АО «Медицинский университет Астана»

Кафедра «Введения в клинику»

Тема

Алгоритм действия медицинской сестры при желудочно-кишечном кровотечении

Выполнили

Садыхан Д.,Серкбайқызы А

Проверила: Иконникова В.А

Группа: 241ОМ

Астана 2014

Введение

Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) - одна из наиболее частых причин экстренной госпитализации в стационары хирургического профиля. Терапевтическая задача при кровотечении из желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) проста и логична: состояние больного должно быть стабилизировано, кровотечение остановлено и проведено лечение, целью которого является предотвращение впоследствии эпизодов ЖКК. Для этого необходимо установить источник кровотечения и его локализацию. К числу самых серьезных ошибок, которые могут иметь весьма тяжелые последствия, относятся недооценка тяжести состояния больного и начало диагностических и лечебных манипуляций без достаточной подготовки пациента. Чтобы правильно оценить объем кровопотери и состояние больного, необходимо ясно представлять себе, какие изменения возникают в организме при этой патологии.

Описание

Кровотечение возможно в любом отделе желудочно-кишечного тракта, от рта до анального отверстия. Характерный симптом - наличие крови в кале или рвотных массах. Кровотечение бывает скрытым, в этом случае его обнаруживают только с помощью анализов. Кровотечение из органов пищеварительного тракта могут усугублять заболевания, сопровождающиеся повышенной кровоточивостью.

Симптомы

При желудочно-кишечном кровотечении возможны рвота кровью (гематомезис), появление черного кала (мелены) и выделение алой крови из прямой кишки. Черный кал свидетельствует о кровотечении из высоких отделов пищеварительного тракта - желудка или двенадцатиперстной кишки. Он является следствием воздействия на кровь кислоты желудка и бактерий, продолжавшегося в течение нескольких часов перед дефекацией.
Выделение 60 мл крови может привести к появлению черного кала. После единичного тяжелого кровотечения черный цвет кала сохраняется неделю, но это не обязательно свидетельствует о том, что кровотечение продолжается.

При длительном кровотечении могут появляться симптомы анемии: быстрая утомляемость, неестественная бледность, боли в грудной клетке <http://www.zdorovieinfo.ru/bolezni/bol\_v\_grudnoy\_kletke/>, головокружение <http://www.zdorovieinfo.ru/bolezni/golovokruzhenie/>.

Диагностическое значение имеет измерение артериального давления в положениях лежа и сидя или стоя. Даже при умеренной анемии в вертикальном положении давление снижается. На значительную потерю крови указывают такие симптомы, как повышение частоты пульса, понижение артериального давления <http://www.zdorovieinfo.ru/bolezni/ponizhennoe\_arterialnoe\_davlenie/> и уменьшение мочеотделения. У больного бывают холодные липкие руки и стопы.

Снижение доставки кислорода к головному мозгу, вызванное потерей крови, влечет за собой cпутанность сознания, дезориентацию, сонливость и даже шок <http://www.zdorovieinfo.ru/bolezni/shok/>. У пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца <http://www.zdorovieinfo.ru/bolezni/ishemicheskaya\_bolezn\_serdtsa/>, могут внезапно развиваться симптомы стенокардии <http://www.zdorovieinfo.ru/bolezni/stenokardiya/> (боль в грудной клетке <http://www.zdorovieinfo.ru/bolezni/bol\_v\_grudnoy\_kletke/>) или инфаркта миокарда <http://www.zdorovieinfo.ru/bolezni/infarkt\_miokarda/>. Кровопотеря усугубляет проявление других болезней. У пациентов с болезнью печени кровотечение в кишечник может вызывать накопление токсинов, которое, в свою очередь, приводит к появлению новых симптомов, например нарушению сознания - печеночной энцефалопатии <http://www.zdorovieinfo.ru/bolezni/pechenochnaya\_entsefalopatiya/>.

Причины <http://www.zdorovieinfo.ru/upload/images/>

-80% желудочно-кишечных кровотечений является результатом язвенной болезни. Кроме того, кровотечением может осложниться гастрит, дуоденит, полипы, дивертикулы, заболевания кишечника (острый язвенный или язвенно-некротический энтерит, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона), рак при любом его расположении в желудочно-кишечном тракте.

Особенно тяжелые кровотечения возникают из вен пищевода при портальной гипертензии.

Также сильное кровотечение может возникать при геморрое.

Причиной желудочно-кишечного кровотечения могут быть тромбоцитопенические пурпуры, гемофилия, лейкоз, лимфогранулематоз.

Развитие кровотечений возможно на фоне применения лекарственных препаратов (антиагрегантов и антикоагулянтов), а также при системных заболеваниях: атеросклероз, гипертоническая болезнь.

После значительной потери крови измерение гематокрита (это один из методов исследования крови), как правило, выявляет низкое содержание эритроцитов в крови. Врачу необходимо знать, какие симптомы предшествовали развитию кровотечения, - это помогает определить его причину. Если боль в животе <http://www.zdorovieinfo.ru/bolezni/bol\_v\_zhivote/> уменьшается после приема пищи или антацида, можно предполагать язвенную болезнь <http://www.zdorovieinfo.ru/bolezni/yazvennaya\_bolezn/>; однако язвенное кровотечение далеко не всегда сопровождается болями <http://www.zdorovieinfo.ru/bolezni/bol\_v\_zhivote/>.

Кровотечение из желудка способны вызывать лекарства, повреждающие cлизистую оболочку желудка, например аспирин <http://www.zdorovieinfo.ru/spravochnik-lekarstv/aspirin/>.

Если пациент с желудочно-кишечным кровотечением страдает отсутствием аппетита или похудел без какой-либо очевидной причины, то у него возможна злокачественная опухоль. При затруднении глотания можно предположить злокачественную опухоль или сужение просвета пищевода. Очень сильная рвота <http://www.zdorovieinfo.ru/bolezni/toshnota\_i\_rvota/> непосредственно перед кровотечением заставляет заподозрить разрыв пищевода <http://www.zdorovieinfo.ru/bolezni/treschina\_i\_razryv\_pischevoda/>, но примерно у половины больных рвота <http://www.zdorovieinfo.ru/bolezni/toshnota\_i\_rvota/> не возникает. Запор <http://www.zdorovieinfo.ru/bolezni/zapor/> или понос <http://www.zdorovieinfo.ru/bolezni/diareya/> наряду с кровотечением или наличием скрытой крови в кале могут быть вызваны злокачественной опухолью или полипом в нижнем отделе кишечника, особенно у пациентов старше 45 лет. Свежая кровь на поверхности фекалий является симптомом геморроя <http://www.zdorovieinfo.ru/bolezni/gemorroy/> или заболевания прямой кишки, например рака <http://www.zdorovieinfo.ru/bolezni/opuholi\_tolstoy\_i\_pryamoy\_kishki/>.

Пациента обследуют, чтобы выявить источник кровотечения. Например, во время ректального исследования врач проверяет, нет ли геморроидальных узлов, трещин заднего прохода <http://www.zdorovieinfo.ru/bolezni/treschina\_zadnego\_prohoda/> или опухоли.

Дальнейшие исследования назначают в зависимости от того, где, по предположениям врача, локализуется источник кровотечения: в верхнем отделе желудочно-кишечного тракта (это пищевод, желудок и двенадцатиперстная кишка) или в нижней его части (к ней относятся нижняя часть тонкой кишки, толстая и прямая кишка, задний проход).

Чаще всего поиск источника кровотечения начинается с верхней части желудочно-кишечного тракта. В желудок через нос вводят специальный зонд и отсасывают жидкость. Если содержимое желудка напоминает кофейную гущу (что объясняется частичным перевариванием крови), скорее всего, кровотечение необильное или прекратилось.

Непрерывное выделение ярко-красной крови указывает на продолжающееся тяжелое кровотечение. Далее врач с помощью гибкого эндоскопа - гибкого волоконно-оптического медицинского инструмента обследует пищевод, желудок и двенадцатиперстную кишку.

Если ни в желудке, ни в двенадцатиперстной кишке не найдены гастрит <http://www.zdorovieinfo.ru/bolezni/gastrit/> или язвы <http://www.zdorovieinfo.ru/bolezni/yazvennaya\_bolezn/>, то делают биопсию для исследования ткани под микроскопом. Это помогает определить, является ли кровотечение следствием влияния пилорического геликобактера.

Такую инфекцию успешно лечат антибиотиками. В нижнем отделе желудочно-кишечного тракта врач ищет полипы и злокачественные опухоли. С этой целью проводят рентгенологическое исследование после введения через прямую кишку взвеси бария или используют эндоскоп. Нижний отдел кишечника врач может осмотреть изнутри с помощью аноскопа, гибкого ректороманоскопа или колоноскопа. Если эти способы диагностики не выявляют источник кровотечения, то делают ангиографию (рентгенологическое исследование после введения рентгеноконтрастного вещества) или сканирование после введения эритроцитов, меченных радионуклидом. Эти методы особенно эффективны, когда нужно решить, не является ли причиной кровотечения сосудистый шунт (соединение сосудов).

Список методов диагностик: анализ крови клинический (общий) <http://www.zdorovieinfo.ru/spravochnic-diagnostika/klinicheskiy\_obschiy\_analizh\_krovi/>, ангиография <http://www.zdorovieinfo.ru/spravochnic-diagnostika/angiografiya/>, эзофагогастродуоденоскопия (эгдс) <http://www.zdorovieinfo.ru/spravochnic-diagnostika/ezofagogastroduodenoskopiya\_egds/>, ректороманоскопия <http://www.zdorovieinfo.ru/spravochnic-diagnostika/rektoromanoskopiya/>, колоноскопия <http://www.zdorovieinfo.ru/spravochnic-diagnostika/kolonoskopiya/>, анализ кала на скрытую кровь <http://www.zdorovieinfo.ru/spravochnic-diagnostika/analizh\_kala\_na\_skrytuyu\_krov/>

язва желудок варикозный пищевод

Лечение <http://www.zdorovieinfo.ru/upload/images/>

<http://www.zdorovieinfo.ru/upload/images/>

Больше чем у 80% людей желудочно-кишечное кровотечение прекращается без лечения. Если же оно продолжается или возникают симптомы значительной потери крови, больного госпитализируют, обычно в палату интенсивной терапии.

При большой потере крови возникает необходимость в ее переливании. Вместо цельной крови обычно используют эритроцитную массу (только эритроциты), чтобы избежать перегрузки системы кровообращения жидкостью. После того как объем крови восстановлен, за больным тщательно наблюдают, чтобы вовремя заметить появление признаков продолжающегося кровотечения: увеличение частоты пульса, снижение артериального давления или выделения крови изо рта или анального отверстия.

Кровотечение из варикозно расширенных вен нижнего отдела пищевода лечат несколькими способами. Один из них состоит в следующем: через рот в пищевод вводят баллонный катетер и раздувают баллон, который оказывает давление на область кровотечения. Другой способ состоит в том, что в сосуд - источник кровотечения - вводят раздражающее химическое вещество, которое вызывает воспаление и фиброз вен.

Кровотечение в желудок часто удается остановить с помощью эндоскопических процедур: это прижигание сосуда - источника кровотечения электрическим током или введение вещества, которое вызывает свертывание крови в этом сосуде. Если эти процедуры оказываются неэффективными, решают вопрос о хирургическом лечении. Кровотечение из нижнего отдела кишечника обычно не требует неотложной терапии. При необходимости производят эндоскопическую процедуру или операцию.

Больные со II-IV степенями тяжести кровопотери нуждаются в проведении инфузионной терапии перед началом диагностических и лечебных манипуляций.

Инфузионная терапия

При кровопотере не более 10% ОЦК переливания крови и кровезаменителей не требуется. Этот объем излившейся крови организм в состоянии полностью компенсировать самостоятельно. Однако следует помнить о возможности повторного кровотечения, способного быстро дестабилизировать состояние больного на фоне напряжения компенсации. Пациенты со значительным острым ЖКК, особенно находящиеся в нестабильном состоянии, должны быть помещены в отделение интенсивной терапии или реанимации. Необходим постоянный доступ к вене (желательна катетеризация одной из центральных вен), Инфузионная терапия должна проводиться на фоне постоянного мониторного контроля за сердечной деятельностью, АД, функцией почек (количество мочи) и дополнительной оксигенации. Для восстановления центральной гемодинамики используют трансфузию физиологического раствора, раствора Рингера, базис-раствора. В качестве коллоидного кровезаменителя может быть использован среднемолекулярный полиглюкин. Восстановление микроциркуляции осуществляется с помощью низкомолекулярных коллоидных растворов (реополиглюкин, гемодез, желатиноль). Когда возникает вопрос о локализации ЖКК, прежде всего рекомендуют ввести больному зонд в желудок. Аспирированная через зонд кровь подтверждает локализацию источника кровотечения в верхних отделах ЖКТ. Но отрицательный результат аспирации не всегда свидетельствует об отсутствии кровотечения в верхних отделах пищеварительного тракта. Кровотечение из луковичной язвы может не сопровождаться появлением крови в желудке. В таких случаях о высокой локализации источника можно судить по другим признакам: наличию гиперреактивных кишечных шумов и повышению содержания азотистых соединений в крови (прежде всего - креатинина и мочевины). Тем не менее диагностика ЖКК нередко весьма сложна, особенно в первые часы от начала заболевания, когда больной уже находится в тяжелом состоянии, а кровавой рвоты нет и дегтеобразного стула ещё не появилось. Если нет ясного представления о наличии и локализации его источника, проводят эндоскопическое исследование. Эмпирическая терапия заключается в промывании желудка ледяной водой из холодильника и парентеральном введении препаратов, снижающих кислотность. Сильно охлажденная жидкость уменьшает кровоток в стенке желудка, и остановка кровотечения, хотя бы временная, достигается при этом у 90% больных. Кроме того, лаваж способствует опорожнению желудка от сгустков крови, что значительно облегчает последующую гастроскопию.

Обосновано парентеральное назначение блокаторов гистаминовых рецепторов и ингибиторов протонной помпы, так как по статистике пептические язвы являются самой частой причиной кровотечений из верхних отделов ЖКТ. Кроме того, пепсин, способствующий дисагрегации тромбоцитов, инактивируется при высокой желудочной рН, что повышает свертываемость крови при уменьшении кислотности в желудке. Успешно проведенная эмпирическая терапия позволяет выиграть время и адекватно подготовить больного к эндоскопическому обследованию и операции. Наиболее важную информацию дает эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС); она позволяет не только с высокой степенью точности установить локализацию источника кровотечения и его характер, но и провести гемостатические мероприятия, которые в значительном числе случаев дают возможность остановить кровотечение. Радиоизотопное сканирование (меченная 99Тс коллоидная сера или альбумин) и ангиография весьма важны в отдельных ситуациях, но большого практического значения не имеют, так как крайне редко могут быть выполнены по экстренным показаниям.

Разрыв варикозных вен пищевода (ВВП)

Лечение больных с ВВП - наиболее важный фактор снижения летальности при ЖКК. Первая помощь заключается в длительной (1-2 сут) тампонаде вен баллонным зондом и внутривенном введении 1% раствора нитроглицерина (для снижения портального давления) и вазопрессина (препарата гипофиза). Это позволяет на время остановить кровотечение примерно у 60-80% больных. При неэффективности этой меры или угрозе рецидива кровотечения можно предпринять попытку эндоскопической склеротерапии с внутривозальным или паравозальным (что безопаснее) введением склерозантов - 2% раствора тромбовара или варикоцида, 1-3% раствора этоксисклерола (полидоканола), цианакрилатов (гисторил, гистоакрил, цианакрилатклебер), фибринклебера в смеси с иодолиполом в соотношении 1:1. При их отсутствии используют 96% этиловый спирт.

При остановившемся кровотечении с высоким риском рецидива (IIА по Форресту) показана неотложная операция в ближайшие сутки, как правило, утром следующего дня. Наиболее оправданная хирургическая тактика при кровоточащей язве желудка - её иссечение или ушивание в сочетании с пилоропластикой и ваготомией (при отсутствии признаков малигнизации язвы), а при язве двенадцатиперстной кишки - экономная резекция желудка (антрумэктомия) или (у больных с высокой степенью операционного риска) - ушивание язвы с пилоропластикой и селективной ваготомией (Ю.Панцырев, 1986, Ю.Панцырев и Е.Федоров, 1999).

Хирургическое лечение заключается в прошивании стенки желудка до мышечного слоя с перевязкой кровоточащей артерии или в иссечении патологических участков желудочной стенки в пределах здоровых тканей. Эффективной может оказаться эмболизация сосудов. Острый геморрагический гастрит обычно связывают с приемом медикаментов (аспирина, НПВС) и алкоголя. Имеет значение профилактическое и лечебное парентеральное применение антацидов и Н-блокаторов, промывание желудка ледяными растворами, орошение слизистой во время эндоскопии раствором капрофера, внутривенное введение гемостатических средств, ингибиторов фибринолиза и вазопрессина, переливание свежей крови и тромбоцитарной массы.

Экстренная помощь заключается в эндоскопической электро- или фотокоагуляции лазером, прижигании концентрированным раствором капрофера. В последующем, а также при неэффективности гемостатической терапии показано хирургическое вмешательство, объем которого зависит от локализации опухоли и стадии ракового процесса.

Одна из самых частых причин гематохезии у пожилых больных - дивертикулез толстой кишки. Консервативная терапия (переливание свежей крови, тромбоцитарной массы, введение α-аминокапроновой кислоты, децинона, введение вазопрессина в мезентериальную артерию во время ангиографии) эффективна у большинства больных.

В некоторых клиниках после ангиографии применяют чрескатетерную эмболизацию (А.Шептулин, 2000), Если при колоноскопии обнаружен источник кровотечения, что бывает довольно редко, можно рассчитывать и на эффект местных гемостатических мер (электрокоагуляция, орошение капрофером). При продолжающемся или рецидивирующем кровотечении приходится прибегать к хирургическому вмешательству. Лечение больных с кишечным кровотечением на фоне острых нарушений мезентериольного кровообращения, как правило, оперативное. Поскольку кровь в просвете кишки обычно появляется на стадии инфаркта кишечника, что свидетельствует о декомпенсации мезентериального кровообращения, выполняют резекцию необратимо измененных участков кишки, которую дополняют вмешательством на брыжеечных сосудах с целью восстановления кровообращения жизнеспособных остающихся отделов (В.Савельев и И.Спиридонов, 1986).

Неотложные состояния <http://krasme.ru/index.php?option=com\_content&task=category&sectionid=3&id=17>

Госпитализация в хирургическое отделение.

Строгий постельный режим.

Голод 1-2 дня, затем диета № 1а или Мейленграхта.

Холод на живот, заглатывание кусочков льда, 5% раствор аминокапроновой кислоты внутрь по 2 столовые ложки через 3 часа.

Внутривенно капельно: 10% раствор желатина 20-40 мл; 10 мл - 10% раствора хлористого кальция, дицинон 12.5% - 2 мл подкожно через 4-6 часов, фибриноген внутривенно.

Если кровотечение продолжается, дробное переливание крови по 200-400 мл, контрикал 20-50 тыс.ЕД, внутривенно плазма 100-400 мл, альбумин 5-10% 100-200 мл.

Эндоскопическое исследование желудка, ДПК для выявления источника кровотечения и местного лечения (гемостатического) - обкалывание слизистой вокруг кровоточащего сосуда (язвенного дефекта) 0.1% раствора адреналина, лазерная фотокоагуляция, диатермокоагуляция.

Восполнение ОЦК: полиглюкин 400 мл, протеин, плазма, альбумин, желатин по 10 мл, кровь 200-400 мл.

Кровотечение при язвенной болезни:

Циметидин по 400 мг 3 раза в сутки или внутривенно зантак (ранитидин);

Альмагель внутрь по 1 столовой ложке через 4 часа.

При пищеводном кровотечении (из варикозно расширенных вен):

Введение зонда Блэкмора;

Питуитрин 15-20 ЕД внутривенно капельно.

При кишечном кровотечении:

Снять перистальтику (папаверин, атропин, препараты опия).

Лечение анемии: эритровзвесь 200-400 мл, препараты железа внутривенно (феррум-лек) или перорально после остановки кровотечения.

При продолжающемся или повторном кровотечении показано хирургическое лечение (ушивание сосудов, эмболизация артерий

Первая помощь при желудочно-кишечном кровотечении.

· Срочно вызвать «Скорую помощь».

· Создать больному покой.

· Уложить больного в положение с приподнятыми на 10-15º ногами.

· Положить на живот пузырь со льдом.

Для подтверждения правильности своих действий уточнить, страдает ли больной язвенной болезнью, была ли накануне многочисленная рвота или одно из перечисленных заболеваний, при которых могут встречаться желудочно-кишечные кровотечения. Если больной потерял сознание, но у него сохраняются пульс и дыхание, наблюдать за основными функциями - контролировать пульс и дыхание. При остановке кровообращения и (или) сердечной деятельности, начинать реанимационные мероприятия - искусственное дыхание и непрямой массаж сердца..

Что нельзя делать при желудочно-кишечном кровотечении.

· Оставлять больного одного.

· Давать есть или пить.

· Надеясь на самопроизвольную остановку кровотечения, отказываться от вызова «Скорой помощи» и транспортировки в стационар.

Заключение

Желудочно-кишечные кровотечение вызывает изменения в организме, тяжесть которых зависит от темпа кровотечения и величины кровопотери. В зависимости от величины кровопотери различают легкое, средней тяжести и тяжелое Ж.-к. к. При массивной кровопотере кровотечение называют профузным.

В клинической картине Ж.-к. к. на первый план обычно выступают симптомы кровопотери (слабость, головокружение, сердцебиение, потливость, спутанность сознания, тахикардия, артериальная гипотензия).

При легких степенях Ж.-к. к. могут наблюдаться головокружение, слабость, незначительная бледность, при массивных кровотечениях - коллапс, падение сердечной деятельности.

Кровотечения из пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки могут сопровождаться рвотой алой кровью (гематомезис), а также кровью, измененной под действием желудочного сока, - так называемой кофейной гущей. Для кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта характерен также дегтеобразный кал (мелена).

При кровотечениях из тонкой кишки темно-красная кровь обычно равномерно перемешана с испражнениями. Выделения алой крови из заднего прохода свидетельствуют, что источник желудочно-кишечного кровотечения располагается в ободочной или прямой кишке.

Своевременное оказание помощи пациенту имеет чрезвычайно важное значение и исключает возможность больших кровопотерь, рецидивов и летального исхода.