в течение суток разница между утренней и вечерней температурой не превышает 1 °С, при этом отмечается высокая температура тела;

2) послабляющая лихорадка дает суточные колебания температуры в пределах 2 °С, причем утренний минимум выше 37 °С. При послабляющей лихорадке подъем температуры сопровождается ознобом, снижение температуры – потливостью;

3) перемежающаяся лихорадка характеризуется внезапным повышением температуры до 39 °С и выше, а через несколько часов температура падает до нормальных цифр. Подъем температуры повторяется через каждые 1–2 или 3 дня. Этот тип лихорадки характерен для малярии;

4) гектическая лихорадка характеризуется повышением температуры на 2–4 °С в вечерние часы и падением ее до нормы и ниже в утренние часы. Такое падение температуры сопровождается резкой слабостью с обильным потоотделением. Наблюдается при сепсисе, тяжелых формах туберкулеза;

5) обратный тип лихорадки отличается тем, что утренняя температура бывает выше вечерней. Встречается при туберкулезе легких;

6) неправильная лихорадка сопровождается разнообразными и неправильными суточными колебаниями – встречается при ревматизме, гриппе и т. д.;

7) возвратная лихорадка отличается чередованием периодов лихорадки с безлихорадочными периодами. Подъем температуры до 40 °С и более сменяется ее падением через несколько дней до нормальной, которая держится в течение нескольких дней, а затем кривая температуры повторяется. Такой тип лихорадки характерен для возвратного тифа;

8) волнообразной лихорадке свойственно постепенное повышение температуры в течение нескольких дней и постепенное снижение ее до нормы. Затем наступает новое повышение с последующим снижением температуры. Такая температура встречается при лимфогранулематозе, бруцеллезе.

Уход за лихорадящими больными

Уход за лихорадящими больными зависит от периода лихорадки или ее стадии. При нарастании температуры, когда отмечаются озноб, ломота во всем теле, больного нужно согреть: тепло укрыть, дать ему горячее питье.

В период максимального подъема температуры нарушается обмен веществ, больной истощается, поэтому его следует усиленно питать, давая высококалорийные и легкоусваиваемые продукты в жидком и полужидком виде 6–7 раз в сутки.

Во время лихорадки больной теряет большое количество жидкости, что требует ее восполнения. Нужно почаще предлагать пить, понемногу, каждые 20–30 мин. В этой стадии необходимо следить за больным – у него возможны бред и галлюцинации, что требует установления индивидуального поста. Чтобы больной не упал с кровати, нужно загородить кровать сеткой. При снижении температуры, особенно критическом, может возникнуть острая сердечно-сосудистая недостаточность, от которой человек, не получив своевременной помощи, может погибнуть.

Кризис может иметь и благоприятное течение, когда снижение температуры сопровождается обильным потоотделением, пульс и дыхание не учащены, сознание восстанавливается, бессонница сменяется сном.

Раздел 5

Методы воздействия на кровообращение

«Отвлекающие средства»

Кожа человека снабжена большим количеством нервных окончаний, которые чутко воспринимают разнообразные влияния внешней среды. При раздражении нервных рецепторов кожи теплом (холодом) ее сосуды расширяются (сужаются). Такие же изменения происходят в сосудах внутренних органов по принципу рефлекторной реакции кожи. Основанная на этом принципе возможность воздействия на кровообращение внутренних органов используется при применении т. н. «отвлекающих средств».

Горчичники

Действующим началом горчичников является эфирное горчичное масло. Оно вызывает раздражение кожи и расширение кожных кровеносных сосудов, оказывая рефлекторное влияние на кровообращение подлежащих тканей и органов. Горчичники применяются при воспалении легких или бронхов, при межреберной невралгии, радикулитах, миозитах как отвлекающее и рассасывающее средство. Противопоказаниями к назначению являются заболевания кожи и кровотечения. Горчичники хранят в сухом и темном месте. Срок хранения их от 8 до 11 месяцев. Пригодный горчичник отличается от непригодного тем, что дает острый запах горчичного масла и не осыпается.

Перед употреблением горчичник надо смочить в теплой воде, стряхнуть воду и приложить на нужный участок кожи горчицей вниз, поверх кладут полотенце. Держат горчичники 10–15 мин. Если процедура проведена правильно, появляется покраснение кожи и чувство жжения. При повышенной чувствительности кожи горчичники могут вызвать ожоги. Сняв горчичник, кожу обмывают теплой водой, вытирают насухо, больного одевают и хорошо укрывают. Иногда назначаются ножные горчичные ванны, при этом используется 50 г горчицы на ведро воды с температурой 50 °С, длительность ванны – до 20–30 мин. По окончании ванны ноги ополаскивают теплой водой, хорошо вытирают и укладывают больного в постель.

Банки

Банки являются отвлекающим способом воздействия и назначаются при кашле для устранения воспаления и уменьшения болей. Применяются при воспалении бронхов или легких, миозитах, межреберных невралгиях. Противопоказаниями являются легочное кровотечение, туберкулез легких, опухоли органов грудной клетки, болезни кожи и ее повышенная чувствительность, резкое истощение больного, состояние сильного возбуждения, судороги.

Подготовка банок: сухие чистые банки с целыми краями в количестве 15 штук, кладут рядом с больным; на металлический стержень длиной 12–15 см наматывают гигроскопическую вату, готовят спирт. Банки ставят на грудную клетку и поясницу. Нельзя ставить их на позвоночник, лопатки, область сердца и молочных желез у женщин. Для плотного прилегания банки и профилактики ожога кожи, поверхность тела смазывают вазелином. Чтобы банка присосалась, внутри нее надо создать разреженное пространство. Для этого вату на металлическом стержне смачивают спиртом или эфиром, банку держат недалеко от тела больного левой рукой, а правой на короткое время вводят в банку горящий тампон, после

чего быстро приставляют ее к телу. Если банка поставлена правильно, кожа втягивается в нее на высоту 1–3 см и приобретает ярко-красную или багровую окраску, появляется кровоподтек. Процедура длится 15–20 мин. Для снятия банки надо одной рукой слегка отклонить ее в сторону, а пальцами другой руки надавить на кожу с противоположной ее стороны у края. После снятия банок вытирают слой вазелина. Больного тепло одевают и укрывают одеялом. Банки хорошо протирают и складывают в ящик. Наиболее частое осложнение – ожог кожи, вплоть до появления пузырей. При ожоге кожи лучше всего наложить сухую антисептическую повязку или стерильные салфетки с риванолом 1: 1 фурацилином.

Компрессы

Согревающий компресс вызывает гиперемию и прилив крови к данному месту, в результате происходит рассасывание воспаления и уменьшение болей. Противопоказанием являются заболевания кожи: дерматиты, гиподермия, фурункулез. Согревающий компресс ставят по назначению врача. Происходит это т. о.: берется мягкая гигроскопическая ткань (льняное или салфеточное полотно, бумага), смачивается жидкостью комнатной температуры, отжимается и накладывается на поверхность тела. На нее кладут клеенку или вощеную бумагу, а затем слой ваты. Каждый последующий слой должен быть шире предыдущего на 2 см. Затем компресс тщательно прибинтовывают. Для приготовления компресса могут быть использованы слабый раствор уксуса (1 ч. л. на 0,5 л воды), водка, одеколон или спирт, разбавленный водой наполовину. Компресс оставляют на 12 ч. Меняют их утром и вечером. Спиртовые компрессы быстрее высыхают, поэтому их приходится чаще менять. После снятия компресса кожу тщательно протирают теплой водой.

Припарки

Припарки назначают при местных воспалительных процессах. Разогретый песок, отварные отруби помещают в полотняные мешочки, прикладывают к коже и покрывают компрессной пленкой, ватой. Чтобы замедлить остывание припарки, сверху кладут грелку.

Примочки

Примочки (холодные компрессы) назначают при ушибах. Благодаря местному охлаждению и сужению кровеносных сосудов они уменьшают кровенаполнение и боль в пораженной области. Для холодного компресса несколько слоев марли или полотна смачивают холодной водой, выжимают и накладывают на нужное место на 2–3 мин. После согревания компресса его заменяют новым.

Грелки и пузыри

Грелка (сухое тепло) вызывает усиленное кровенаполнение согреваемого участка тела. Показаниями для применения грелки являются боли при хронических заболеваниях брюшной полости, воспалительные инфильтраты. Грелка применяется для согревания тела при ознобах и в качестве болеутоляющего средства. Противопоказаниями считают острые воспалительные процессы в брюшной полости (аппендицит, холецистит, панкреатит), опухоли, кровотечения, ушибы (в первые часы). Можно пользоваться резиновыми или электрическими грелками (с перерывами).

Пузырь со льдом представляет собой резиновый мешок с широким отверстием и плотно завинчивающейся пробкой. Внутри пузыря закладывают лед, разбитый на мелкие кусочки. Пузырь необходимо класть на полотенце, сложенное вчетверо, чтобы не произошло чрезмерного переохлаждения кожи. Пузырь со льдом можно держать в течение суток, но через каждые 20–30 мин его снимают на 10–15 мин. Действие холода приводит к суже-

нию кровеносных сосудов кожи, подлежащих тканей, органов и снижению чувствительности периферических нервов.

Показаниями для применения пузыря со льдом являются острые воспалительные процессы в брюшной полости, кровоизлияния, ушибы (в первые сутки), высокая температура тела.

Кровопускание

Кровопускание является одним из методов воздействия на кровообращение, его назначают при сильном повышении артериального давления, застое крови в малом круге кровообращения, при эритремии. Противопоказаниями к кровопусканию являются анемия, нарушение свертывания крови, лечение антикоагулянтами. Кровопускание может производиться методом венепункции или венесекции, т. е. разрезом вены. Проводят в стерильных условиях, обычно в процедурном кабинете или, в порядке исключения, в палате. Кровопускание производят при соблюдении строгой стерильности. Для того чтобы кровь не свертывалась, иглу и трубку следует перед процедурой промыть стерильным 5 %-ным раствором цитрата натрия, который задерживает свертываемость крови. Обычно извлекают от 300 до 500 мл крови. После кровопускания область локтевого сгиба протирают спиртом, прикладывают стерильный ватный тампон и предлагают больному согнуть руку в локте. Некоторое время больной должен лежать спокойно.

Пиявки применяют для местного высасывания крови, но и выделяют из них особое вещество – гирудин, который понижает свертываемость крови и усиливает лечебное действие пиявки. Показания и противопоказания к назначению пиявок и кровопусканию сходны, однако пиявок нельзя применять при заболеваниях кожи. Одна пиявка может высосать от 2 до 10 мл крови. Хранят их в речной или водопроводной воде в банках, закрытых марлей, чтобы обеспечить доступ воздуха. Воду надо менять ежедневно. Банку держат на окне при температуре помещения 10–15 °С. К употреблению пригодны только здоровые голодные пиявки, быстродвигающиеся в воде. Нельзя ставить пиявку на то место, где вены или артерии расположены под самой кожей, т. к. пиявки могут прокусить их. При применении их больной должен лежать. Кожу на месте присасывания надо хорошо промыть, смочить сладкой водой. Ставят 6–10 пиявок. Обычно пиявка держится от 30 до 60 мин и отпадает сама. Если пиявку надо снять раньше, кожу смачивают подсоленной водой. Отрывать ее нельзя, т. к. при этом можно поранить кожу больного и вызвать значительное кровотечение. Из каждой ранки может вытечь от 10 до 40 мл крови. Места укусов могут кровоточить в течение суток и более. На кровоточащее место необходимо наложить асептическую повязку, иногда давящую. Ранки обычно заживают через 2–3 дня.

Водолечение

Водные процедуры – ванны (общие и местные, ручные и ножные), обмывания, обливания, влажные обертывания, обливания и душ широко применяют в медицинской практике. Лечебное действие их на организм зависит от температуры воды, ее химического состава и давления на тело. Водолечебные процедуры оказывают положительное влияние на нервную, сердечно-сосудистую и дыхательную системы, обмен веществ. Дозировка водолечебных процедур должна быть строго индивидуальной, с учетом не только характера процедуры. Во время процедуры необходимо следить за пульсом, дыханием и общим состоянием больного.

Раздел 6

Уход за инфекционными больными

Особенности инфекционного больного и уход за ним

Сущность ухода за инфекционными больными – это широкий комплекс санитарно-гигиенических мероприятий, диагностических и лечебных процедур, а также воспитательной работы с больным, направленный на его быстрое выздоровление и предотвращение рассеивания инфекции. Для обеспечения надлежащего ухода необходимо знать основные особенности инфекционного больного.

Главная особенность состоит в том, что большинство больных выделяют во внешнюю среду возбудителей, т. е. являются источником заразного начала. Отсюда важно знать, где в организме находятся возбудители, каким образом они выделяются во внешнюю среду, как заражают здоровых людей, пути и способы заражения, необходимые меры, чтобы не допустить распространения инфекции.

Вторая особенность: инфекционные болезни сопровождаются лихорадкой, интоксикацией и токсическим поражением центральной нервной системы, поэтому у больных часто развиваются невропсихические расстройства. Нужно знать характер этих нарушений, чтобы правильно подойти к больным, установить с ними нужный контакт. Хорошее состояние психики больного – один из важных факторов быстрого выздоровления.

Третья особенность: инфекционные болезни – острые, динамичные заболевания, при которых состояние больного может внезапно меняться. В связи с этим часто возникает необходимость быстрого неотложного решения вопросов об оказании срочной помощи пациенту и об изменении характера ухода за ними.

Четвертая особенность состоит в том, что клиническое выздоровление при инфекционных болезнях, как правило, намного опережает полное восстановление возникших в организме человека органических и функциональных расстройств. В периоде выздоровления (реконвалесценции) больные долгое время физически ослаблены, у них нарушена психика, имеются расстройства со стороны сердечно-сосудистой системы и других органов и систем, но, несмотря на это, их самочувствие нередко бывает вполне удовлетворительным и совершенно не соответствует глубоким изменениям, сохраняющимся в организме.

Медицинские работники (врачи, медсестры) должны хорошо знать все отмеченные особенности, чтобы осуществлять уход за инфекционными больными в стационаре и дома.

Классификация инфекционных болезней

В основу классификации инфекционных болезней положена локализация возбудителя в организме человека, способы его выделения во внешнюю среду и пути передачи. Выделяются 4 группы инфекционных заболеваний:

1) кишечные инфекции (фекально-оральный путь распространения, заражение через желудочно-кишечный тракт);

2) инфекции дыхательных путей (воздушно-капельный путь распространения, заражение через верхние дыхательные пути);

3) кровяные инфекции (трансмиссионный путь распространения, передача чаще всего кровососущими насекомыми);

4) инфекции наружных покровов (контактный путь распространения, заражение через кожу или слизистые оболочки).

Помимо такого деления, все инфекционные болезни, которыми заражается и болеет человек, в эпидемиологии принято разделять еще на 2 группы: антропонозы – заболевания, свойственные человеку и передающиеся от человека к человеку; зоонозы – болезни, свойственные животным, но к которым может быть восприимчив и человек.

Особенности ухода при различных инфекционных болезнях

При тифопаратифозных заболеваниях обращается особое внимание на строгое соблюдение санитарно-гигиенических правил и систематическое проведение текущей дезинфекции.

Уход при брюшном тифе и паратифах

Уход за тяжелыми больными с брюшным тифом и паратифами обеспечивают так же, как и за всеми другими высоколихорадящими инфекционными больными. Из числа особенностей следует отметить возможность развития острого инфекционного психоза, кишечного кровотечения и перфорации кишечника, требующих специального ухода и оказания экстренной помощи.

Инфекционный психоз развивается в разгаре заболевания. Одним из ранних признаков его является чувство тревоги, бессонница, двигательное возбуждение.

Делирий (бред) протекает с яркими галлюцинациями устрашающего характера. Больной при этом вскакивает с кровати, стремится убежать из палаты, скрываясь от мнимых преследователей, может выпрыгнуть из окна. При малейшем подозрении на развитие психоза у постели больного устанавливается индивидуальный пост с круглосуточным дежурством персонала. При сильном возбуждении больному вводят 2 мл 2,5 %-ного раствора аминазина, димедрола (1 мл 2 %-ного раствора) и сульфата магния (10 мл 25 %-ного раствора).

Перфорация кишечника является одним из наиболее тяжелых осложнений брюшного тифа и паратифов, она происходит чаще всего на 3–4-й неделе болезни. Ранняя диагностика перфорации имеет большую роль. Если признаки перфорации обнаружены своевременно и срочно сделана операция, то жизнь больного оказывается в большинстве случаев вне опасности. В том случае, когда с момента перфорации проходит больше 6 ч, развивается разлитой перитонит и прогноз становится крайне тяжелым.

Кишечное кровотечение возникает в те же сроки, что и перфорация, – появляется кровь в испражнениях, падает артериальное давление, учащается пульс, появляются резкая слабость, падение температуры. При обнаружении кишечного кровотечения больному запрещают двигаться, принимать пищу и пить воду. Над нижней частью живота подвешивают пузырь со льдом, переливают кровь, внутривенно вводят 10 %-ный раствор хлористого кальция. В течение первых 12 ч после кровотечения больному не кормят и дают лишь небольшое количество подкисленной воды, теплого сладкого чая или фруктовых соков. Затем, если кровотечение не повторяется, разрешается съесть яйцо всмятку, желе, кисель. Постепенно диету расширяют и через 4–5 дней переходят на обычное питание. За больными брюшным тифом и паратифами необходимо следить, чтобы они соблюдали постельный и диетический режим. Больному разрешается садиться только с 9–10-го дня нормализации температуры тела, вставать с постели и постепенно начинать ходить с 14–15-го дня, если нет никаких неблагоприятных симптомов. Особенно внимательными надо быть в отношении лиц пожилого возраста, страдающих хроническими сердечно-сосудистыми расстройствами. Для них срок пребывания на постельном режиме должен быть увеличен.

При обычном течении тифопаратифозного заболевания больные получают диету № 2, за 5–7 дней до выписки их переводят на общий стол. При дисфункции кишечника в разгаре заболевания больному дают в течение нескольких дней стол № 4.

В период выздоровления у больных нередко появляется резко повышенный аппетит, поэтому их необходимо сдерживать от переедания, т. к. оно может привести к дисфункции кишечника и спровоцировать рецидив болезни.

Дизентерия и другие острые диарейные кишечные инфекции

Уделяют большое внимание санитарно-гигиеническим вопросам и текущей дезинфекции, особенно в туалетах. В летнее время имеет значение борьба с мухами. Все больным, поступающим в лечебное отделение для кишечных больных, а также лицам, остающимся на домашнем лечении, и их родственникам, проживающим в одной квартире, разъясняют правила личной гигиены, в частности мытье рук с мылом после туалета, перед приемом пищи и курением.

В домашних условиях нужно научить больных и их родственников доступным методам текущей дезинфекции. Медицинская сестра обязана следить за характером стула у кишечных больных и фиксировать результаты осмотра испражнений в истории болезни. За тяжелыми больными требуется особый уход.

Недопустимо, чтобы больной находился в белье, испачканном фекалиями. Очень важно следить за поддержанием чистоты кожи в промежности и после каждой дефекации следует обмывать задний проход водой с мылом. У тяжелых кишечных больных в результате токсического расстройства терморегуляции и нарушения водно-солевого баланса резко повышается чувствительность к охлаждению. В связи с этим целесообразно согревать больных, обкладывая их грелками, особенно во время повторных ознобов.

Холера

Тяжесть течения холеры и исход болезни зависят главным образом от степени обезвоживания больного. Поэтому одной из главных задач медицинской сестры и врача является систематический точный учет количества жидкости, теряемой больным с испражнениями и рвотой, а также объема растворов, которые вводятся ему с лечебной целью. Медицинская сестра обязана строго учитывать и записывать в историю болезни состав и количество введенных больному лечебных растворов, отмечая точное время начала и конца введения, а также реакцию больного. Следующей важной задачей при уходе за холерным больным является четкое выполнение противоэпидемических мероприятий, направленных на недопущение рассеивания инфекции (соблюдение правил сбора и дезинфекции заразного материала, порядка обеззараживания белья и одежды больного, дезинфекции окружающих предметов). В остром периоде болезни при наличии диареи и тем более рвоты предлагать больному пищу нельзя, можно давать пить только солевые растворы и воду. После прекращения кишечной дисфункции назначается на 2–3 дня стол № 4, затем стол № 13 и перед выпиской – стол № 15.

Инфекции дыхательных путей

Особенности ухода при гриппе и других респираторных заболеваниях связаны с развитием у больных тяжелого течения пневмоний, которые могут носить геморрагический характер. Больному с **пневмонией** нужно придать в постели удобное для дыхания и работы сердца положение, приподняв подголовник кровати и подложив 2–3 подушки под голову и верхнюю часть туловища. Важно следить за чистотой и проходимостью дыхательных путей. Носовые ходы, глотку и ротовую полость необходимо систематически осматривать, освобождая от скопившейся слизи и образующихся корок. Подсохшие губы и слизистые оболочки нужно смазывать свежим несоленым сливочным маслом и глицерином. Кислород можно давать только спустя 10–15 мин после смазывания. При частой и длительной даче кислорода через носовые катетеры надо следить за тем, чтобы не травмировались слизистые оболочки носовых ходов и не образовывались пролежни. В случае развития этих осложнений или невозможности введения кислорода через нос по другим причинам следует пользоваться вместо катетеров маской. У больных респираторными инфекциями могут развиваться очень тяжелые энцефалиты и менингоэнцефалиты, при гриппе эти изменения в нервной системе носят

геморрагический характер. Такие больные теряют сознание и впадают в кому, но перед этим у них нередко развивается острый психоз с галлюцинациями. У их постели обязательно устанавливается индивидуальный пост.

Ухаживая за больными в бессознательном состоянии, необходимо следить за функцией всех органов и систем, но в первую очередь обращать внимание на работу сердца и органов дыхания, делая все необходимое для улучшения их деятельности. При невритах (плечевом, поясничном) наряду с другими средствами хороший эффект оказывает местное сухое тепло в виде негорячей грелки и света от электрической лампы с рефлектором. Медицинский персонал лечебного отделения работает в масках, заменяя их через каждые 3–4 ч работы.

Скарлатина

Особенности ухода. У больных тяжелой токсической или септической формой скарлатины часто возникает рвота, особенно в начальном периоде болезни. Поэтому у постели тяжелого скарлатинозного больного нужно всегда иметь наготове емкость для сбора рвотных масс.

При уходе за такими больными следует уделять внимание состоянию ротовой полости и глотки, поддерживая их в постоянной чистоте. Для туалета рта лучше всего применять 0,5 %-ный раствор перманганата калия, 0,02 %-ный раствор фурацилина. На шею больного накладывают ватно-марлевую повязку.

Равномерное тепло, создаваемое повязкой, способствует более быстрому рассасыванию воспалительных изменений в пораженных лимфатических узлах.

При наличии геморрагической сыпи важно сделать все необходимое, чтобы кожа больного не подвергалась травмам и излишнему давлению. Для этого кровать должна быть мягкой, матрац – ровным, простыня – без складок.

У тяжелых, ослабленных больных необходимо систематически проверять места, где чаще всего образуются пролежни и опрелости, предпринимать меры их профилактики.

При уходе за больными тяжелой токсической формой скарлатины необходимо следить за функцией сердечно-сосудистой системы ввиду возможного развития острой сосудистой недостаточности, при которой необходима срочная помощь. Медицинский персонал во время работы должен иметь медицинские халаты, которые за пределы отделения выносить нельзя.

Дифтерия

При уходе за тяжелыми больными токсической и геморрагической формой **дифтерии зева** необходимо уделять большое внимание поддержанию чистоты в ротовой полости, глотке и носовых ходах, освобождая их от некротических масс, скопившейся слизи и образовавшихся корок с помощью полосканий и ватных тампонов, смоченных в дезинфицирующих растворах, но нельзя пытаться отмывать дифтерийные пленки и тем более удалять их механически – шпателем или пинцетом, т. к. это приводит к ухудшению местного процесса и усилению общего токсикоза. Больным **дифтерией гортани** с явлениями невинного крупа придают в постели полусидячее положение. При стенозе II степени, тем более III степени, дают кислород с помощью носовых катетеров или маски. Если больному сделана интубация или трахеотомия, около него должна неотлучно находиться опытная медицинская сестра.

Нужно избегать всего, что может вызвать возбуждение или беспокойство больного.

Если происходит закупоривание трубки густой слизью или пленками, у больного начинает выслушиваться kloкочущий дыхательный шум. В таких случаях необходимо извлечь трубку, чтобы прочистить ее или убрать совсем.

При дифтерии глаз, ушей, половых органов, ран применяется местная терапия в виде капель, примочек и мазей, содержащих антибиотики. При уходе за больными дифтерией нужно надевать вторые медицинские халаты и марлевые маски – респираторы.

Менингококковая инфекция

Наиболее тяжело протекает **менингококцемия – менингококковый сепсис** (образуются кровоизлияния и очаги некроза в коже).

Вследствие токсикоза нарушается трофика кожи и слизистых оболочек, у тяжелых больных в бессознательном состоянии быстро образуются пролежни. Все это требует самого тщательного ухода за кожей и слизистыми оболочками носа, ротовой полости, глотки и конъюнктивы глаз. Необходимо систематически проводить профилактику пролежней и некрозов, не давая больному лежать подолгу, смазывая их спиртом. При **менингите и менингоэнцефалите** у больных часто возникает рвота центрального происхождения. Если при этом больной находится в бессознательном состоянии, то создается угроза инспирации рвотных масс в дыхательные пути и асфиксии. Поэтому очень важно не только оказать своевременную помощь во время рвоты, но и сделать все необходимое, чтобы рвотные массы не попали в дыхательный тракт. Если это все же произошло, то нужно немедленно ввести в трахею катетер и отсосать все, что туда попало. Тяжелые больные менингококковой инфекцией испытывают сильнейшую головную боль, у них имеется повышенная чувствительность к свету и шуму, выраженная гиперестезия кожи. В связи с этим в палатах, где размещаются больные менингококковой инфекцией, необходимо особенно строго соблюдать условия охранительного режима. Довольно часто у тяжелых больных в бессознательном состоянии возникает задержка мочи в результате пареза мочевого пузыря. В таких случаях необходимо регулярно выпускать мочу с помощью катетера. При уходе за больными менингококковой инфекцией в больнице и дома необходимо пользоваться марлевой маской – респиратором.

Трансмиссионные инфекции

При поступлении больного с подозрением на **сыпной тиф** его проверяют на педикулез и в случае обнаружения вшей и гнид волосы остригаются машинкой и сжигаются. Голова больного обрабатывается раствором, уничтожающим насекомых, а через 2–3 дня при необходимости обработка повторяется. Одежда больного обрабатывается в дезинфекционных камерах. При тяжелом течении сыпного тифа развивается менингоэнцефалит, при котором отмечается сильная головная боль, возбуждение, явления психоза. Поэтому одной из основных задач при уходе за сыпнотифозными больными является постоянное наблюдение, контроль за их поведением и состоянием. Вследствие сосудистых поражений и нарушения кровообращения быстро образуются пролежни, поэтому необходимо внимательно следить за кожей у тяжелых больных и тщательно проводить профилактику пролежней. У пациентов с сыпным тифом всегда имеет место склонность к запорам. При отсутствии стула в течение 2-х суток и вздутии кишечника следует сделать очистительную клизму.

При тяжелом течении заболевания у больных нередко возникает острая задержка мочи в связи с парезом мочевого пузыря. В таких случаях нужно выпустить мочу катетером, не допуская резкого переполнения мочевого пузыря. В остальном уход за тяжелыми больными осуществляется так же, как и при других инфекциях.

Приступ **малярии** обычно начинается внезапным и очень сильным (сотрясающим) ознобом. Во время озноба нужно накрыть больного одеялами и обложить негорячими грелками, поместив их к ногам и туловищу. После озноба больной начинает испытывать сильный жар. Температура тела может достигать 40 °С и больше. Грелки надо сразу же убрать и снять одеяла, оставив больного покрытым одной простыней. В этот период очень важно не

допустить переохлаждения, т. к. это может привести к развитию пневмонии и других осложнений. Температура воздуха в палате должна быть в пределах 20–22 °С.

Нужно следить за тем, чтобы не было потока холодного воздуха из окон и дверей, хотя пациент и стремится уменьшить чувство жара, сбрасывая с себя одежду. Можно облегчить его самочувствие, если подвесить пузырь со льдом над лобно-теменной областью или наложить на лоб марлю, смоченную в холодной воде.

Эти несложные процедуры снижают ощущение жара и одновременно уменьшают головную боль, которая часто изнуряет больного во время малярийного приступа. Приступ малярии заканчивается, как правило, критическим падением температуры тела и обильным потоотделением. В этот момент медицинская сестра должна следить за тем, чтобы больной не лежал в мокром белье и не переохлаждался, а также необходимо своевременно заметить начальные признаки коллапса и оказать необходимую помощь в случае его развития. Особого внимания в этом отношении требуют лица старшего возраста, страдающие хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями. При наличии малярийных больных необходимо проводить систематическую борьбу с комарами на всей территории больницы, используя для этой цели аэрозольные инсектициды. На окнах в палате, где размещаются больные малярией, должны быть натянуты противомаларийные сетки.

Зоонозы

Чума. У больных чумой в результате **токсического поражения** центральной нервной системы часто развивается бред галлюцинаторного характера, возбуждение, поэтому необходимо обеспечить постоянное наблюдение за ними. При уходе за тяжелыми чумными больными следует уделять большое внимание состоянию сердечнососудистой системы, т. к. именно поражение сердца и сосудов является одной из причин смерти при чуме. У больных легочной формой очень быстро развиваются одышка, цианоз и другие явления легочной недостаточности и кислородного голодания. В связи с этим больным систематически дается кислород через носовые катетеры или с помощью маски.

Ухаживая за тяжелыми чумными больными, находящимися в бессознательном состоянии, необходимо тщательно следить за чистотой ротовой полости, глотки, носовых ходов и области промежности, регулярно проводить профилактику пролежней, которые очень быстро образуются вследствие тяжелого поражения сосудов кожи. Медицинский персонал, работающий в стационаре для больных чумой, должен быть вакцинирован против этой инфекции.

Во время работы в чумном стационаре надевается специальная защитная противочумная одежда – костюм 1-го типа, который состоит из пижамы, большой косынки, длинного медицинского халата, полотенца, ватно-марлевой маски-респиратора, защитных очков, резиновых перчаток, носков, резиновых сапог. Костюм этого типа надевается при уходе за больными с легочной и септической чумой.

При уходе за больными бубонными формами разрешается снимать защитные очки и маску-респиратор, т. е. пользоваться противочумной одеждой 2-го типа. В чумном стационаре особое внимание уделяется текущей дезинфекции, дезинсекции и дератизации.

Сибирская язва. При кожной форме болезни очень важно не травмировать участки кожи, где развиваются острые воспалительные изменения, которые принято называть сибиреязвенным карбункулом. Это может привести к развитию тяжелого сепсиса с летальным исходом.

Больных следует предупредить о том, чтобы они не предпринимали попыток к вскрытию пузырьков и снятию корок с карбункулов. Одежда не должна сдавливать карбункулов и вызывать трение об их поверхность, например на шее. Медицинская сестра, собирая мате-

риал из пустул и из язв карбункулов для бактериологического исследования, а также накладывая лечебную повязку, должна делать это аккуратно, стремясь не повредить грануляционный вал на границе очага некротизирующих тканей.

Уход за тяжелыми больными легочной, кишечной и септической формами сибирской язвы не имеет каких-либо специфических особенностей и осуществляется так же, как и при других инфекционных заболеваниях, сопровождающихся поражением легких и кишечника. При заборе патологического материала с поверхности сибиреязвенного карбункула, а также при уходе за тяжелыми больными легочной, кишечной и септической формами заболевания следует надевать резиновые перчатки.

Туляремия. У тяжелых больных туляремией в начальном периоде могут появляться рвота центрального происхождения и почасовое кровотечение. Оказывая помощь при рвоте, нужно повернуть голову больного набок с наклоном вниз, поддерживая ее, следить за тем, чтобы рвотные массы не попали в дыхательные пути.

Для остановки носового кровотечения следует положить больного на спину, убрать из-под головы подушку и затампонировать носовые ходы ватой. Если, несмотря на эти мероприятия, кровотечение продолжается, надо вызвать отоларинголога для проведения задней тампонады.

При бубонной форме туляремии на область бубона накладывается согревающий спиртовой компресс или применяется сухое тепло. Это способствует более быстрому рассасыванию бубона. Тяжелому больному с **ангинозно-бубонной формой болезни** следует регулярно проводить полоскание рта и глотки слабым дезинфицирующим раствором (0,05 %-ным перманганата калия, 0,02 %-ным фурацилина). При глазобубонной форме туляремии пораженный глаз по утрам нужно промывать теплым 1–2 %-ным раствором соды или кипяченой водой, в течение дня 2–3 раза закапывать 20–25 %-ный сульфацил натрия (альбуцид). Больным с пневмонией систематически дают кислород.

В палатах необходимо проводить дезинфекцию, засетчивать окна, двери, применять репелленты, чтобы предотвратить попадание крылатых насекомых, которые могут передавать инфекцию пациентам и животным.

Раздел 7

Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов дыхания

Особенности лечения, наблюдения и ухода за больными при кашле, кровохаркании и легочном кровотечении

В последнее время, особенно в индустриально развитых странах, наблюдается значительный рост заболеваний дыхательной системы. Такой подъем заболеваемости связан в первую очередь с постоянно увеличивающейся загрязненностью окружающего воздуха, курением, растущей аллергизацией населения (прежде всего за счет продукции бытовой химии). Все это в настоящее время обуславливает актуальность своевременной диагностики, эффективного лечения и профилактики болезней органов дыхания. Решением этой задачи занимается пульмонология. В своей повседневной практике врачу приходится сталкиваться с различными заболеваниями дыхательной системы. Особенно в весенне-летний период часто встречаются такие заболевания, как острый ларингит, острый трахеит, острый и хронический бронхит. В стационарах терапевтического профиля нередко находятся на лечении больные с обострением хронической пневмонии, бронхиальной астмой, сухим и экссудативным плевритом, эмфиземой легких и легочно-сердечной недостаточностью. В хирургические отделения поступают для обследования и лечения больные с бронхоэктатической болезнью, абсцессами и опухолями легких. В настоящее время медицина располагает обширным арсеналом диагностических и лечебных средств, применяемых при обследовании и лечении больных с заболеваниями органов дыхания. Сюда относят различные лабораторные методы исследования (биохимические, иммунологические, бактериологические и др.), функциональные способы диагностики – **спирографию и спирометрию**. Информативными являются различные рентгенологические методы исследования: рентгеноскопия, рентгенография, бронхография. Важное место в диагностике заболеваний органов дыхания занимает бронхоскопия (осмотр слизистой оболочки трахеи и бронхов с помощью введения в них специального оптического инструмента). **Бронхоскопия** позволяет установить характер поражения слизистой оболочки бронхов, выявить опухоль или взять кусочек его ткани для цитологического исследования. Бронхоскопию проводят с лечебной целью (проводят санацию бронхиального дерева с последующим отсасыванием вязкой или гнойной мокроты и введением лекарственных средств при бронхоэктатической болезни).

Сбор мокроты для лабораторного анализа

Уход за больными с заболеваниями органов дыхания обычно включает в себя и ряд общих мероприятий, проводимых при многих заболеваниях других органов и систем организма, т. е. необходимо регулярное измерение температуры тела и ведение температурного листа, наблюдение за состоянием сердечно-сосудистой и центральной нервной систем, уход за полостью рта, подача судна и мочеприемника, своевременная смена нательного и постельного белья и т. д. При длительном пребывании больного в постели уделяют особое внимание тщательному уходу за кожными покровами и профилактике пролежней. Вместе с тем уход за больными с заболеваниями дыхания предполагает и выполнение целого ряда дополнительных мероприятий, связанных с наличием кашля, кровохарканья, одышки и других симптомов.

Одним из симптомов при заболеваниях легких является кашель – защитно-рефлекторный акт, благодаря которому дыхательные пути освобождаются от мокроты, крови, инородных тел. Механизм кашля заключается в том, что больной после глубокого вдоха совершает усиленный выдох при закрытой голосовой щели, что ведет к образованию кашлевого толчка, способствующего очищению дыхательных путей от мокроты. По характеру кашель может быть сухим или с выделением мокроты, беспокоить больного постоянно или периодически, а иногда возникать в виде приступов. Сухой кашель встречается при воспалении гортани (ларингит), трахеи (трахеит), бронхов (бронхит), бронхиальной астме, когда имеется набухание бронха и в просвете его содержится очень вязкая и трудноотделяемая мокрота.

Кашель с выделением мокроты бывает при хронических бронхитах, когда в бронхах имеется жидкой консистенции секрет, например при воспалении легких (пневмонии), образовании гнояника в легких (абсцессе легкого), расширении бронхов (бронхоэктазии) и др. Если больной жалуется на кашель с мокротой, нужно выяснить количество отделяемой мокроты одновременно, в течение суток, в каком положении больного она лучше отходит, характер мокроты, ее цвет и запах. Мокрота бывает слизистой, бесцветной, вязкой, слизисто-гнойной, гнойной. Утренний кашель появляется у лиц, страдающих хроническим бронхитом, бронхоэктатической болезнью, абсцессом легкого. У таких больных скапливающаяся за ночь мокрота утром, после подъема с постели и перемены положения тела, перемещаясь и раздражая рефлексогенные зоны, вызывает кашлевой рефлекс. Медицинский персонал должен следить за выделением больным мокроты – количеством, цветом, запахом, примесями. Количество мокроты определяется при ежедневном измерении ее за сутки. Следует объяснить больному вред заглатывания мокроты (это может привести к инфицированию желудочно-кишечного тракта). Сплевывать мокроту больной должен в плевательницу с крышкой. В целях дезинфекции плевательница на 1/3 объема заполняется раствором хлорамина. При гнойных заболеваниях легких откашливание мокроты ведет к опорожнению полостей, уменьшает интоксикацию организма, поэтому медицинский уход должен способствовать максимальному ее отхождению. Нужно помочь больному найти положение, при котором мокрота отходит наиболее полно и свободно – это т. н. «дренаж положением». При одностороннем процессе – это положение больного на здоровом боку. Дренаж положением назначается по указанию врача. В каждом стационаре сестра следит за регулярностью проведения этой процедуры самим больным и помогает в ее осуществлении.

Помощь при кровохаркании и легочном кровотечении

При появлении в мокроте прожилок или сгустков крови медсестра должна запретить вставать больному с постели, придать ему полусидячее положение и немедленно поставить в известность лечащего врача. При интенсивном кашле, способствующем усилению кровотечения, применяют противокашлевые средства. Для остановки кровотечения внутримышечно вводят викасол, внутривенно – хлористый кальций, ксилол-аминокапроновую кислоту. Иногда при срочной бронхоскопии удается тампонировать кровоточащий сосуд специальной кровоостанавливающей (гемостатической) губкой. В ряде случаев встает вопрос о срочном хирургическом вмешательстве. При легочном кровотечении иногда производят переливание крови. Необходимо постоянно находиться у постели больного до полного прекращения кровотечения, контролируя пульс и измеряя давление. Ухаживая за больным с кровохарканьем, необходимо помнить, что банки, горчичники, грелки на грудную клетку противопоказаны. Пищу больному давать в холодном виде, полужидкую, легкоусвояемую, содержащую витамины. Одним из симптомов заболевания органов дыхания являются боли в грудной клетке, обычно они бывают при плеврите. При появлении болей в грудной клетке необходимо: помочь больному выбрать удобное положение, хорошо укрыть его, по назначению врача поставить банки, горчичники, если боли не уменьшаются в результате отвлекающей терапии – дать обезболивающие препараты. Заболевания органов дыхания очень часто сопровождаются лихорадкой и ознобом. При повышении температуры, сопровождающейся ознобом, медсестра должна хорошо укрыть больного, положить теплые грелки к ногам, напоить его крепким чаем. Необходимо наблюдать за пульсом, артериальным давлением, чтобы своевременно предупредить развитие острой сосудистой и сердечной недостаточности. Работа среднего персонала в пульмонологическом отделении отличается определенной спецификой. Для профилактики вспышек внутрибольничных инфекций медсестра должна проводить ряд санитарно-гигиенических мероприятий:

1) следить, чтобы у больных с кашлем обязательно была плевательница с завинчивающейся крышкой. Плевательницу необходимо дезинфицировать 3 %-ным раствором хлорамина;

2) часто (не реже 4–6 раз в сутки) проветривать палаты и лечебные кабинеты, для дезинфекции воздуха целесообразно использовать ультрафиолетовые лампы, включая их 2 раза в день на 10–15 мин. Медсестра должна следить за ежедневной влажной уборкой палат и больничных помещений. Эта уборка проводится не реже 2 раз в день с применением дезинфицирующих средств (1 %-ного раствора хлорамина).

При наличии у больного мокроты возникает необходимость в ее повторном исследовании – микроскопическом, бактериоскопическом и т. д. Наиболее достоверные результаты получаются в тех случаях, когда мокроту получают при бронхоскопии. Однако часто больной сам сдает мокроту, сплевывая в чистую стеклянную баночку. Перед сбором мокроты т. о. больной должен обязательно почистить зубы и прополоскать рот. Мокроту в количестве 3–5 мл собирают утром, когда она наиболее богата микрофлорой. Собирают мокроту для общего анализа в клинической лаборатории. Определяют цвет, характер мокроты, наличие примесей. Кроме того, по назначению врача в лаборатории выполняются микроскопическое, бактериоскопическое и цитологическое исследования. Мокроту для бактериологического посева собирают натошак после чистки зубов и полоскания полости рта в стерильную посуду, закрытую плотной крышкой.

При подозрении на туберкулез производится микроскопическое изучение мазков мокроты, окрашенных по **методу Циля-Нельсона**. В ряде случаев при подозрении на туберкулез производится посев мокроты на специальные среды. Для выявления возбудителей

воспалительных заболеваний дыхательной системы и их чувствительности к антибиотикам мокроту берут в специальную чашку Петри, заполненную соответствующей питательной средой – кровяным агаром, сахарным бульоном и др. При взятии мокроты на атипичные клетки (опухолевые) мокроту сразу необходимо сразу отправить в лабораторию, т. к. эти клетки быстро разрушаются.

Подготовка к бронхоскопии

Бронхоскопия применяется для осмотра слизистой оболочки трахеи и бронхов. Она проводится специальным прибором – бронхоскопом. При подготовке больного к исследованию накануне необходимо проверить наличие ЭКГ, анализа крови на время свертывания и длительность кровотечения. Необходимо выяснить у больного о переносимости лекарств, особенно анестетиков. Ужин накануне должен быть легким, исключается молоко, капуста, мясо. Утром больной является для бронхоскопии натощак, ему запрещается употреблять воду и курить.

Очень важным и ответственным является наблюдение за больным после бронхоскопии, т. к. возможны осложнения (появление болей, рвоты, повышение температуры, выделение крови).

Плевральная пункция

Плевральная пункция проводится при заболеваниях плевры, сопровождающихся накоплением жидкости в плевральной полости. Плевральную пункцию проводят обычно под общей анестезией 0,5 %-ным раствором новокаина в положении больного сидя.

После обработки кожных покровов спиртом и йодом и уточнения уровня жидкости пункцию делают, как правило, в VII или VIII межреберьях по лопаточной или задней подмышечной мышцам. Плевральную пункцию необходимо проводить по верхнему краю ребра, чтобы не повредить межреберные сосуды и нервы, проходящие вдоль нижнего края. Пункцию делают длинной толстой иглой, которая соединена со шприцем резиновой трубкой. Удаление жидкости производят медленно. После отсасывания, перед тем как отсоединить шприц, на резиновую трубку накладывают зажим. Иглу извлекают, место прокола смазывают йодом и закрывают стерильным марлевым тампоном.

Ингаляция лекарственных веществ

Ингаляция лекарственных веществ используется в лечении больных с заболеваниями органов дыхания. Лекарственные препараты, вводимые в организм ингаляционным путем, благодаря всасывающей способности слизистой оболочки бронхов, кроме местного действия на патологический очаг, оказывают и общее воздействие на весь организм. Больных принимают на ингаляцию только по назначению врача с указанием характера ингаляции, времени, дозировки, количества и порядка приема процедур. Во время процедуры медсестра должна следить за состоянием больного, за работой распылителей. По окончании работы аппаратуру осматривают, маски и наконечники дезинфицируют 3 %-ным раствором хлорамина, проводят их предстерилизационную обработку и затем стерилизуют в автоклаве.

Одышка

Одним из наиболее частых симптомов заболеваний дыхательной системы является одышка, характеризующаяся изменением частоты, глубины и ритма дыхания. Одышка может сопровождаться как резким учащением дыхания (**тахипноэ**), так и его урежением (**брадипноэ**), вплоть до остановки дыхания (**анноэ**). Количество дыханий в 1 мин (частота дыхания) у взрослого здорового человека колеблется от 16 до 20. Подсчет числа дыханий производится по движению грудной или брюшной стенки незаметно для больного.

Увеличение числа дыханий в минуту называется одышкой, при этом у больного появляется ощущение нехватки воздуха, дыхание может быть глубоким или поверхностным. Различают 2 вида одышки – **инспираторную и экспираторную**. Инспираторная одышка характеризуется затрудненным вдохом и возникает при попадании в дыхательные пути инородных тел, рефлекторном спазме голосовой щели, отеке или опухолях гортани и трахеи. В этих случаях дыхание во время вдоха становится шумным (стридорозное дыхание). Экспираторная одышка сопровождается затруднением выдоха и возникает при сужении просвета мелких бронхов и бронхиол. Одышка может быть временной и постоянной. Временная одышка наблюдается у больных крупозной пневмонией с большим распространением воспалительного процесса на 2–3 доли легких, что связано с исключением из дыхания значительного участка легочной ткани. Постоянная одышка отмечается при хронических заболеваниях легких (например, эмфиземе).

Одышка является ведущим проявлением дыхательной недостаточности, при котором система внешнего дыхания человека не может обеспечить нормальный газовый состав крови или когда этот состав поддерживается лишь благодаря чрезмерному напряжению всей системы внешнего дыхания.

Помощь при проявлении удушья. Уход за больными, страдающими одышкой

Резко выраженная одышка, возникающая внезапно, носит название удушья. Оно является следствием общего нарушения бронхиальной проходимости – спазма бронхов, отека их слизистой оболочки, заполнения просвета вязкой мокротой – и называется бронхиальной астмой. В тех случаях, когда удушье обусловлено застоем крови в малом круге кровообращения вследствие слабости левого желудочка, принято говорить о сердечной астме, иногда переходящей в отек легких.

При появлении удушья медицинская сестра тут же должна сообщить об этом врачу и оказать помощь для облегчения дыхания: успокоить больного, помочь занять полусидячее положение в кровати, открыть форточку или окно и обеспечить приток свежего воздуха, дать больному кислород. При приступе бронхиальной астмы следует пациенту дать лекарства, снимающие спазм бронхов, которые принимаются через рот (теофедрин, эфедрин, антаман и др.). У ряда больных удается снять приступ применением лекарственных аэрозолей из карманных ингаляторов (сальбутамола, астмопента беротека и др.). При этом надо помнить, что действие ингалируемого препарата тем эффективнее, чем глубже он введен в дыхательные пути. Иногда помогают отвлекающие процедуры (горчичники, банки на спину, ручные и ножные ванны). Следует дать больному увлажненный кислород. Уход за больными, страдающими одышкой, предусматривает постоянный контроль за частотой, ритмом и глубиной дыхания. Палаты, в которых находятся больные с одышкой, должны быть просторными, иметь хорошую вентиляцию, быть обеспечены централизованной подачей кислорода, а при отсутствии этого на посту медсестры должно иметься достаточное количество кислородных подушек.

Оксигенотерапия – это применение кислорода с лечебной целью. При осуществлении процедуры кислород можно подавать из кислородной подушки через носовые катетеры, через маску. Современные палаты оборудованы для централизованной подачи кислорода из кислородных баллонов. Современные аппараты для оксигенотерапии имеют специальное устройство, позволяющее подавать больному не чистый кислород, а обогащенную кислородом смесь. В больничных учреждениях наиболее распространенным способом кислородотерапии является его ингаляция через носовые катетеры, которые вводят в носовые ходы на глубину, примерно равную расстоянию от крыльев носа до мочки уха. Реже используют носовые и ротовые маски, интубационные и трахеостомические трубки. Ингаляции кислородной смеси проводят непрерывно или сеансами по 30–60 мин несколько раз в день. При этом необходимо, чтобы подаваемый кислород был обязательно увлажнен. В настоящее время увлажнение кислорода достигается его пропусканием через аппарат Боброва. При отсутствии централизованной системы можно осуществлять подачу кислорода из подушки. Мундштук обертывают влажной марлей для увлажнения кислорода, держат его на расстоянии 4–5 см от больного. Скорость поступления кислорода регулируют краном на трубке. Подушки хватает на 4–7 мин, затем ее заменяют новой или вновь наполняют кислородом. В настоящее время при многих заболеваниях, сопровождающихся гипоксией, применяют гипербарическую оксигенацию – лечение кислородом в специальных барокамерах под повышенным давлением. Использование этого метода дает значительное увеличение диффузии кислорода в различные среды организма.

Раздел 8

Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов кровообращения

Диагностика заболеваний органов кровообращения

К наиболее часто встречающимся заболеваниям сердечнососудистой системы относят острую и хроническую **ишемическую болезнь** сердца, гипертоническую болезнь, ревматизм и пороки сердца.

В настоящее время имеются значительные технические возможности диагностики заболеваний сердечно-сосудистой системы. Так, наряду с обычной электрокардиографией применяют микропроцессорные электрокардиографы с автоматизированными функциями управления и анализа данных электрокардиограммы, что позволяет расшифровать ЭКГ на расстоянии.

Из рентгенологических методов применяются **рентгенокиография, коронарография**. Применяют также **фонокардиографию** (регистрацию звуковых явлений, возникающих при сокращении сердца), **поликардиографию** (синхронную запись ЭКГ, фонокардиограммы колебаний наполнения сонных артерий); **ультразвуковое исследование; зондирование** полостей сердца.

В то же время в диагностике заболеваний органов кровообращения полностью сохраняют свое значение и сравнительно простые методы исследования (определение пульса с помощью прощупывания лучевой артерии, измерение артериального давления и т. д.), способные во многих случаях дать весьма ценные сведения о состоянии сердечно-сосудистой системы.

Исследование пульса

Пульсом называются толчкообразные колебания стенок артерий, вызванные движением крови, которая выбрасывается сердцем во время сокращений. Общепринятое место прощупывания пульса – лучевая артерия. Можно прощупать пульс на височных и бедренных артериях. Техника исследования пульса на лучевых артериях следующая: кисть больного свободно захватывают рукой в области лучезапястного сустава, при этом большой палец располагают на локтевой кости, а 4 остальных – на лучевой артерии. Нельзя исследовать пульс одним пальцем, т. к. в этом случае трудно оценить характер пульса.

Подсчет пульсовых ударов по общепринятым правилам должен производиться не менее чем в течение 30 с, полученную цифру умножают на 2. Учащение пульса называется **тахикардией**, которая обычно больными ощущается как учащенное сердцебиение. Редкий пульс называется **брадикардией**.

Ритм пульса оценивают по результатам следующих друг за другом пульсовых волн. Если пульсовые волны появляются через одинаковые промежутки, говорят о ритмичном пульсе, и аритмичном, когда промежутки между волнами различны. Аритмию больные обычно ощущают, как перебои в сердце.

Наполнение пульса определяют количеством крови, которое выбрасывается сердцем в аорту. Если объем крови достаточен, прощупывается полный пульс, если объем крови мал, то пульс будет малого наполнения, определяется с трудом.

Напряжение пульса зависит от высоты артериального давления.

Степень напряжения пульса определяется надавливанием на артерию, чем больше силы нужно затратить, чтобы прекратить в ней ток крови, тем выше напряжение пульса.

При тяжелой сердечно-сосудистой недостаточности нередко наблюдается такое изменение пульса, когда сочетаются большая частота пульса и очень плохое наполнение и напряжение. Такой пульс удается прощупать с трудом, он называется нитевидным.

Измерение артериального давления

Важным показателем состояния сердечно-сосудистой системы является артериальное давление. Артериальное давление – сила, с которой кровь воздействует на стенки сосудов. Различают артериальное давление **систолическое** (максимальное), **диастолическое** (минимальное) и **пульсовое**.

Систолическое артериальное давление – это давление, возникающее в артериальной системе вслед за систолой левого желудочка. Диастолическое давление возникает в период диастолы сердца. Разница между величинами максимального и минимального давления называется пульсовым давлением. Нормальные цифры артериального давления лежат в пределах от 100/60 до 140/90 мм рт. ст.

Величина артериального давления зависит от целого ряда факторов: сердечного выброса, объема крови и периферического сосудистого сопротивления. Сердечный выброс зависит от венозного возврата к сердцу и сократительной способности миокарда левого желудочка.

Периферическое сосудистое сопротивление – это сопротивление, которое оказывает сосудистая стенка току крови. Оно зависит от эластичности артериальной стенки и диаметра сосуда. Сужение артерий приводит к увеличению сопротивления и повышает артериальное давление. Измерение артериального давления может проводиться с помощью ртутных, мембранных или электронных сфигмоманометров.

Определение давления основано на выслушивании с помощью стетоскопа артериальных тонов ниже места сдавливания артерии. При помощи сдавливания периферической артерии ток крови в ней полностью прекращается и при выслушивании сосуда тоны не слышны. При уменьшении давления в манжетке, что достигается выпуском из нее воздуха, кровь во время систолы начинает проходить через сдавленную артерию и выслушиваются тоны. Момент появления 1-го тона соответствует систолическому (максимальному) артериальному давлению. Тоны продолжают выслушиваться до тех пор, пока давление в манжетке будет больше давления в артерии. В тот момент, когда давление в манжетке сравняется с минимальным давлением в артерии, ток крови станет линейным и тоны перестанут выслушиваться.

Давление, при котором перестают выслушиваться сосудистые тоны, называется диастолическим артериальным давлением.

При измерении больной находится в положении лежа или сидя. Рука, на которую накладывается манжетка, должна по возможности располагаться на уровне сердца. На среднюю треть плеча накладывают манжетку т. о., чтобы между ней и кожей проходил палец. Прослушивая с помощью фонендоскопа плечевую артерию в локтевом сгибе, отмечают момент появления звуков (по шкале тонометра им будет соответствовать систолическое давление) и их исчезновения (им соответствует диастолическое давление).

Уход за больными с гипертонической болезнью

Повышение артериального давления носит название артериальной гипертензии (гипертонии), а снижение – артериальной гипотензии (гипотонии). Артериальная гипертензия, развивающаяся вследствие нарушений сложных механизмов регуляции артериального давления, встречается при гипертонической болезни, болезнях почек, сосудов, заболеваниях эндокринной системы. Длительное повышение артериального давления сопровождается возникновением серьезных изменений в различных органах и системах организма (сердечно-сосудистой системе, почках, центральной нервной системе и др.) и требует систематического медицинского лечения.

При наблюдении и уходе за больными, страдающими артериальной гипертензией, большое внимание нужно уделять соблюдению требований и правил лечебно-охранительного режима, т. к. отрицательные эмоции, недостаточный сон оказывают неблагоприятное влияние на течение заболевания. Артериальное давление определяют несколько раз в день и вносят цифры в температурный лист. В диете больных артериальной гипертензией ограничивают содержание поваренной соли до 1,5–2 г. Резкое повышение артериального давления сопровождается головной болью, головокружением, тошнотой, рвотой и называется гипертоническим кризом. Затянувшийся гипертонический криз может привести к развитию нарушения мозгового кровообращения, ухудшению коронарного кровообращения, вплоть до возникновения инфаркта миокарда. При гипертоническом кризе больным назначают строгий постельный режим, им можно поставить горчичники на затылок или сделать горячую ножную ванну. Парентерально вводят гипотензивные средства (40–80 мг лазикса внутривенно). Введение гипотензивных средств производят под контролем артериального давления.

Больным рекомендуют строгий постельный режим, поскольку при попытке встать может возникнуть резкое падение артериального давления (ортостатический коллапс). Артериальная гипотензия встречается порой у совершенно здоровых людей, особенно у худощавых (т. н. «астенической» конституции, но может быть и симптомом серьезных заболеваний, возникая, например, при кровотечениях, инфаркте миокарда и некоторых других состояниях).

Наблюдение и уход за больными с болями в сердце

Жалобы больного на боли в области сердца (в левой половине грудной клетки) не всегда связаны с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Болевые ощущения в этой области наблюдаются при поражениях плевры, межреберной невралгии, миозитах, остеохондрозе позвоночника, некоторых заболеваниях пищевода и желудка. Боли в области сердца могут иметь различное происхождение и обуславливаться, в частности, поражением перикарда, аорты, невротическими состояниями. Большое диагностическое и прогностическое значение имеет установление у больного наличия приступов стенокардии, возникающих вследствие ишемии миокарда на фоне спазма или атеросклероза коронарных артерий, сопровождающейся раздражением нервных рецепторов продуктами нарушенного обмена веществ в миокарде. В таких случаях приступы стенокардии характеризуются появлением загрудных болей давящего или сжимающего характера. Боли распространяются в левое плечо, лопатку, левую половину шеи. В зависимости от того, в каких условиях появляются приступы стенокардии (при физической нагрузке, ночью во время сна), принято выделять стенокардию напряжения и стенокардию покоя. Приступы стенокардии требуют неотложной терапии, поскольку при длительном ее течении возможен переход в инфаркт миокарда. При приступе стенокардии больному необходимо обеспечить полный покой, дать нитроглицерин (таблетку или 1–3 капли спиртового раствора на сахар, под язык), который быстро устраняет спазм коронарных артерий. Хороший эффект может принести и постановка горчичников на левую половину грудной клетки. Серьезным заболеванием, периодически угрожающим жизни больного, является инфаркт миокарда, при котором в сердечной мышце происходит образование очагов ишемического некроза. Боли в области сердца при инфаркте значительно интенсивнее и продолжительнее, чем при стенокардии, сопровождаются общей слабостью, страхом смерти. Иногда при инфаркте миокарда отмечаются удушье, сильные боли в подложечной области, расстройство сердечного ритма, нарушение мозгового кровообращения. Больным с инфарктом миокарда необходима срочная госпитализация в первые же часы заболевания. При поступлении в стационар больные сразу же направляются в палату интенсивной терапии (кардиореанимацию) без санитарной обработки. Эти палаты снабжены необходимой аппаратурой для постоянного наблюдения за функциями сердечно-сосудистой и дыхательной систем; частотой дыхания и пульса; ритмом сердечных сокращений; уровнем артериального давления; дефибрилляторами, позволяющими устранить тяжелые нарушения ритма; кардиостимуляторами для реанимационных мероприятий при остановке сердца; аппаратами для искусственной вентиляции легких. Эти отделения в любое время суток связаны с экспресс-лабораториями, что дает возможность круглосуточно проводить необходимые исследования, они обеспечены необходимыми медикаментами и трансфузионными растворами. После стабилизации течения острого инфаркта миокарда (устранения болей с помощью введения наркотических средств, снижения свертываемости крови посредством введения гепарина и фибромцина, нормализации ритма сердечных сокращений и уровня артериального давления) больные обычно через 5–7 дней переводятся в общетерапевтическое или кардиологическое отделение. На протяжении 2–3 недель больные инфарктом находятся на полупостельном режиме, в первые дни – на строгом постельном режиме. В этот период большое значение приобретает проведение всех необходимых мероприятий по уходу: контроль за состоянием постели, своевременная смена нательного и постельного белья, кормление больных, уход за кожными покровами, подача судна и мочеприемника, тщательное наблюдение за функциями системы дыхания и кровообращения.

Недостаточность кровообращения

Под **недостаточностью кровообращения** понимают неспособность сердечно-сосудистой системы обеспечить органы и ткани организма необходимым количеством крови. Выделяют сердечную и сосудистую недостаточность. Сердечная недостаточность развивается в результате различных поражений миокарда (например, при миокардитах и миокардиодистрофии, ишемической болезни сердца, пороках сердца, гипертонической болезни); она может быть острой и хронической. В клинической практике часто встречается острая левожелудочковая недостаточность, вызванная падением сократительной способности миокарда левого желудочка, проявляющаяся приступами сердечной астмы и отеком легкого, а также кардиогенным шоком. Сердечная астма возникает при значительном застое крови в малом круге кровообращения, характеризуется появлением у больного чувства выраженной нехватки воздуха (удушья) и сопровождается тяжелой одышкой в покое, цианозом. Если больному в этот период не будет оказана помощь, приступ сердечной астмы может перерасти в отек легких, появится клокочущее дыхание, выделение большого количества пенистой мокроты. Отек легких при отсутствии лечебных мероприятий может закончиться смертью больного. Уход за таким пациентом заключается в придании ему полусидячего положения, применении горячих ножных ванн или наложении жгута на нижние конечности, отсасывании пенистой мокроты из верхних дыхательных путей, ингаляции кислорода вместе с парами этилового спирта. Усиление сократительной способности миокарда достигают с помощью сердечных гликозидов (строфантина, дигоксина и др.), а уменьшение объема циркулирующей крови – при использовании мочегонных препаратов (лазикса). Острое падение сократительной способности левого желудочка может привести к развитию кардиогенного шока, который характеризуется падением артериального давления, бледностью кожных покровов, холодным потом, одышкой, частым пульсом слабого наполнения и напряжения, иногда спутанностью сознания. Помощь больным с кардиогенным шоком состоит в снятии болевых ощущений (введение лекарственных наркотических средств); повышении артериального давления (введение норадреналина, мезатона); усилении сократительной способности миокарда (назначение сердечных гликозидов); повышении объема циркулирующей крови (внутривенное вливание полиглюкина, реополиглюкина и др.).

Хроническая сердечная недостаточность

Хроническая сердечная недостаточность характеризуется постепенным ослаблением сократительной способности миокарда и проявляется нарастающей одышкой (в начале при физической нагрузке, а затем и в покое), цианозом, тахикардией, периферическими отеками, увеличением печени в результате венозного застоя. Больные с хронической сердечной недостаточностью, помимо регулярного приема лекарственных препаратов (сердечных гликозидов, мочегонных и др.), нуждаются в тщательном уходе. Больные с хронической недостаточностью, особенно в период нарастания ее декомпенсации, должны соблюдать постельный режим. Чтобы уменьшить застой в малом круге кровообращения, больным необходимо придать в постели положение с приподнятым изголовьем. В случаях тяжелой одышки применяют ингаляции кислородной смесью. Ежедневно отмечают частоту дыхания, пульса, уровень артериального давления, при этом результаты измерения записывают в температурный лист. Следует регулярно контролировать динамику отеков. Ежедневно учитывают количество выпитой за сутки жидкости и выделенной мочи (диурез). Контроль динамики отеков можно проводить и с помощью регулярного взвешивания больных.

В целях борьбы с отеками больным ограничивают прием жидкости (до 800 мл–1 л в день), а также употребление поваренной соли. При кормлении больных с хронической

сердечной недостаточностью назначают лечебную диету № 10, в рацион питания включают продукты, богатые калием (курагу, печеный картофель и др.). Длительно существующие отеки приводят к вторичным изменениям кожных покровов, которые при этом изменяют свою окраску, истончаются, теряют эластичность. Необходимо тщательно ухаживать за кожей, нательным и постельным бельем, проводить обязательную профилактику пролежней.

Острая сосудистая недостаточность

Острая сосудистая недостаточность характеризуется падением сосудистого тонуса. Ее легким проявлением является обморок, который возникает в результате нарушения центральной нервной регуляции сосудистого тонуса. Обморок проявляется побледнением кожных покровов, кратковременной потерей сознания, снижением мышечного тонуса, артериальной гипотензией. Сознание больного обычно восстанавливается в течение нескольких минут.

При обмороке больному следует придать горизонтальное положение с опущенной головой и приподнятыми ногами (для улучшения кровообращения в головном мозге), обеспечить доступ свежего воздуха, освободить от стесняющей одежды, побрызгать в лицо холодной водой, похлопать по щекам, дать понюхать ватку, смоченную нашатырным спиртом. Острая сосудистая недостаточность, связанная с выраженным падением сосудистого тонуса и уменьшением объема циркулирующей крови, носит название коллапса. Коллапс наблюдается при тяжелом течении ряда инфекционных и острых воспалительных заболеваний, при кровопотере, отравлениях, тяжелых нарушениях сердечного ритма, тромбоэмболии легочной артерии. При коллапсе сознание больного обычно сохранено, отмечается бледность кожных покровов, снижение температуры тела, поверхностное и учащенное дыхание, частый и малый пульс, низкое артериальное давление. Помощь при коллапсе включает в себя устранение причин его возникновения (например, остановка кровотечения, удаление ядов из организма), согревание больного, введение препаратов, повышающих артериальное давление (адреналина, мезатона, глюкокортикоидов), повышение объема циркулирующей крови (переливание крови и кровезаменяющих жидкостей).

Раздел 9

Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов пищеварения

Больные с различными заболеваниями пищеварительной системы, такими как язвенная болезнь и хронический гастрит, холецистит и желчно-каменная болезнь, панкреатит, энтерит, колит и другие, составляют значительный удельный вес среди пациентов терапевтических и хирургических отделений, а также среди амбулаторных больных. Вышеуказанными заболеваниями, их диагностикой, лечением занимается раздел внутренних болезней – **гастроэнтерология**. Выбор той или иной тактики диагностики и лечения, первая помощь при многих неотложных состояниях в гастроэнтерологии во многом зависит от правильной оценки ведущих симптомов заболеваний органов пищеварения.

Наблюдение и уход за больными с болями в животе и диспептическими расстройствами

Боль относится к наиболее частым симптомам заболеваний пищеварительной системы. Механизм ее возникновения может быть различным. Боли могут возникать при нарушении моторной функции органов пищеварения (спазме или растяжении). Эти боли наблюдаются при кишечной колике, печеночной колике, неосложненной язвенной болезни, бывают схваткообразными, ноющими, могут иррадиировать в различные участки тела.

Диагностическая трактовка болей в животе нередко является достаточно сложной и требует больших знаний и опыта. При оценке болей учитывают их характер, интенсивность, локализацию, наличие или отсутствие распространения с места их возникновения (иррадиацию), продолжительность, периодичность, связь их возникновения с приемом пищи или актом дефекации, физической нагрузкой, изменением положения тела, влиянием различных лекарственных препаратов. Необходимо иметь в виду, что боли в животе могут быть и при болезнях сердца (инфаркте миокарда), органов дыхания (крупозной пневмонии, неврологических заболеваниях и др.), что может стать иногда причиной диагностической ошибки. При не совсем ясной картине болей в животе не следует сразу назначать лекарственную терапию (обезболивающие, слабительные), грелки, клизмы, промывание желудка.

Лишь после уточнения происхождения болей в животе можно решать вопрос о дальнейшей тактике лечения больного – применении спазмолитиков, колиолитиков, срочном хирургическом вмешательстве. Кроме болей, при заболеваниях органов пищеварения часто встречаются различные диспептические расстройства – тошнота, отрыжка, изжога, нарушение аппетита, ощущение неприятного вкуса во рту, запор, понос.

Диспептические расстройства также требуют уточнения причин их возникновения и соответствующего лечения. К числу диспептических расстройств относится и рвота. Рвота встречается при различных заболеваниях: повышении внутричерепного давления («центральная» рвота), отравлениях, при язвенной болезни и опухолях желудка, болезнях желчного пузыря и поджелудочной железы, почечной колике. Рвота имеет не только важное диагностическое значение. Частая и обильная (неукротимая) рвота приводит к развитию в организме тяжелых нарушений: обезвоживанию, электролитным сдвигам. Во время рвоты важно своевременно оказать помощь больному, т. к. рвотные массы, особенно при бессознательном состоянии больного, могут попасть в дыхательные пути, вызывая тяжелую инспираторную одышку, а затем и аспирационную пневмонию. Во время рвоты больного усаживают или укладывают на бок, наклоняют голову вниз, на пол ставят тазик. Рвотные массы при необходимости лабораторного (бактериологического) исследования собирают в отдельную посуду, а затем направляют в лабораторию. После рвоты больному дают прополоскать рот теплой водой, тяжелым или ослабленным больным очищают полость рта ватным тампоном, смоченным водой. При упорной рвоте, сопровождающейся обезвоживанием организма, необходимо внутривенное вливание жидкостей, растворов электролитов.

Особого внимания и наблюдения заслуживают больные, когда в рвотных массах имеется примесь крови.

К **диагностическим** расстройствам, часто встречающимся у гастроэнтерологических больных, относится также метеоризм (вздутие живота). Метеоризм развивается при употреблении в пищу продуктов, богатых клетчаткой. При наличии метеоризма проводят обследование больных с целью установления его причины и выбора тактики лечения. Для борьбы с метеоризмом назначают диету с исключением капусты, бобовых, свежего хлеба, ограничением картофеля, мучных блюд, рафинированных углеводов. Больным рекомендуют прием активированного угля или карболена, при наличии показаний – ферментных препаратов

(фестала, дигестала и др.). Назначают ветрогонные травы – настой ромашки, укропа. При резко выраженном метеоризме вставляют газоотводную трубку длиной 30–50 см и с шириной просвета 5–10 мм; смазанную вазелином, ее вводят через прямую кишку на глубину 20–30 см. Свободный конец трубки опускают в подкладное судно. Трубку извлекают через 1–2 ч, при необходимости после перерыва ее можно ввести повторно.

Наблюдение и уход за больными с желудочно-кишечным кровотечением

Желудочно-кишечное кровотечение может возникнуть у больных с язвенной болезнью, эрозиями (поверхностными дефектами слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки), опухолями желудка и пищевода, циррозом пищевода, протекающим с варикозным расширением вен пищевода, у пациентов с различными заболеваниями кишечника – опухолями, геморроем, неспецифическим язвенным колитом.

Желудочно-кишечное кровотечение проявляется в виде кровавой рвоты или черного дегтеобразного стула (мелена). Кровавая рвота представлена коричневатыми сгустками типа «кофейной гущи», состоящими из солянокислого гематина, образовавшегося в желудке при действии на кровь соляной кислотой. При кровотечении из пищевода рвотные массы могут содержать неизмененную алую кровь. Черный цвет каловых масс при мелене обусловливается в основном примесью сульфидов, которые образуются в кишечнике из крови под действием различных ферментов и бактерий. Неизмененная алая кровь в кале указывает не на желудочное кровотечение, а на кишечное, причем при опухолях толстой кишки кровь чаще бывает равномерно перемешанной с калом или располагается в виде прожилок, тогда как при геморрое отмечается примесь неизмененной крови в конце акта дефекации или же в виде следов крови на туалетной бумаге. Желудочно-кишечное кровотечение нередко сопровождается и целым рядом общих симптомов: бледностью кожных покровов, падением артериального давления, тахикардией, иногда потерей сознания. При наличии у больного желудочно-кишечного кровотечения назначают строгий постельный режим, запрещают прием пищи и жидкости. На верхнюю часть живота кладут пузырь со льдом, следят за пульсом и артериальным давлением. С целью гемостатического (кровоостанавливающего) эффекта применяют внутримышечные инъекции викасола по 1 мл, раствора хлорида кальция, внутривенное капельное вливание эпсилон-аминокапроновой кислоты, переливание крови. Вопрос о дальнейшей тактике лечения (терапевтической или хирургической) решают в зависимости от объема кровотечения, темпов его развития, а также данных обследования (рентгенологического, эндоскопического, анализа крови – контроля за нарастанием анемии).

Диагностика и лечение

Желудочное зондирование

Желудочное зондирование (введение зонда в желудок) применяют как с диагностическими, так и с лечебными целями. С помощью зондирования можно получить желудочное содержимое с его последующим исследованием, осуществить промывание желудка. Введением зонда пользуются для откачивания желудочного содержимого при остром расширении (атонии) желудка, при высокой кишечной непроходимости. Применение желудочного зонда служит одним из способов искусственного питания. Промывание желудка проводят при отравлении различными ядами, употреблении недоброкачественной пищи и т. д. Противопоказаниями для промывания желудка являются органические сужения пищевода, острые пищеводные и желудочные кровотечения, тяжелые химические ожоги слизистой оболочки глотки, пищевода и желудка клейкими кислотами и щелочами, инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения, пожилой возраст. Промывают желудок толстым желудочным зондом длиной 1–1,5 м, диаметром 10–13 мм. Промывание производят в сидячем положении больного, или при тяжелом состоянии, в лежачем.

После введения зонда промывание желудка осуществляется по принципу сообщающихся сосудов. Если воронку, наполненную водой, держат выше желудка, то из нее в желудок будет поступать вода; если опустить воронку ниже уровня желудка, то введенная вода будет поступать обратно в воронку. Вначале воронку держат на уровне колен больного, наполняя ее промывной жидкостью (кипяченой водой, слабым раствором перманганата калия, 2 %-ным раствором гидрокарбоната натрия), затем поднимают выше уровня рта больного, располагая воронку несколько наклонно, чтобы в желудок не попал воздух. После того как верхний уровень жидкости достигнет выхода из воронки, последнюю опускают вниз до первоначального положения. При этом в воронку начнет обратно поступать промывная жидкость вместе с желудочным содержимым. Как только воронка наполнится, ее переворачивают и опорожняют в таз. Первая порция промываемых вод при необходимости направляется в лабораторию. Промывают желудок до чистых промывных вод из желудка. После окончания промывания воронка и зонд очищаются и кипятятся. Процедуру можно провести и при отсутствии толстого желудочного зонда: больной выпивает 6–8 стаканов промывающей жидкости и вызывает рефлексорную рвоту. Указанную процедуру повторяют несколько раз.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.