Сестринский процесс при язвенной болезни желудка

и двенадцатиперстной кишки

ВВЕДЕНИЕ

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является важной проблемой современной медицины. Этим заболеванием страдают приблизительно 10% населения земного шара. Встречается у людей любого возраста, но чаще 30-40 лет; мужчины болеют в 6-7 раз чаще, чем женщины (особенно язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки).

Надо отметить, что за последние пять лет уровень заболеваемости язвенной болезнью существенно не изменился. В России на диспансерном учёте находится около 3 млн. таких больных. Согласно отчётам МЗ РФ, в последние годы доля пациентов с впервые выявленной язвенной болезнью в России возросла с 18 до 26%.

Актуальность проблемы язвенной болезни определяется тем, что она является основной причиной инвалидности 68% мужчин, 30,9% женщин от числа всех страдающих заболеваниями органов пищеварения. Несмотря на успехи в диагностике, и лечении язвенной болезни, это заболевание продолжает поражать всё более молодое население, не обнаруживая тенденций к стабилизации или снижению показателей заболеваемости.

Предмет изучения:

сестринский процесс язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Объект исследования:

сестринский процесс.Цель исследования:

изучение сестринского процесса при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Задачи

Для достижения данной цели исследования необходимо изучить:

· этиологию и предрасполагающие факторы язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки;

· клиническую картину и особенности диагностики язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки;

· принципы оказания первичной медицинской помощи при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки;

· методы обследований и подготовку к ним;

· принципы лечения и профилактики ЯБ (манипуляции, выполняемые медицинской сестрой;

Для достижения данной цели исследования необходимо проанализировать:

· два случая, описывающие тактику медицинской сестры при осуществлении сестринского процесса у пациента с данным заболеванием;

· основные результаты обследования и лечения пациентов с ЯБ необходимые для заполнения листа сестринских вмешательств;

Методы исследования.

● научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;

● эмпирический - наблюдение, дополнительные методы исследования:

организационный (сравнительный, комплексный) метод;

субъективный метод клинического обследования пациента (сбор анамнеза);

объективные методы обследования пациента (физикальные, инструментальные, лабораторные);

● биографические (анализ анамнестических сведений, изучение медицинской документации);

● психодиагностический (беседа).

Практическая значимость:

Подробное раскрытие материала по теме курсовой работы «Сестринский процесс при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки» позволит мне более детально изучить этиологию, клиническую картину заболевания, методы обследования, возможные проблемы пациентов и особенности ухода за данными пациентами с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Список аббревиатур

АВ - атриовентрикулярный

АД - артериальное давление

ВИЧ - вирус иммунодефицита человека

ДВС - диссеминированное внутрисосудистое свёртывание

ЖКТ - желудочно-кишечный тракт

ИВЛ - искусственная вентиляция лёгких

ЛС - лекарственное средство

НПВС - нестероидное противовоспалительное средство

ОЦК - объём циркулирующей крови

САД - систолическое АД

СМП - скорая медицинская помощь

СОЭ - скорость оседания эритроцитов

СПИД - синдром приобретённого иммунодефицита

ТВ - токсическое вещество

УФО - ультрафиолетовое облучение

ЦНС - центральная нервная система

ЧДД - частота дыхательных движений

ЧСС - частота сердечных сокращений

ЭКГ - электрокардио(грамма)графия

ЭМП - экстренная медицинская помощь

1. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

Язвенная болезнь - хроническое, циклически протекающее заболевание желудка или двенадцатиперстной кишки с образованием в периоды обострения язв. Заболевание возникает в результате нарушения регуляции секреторных и моторных процессов, а также нарушения защитных механизмов слизистой оболочки этих органов. Встречается у людей любого возраста, но чаще 30-40 лет; мужчины болеют в 6-7 раз чаще, чем женщины (особенно язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки).

.1 Этиология и патогенез

Причины: развития ЯБ изучены не достаточно, но чаще всего возникает в результате заражения бактерией Helicobacter pylori <http://www.polismed.ru/helicobacter-kw/>, долгий прием лекарственных преператов.

Способствующие факторы:

· наследственность;

· курение;

· хроническую нервно-психическую травматизацию;

· нерегулярное питание.

1.2 Клиника

Основным клиническим признаком является боль. При язве двенадцатиперстной кишки боли возникают натощак ("ранние", или "голодные", боли), проходят после приема пищи или щелочей, а затем возникают спустя 3-4 ч после приема пищи, причем повторный прием пищи снимает боли. Возможны "ночные" боли, а также исчезающие после приема пищи или щелочных препаратов (иногда достаточно нескольких глотков молока).

При язве желудка характерны «ранние» боли возникающие через 20-30 мин после приема пищи.

Боли, особенно при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, имеют сезонность: их появление или усиление отмечается в определенное время года ( чаще всего весной или осенью).

· Изжога, тошнота, изменение аппетита обычно не характерны для больных с язвенной болезнью.

· Возможна рвота, которая возникает на высоте болей и приносит облегчение. Рвота может возникать и на "голодный" желудок, а также непосредственно во время приема пищи. Во время обострения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки могут возникать запоры.

Этот симптом реже встречается при язвенной болезни желудка. Аппетит у больных, как правило, не нарушен.

Из общих жалоб можно отметит:

· повышенную раздражительность;

· потливость.

При непосредственном обследовании больного в период ремиссии никаких патологических симптомов не отмечается. В период обострения при пальпации живота выявляются болезненные точки, локализация которых достаточна характерна. При поколачивании кончиком пальца в этих точках наряду с усилением болезненности отмечается ограниченное напряжение мышц передней брюшной стенки.

Большое значение имеет исследование желудочного сока. Особенно показательно повышение кислотности желудочного сока, которое чаще встречается при локализации язвы в луковице двенадцатиперстной кишки. При язвенной болезни желудка показатели кислотности желудочного сока могут соответствовать норме и даже быть ниже.

Очень важно исследовать кал на скрытую кровь. Наличие длительной стойкости положительной реакции, несмотря на проводимое лечение, заставляет заподозрить рак желудка.

Наиболее достоверны в распознавании язвенной болезни рентгенологическое исследование и гастродуаденоскопия, гистологическое исследование кусочков, полученных при гастробиопсии из различных отделов желудка, позволяет устранить начинающуюся малигнилизацию.

Язвенная болезнь протекает хронически. Волнообразность течения со "светлыми" промежутками и периодами обострения в осеннее-весенее время особенно характерна для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Обострению способствуют курение, нервно-психические перенапряжения, злоупотреблением алкоголем.

Клинические обострения обычно продолжается в течении - 24 недель, рубцевание язвенного дефекта наступает позднее (через 6 - 8 нед).

При длительном течении язвенной болезни язва в 1/3 случаев приобретает характер каллезной.

Каллезная язва характеризуется упорными болями, плохо поддается консервативному лечению, часты обострения.

В процессе течения язвенной болезни возможны следующие обострения:

· Язвенное кровотечение возникает, если процессы деструкции в язвенном дефекте захватывают более или менее крупный сосуд. При язве желудка возникает рвота жидкими массами, имеющими цвет кофейной гущи. Если кровотечение обильное, то в рвотных массах появляются малоизмененная кровь. При язве, локализующиеся в луковице двенадцатиперстной кишки, рвоты обычно не бывает, а наблюдается жидкий черный стул (так называемый мелена)

Кровотечение сопровождается:

· снижением артериального давления;

· резкой слабостью;

· головокружением;

· пульс частый, малый.

Исследование периферической крови позволяет выявить анемию (снижение гемоглобина и количества эритроцитов). Боли после кровотечения обычно исчезают и при пальпации живота болезненности так же не отмечается.

Перфорация (прободение) наблюдается обычно у мужчин во время обострения болезни (чаще в весенне-осенний период). Характерно возникновение очень сильной боли в верхней половине живота, затем развивается симптом «мышечной защиты» - живот становится втянутым и твердым. Состояние больного прогрессивно ухудшается: живот вздут, резко болезнен, лицо бледное, с заостренными чертами, язык сухой, пульс нитевидный. Больного беспокоят сильная жажда, икота, рвота, газы не отходят. Это клиническая картина развивающегося перитонита.

· Рубцовое сужение привратника - следствие рубцевания язвы, располагающегося в пилорическом отделе желудка. В результате стеноза создается препятствие для прохождения пищи из желудка в двенадцатиперстную кишку. Вначале мощная перистальтика гипертрофированной мускулатуры желудка обеспечивает своевременное прохождение пищи, но затем пища начинает задерживаться в желудке (декомпенсация стеноза). У больных появляются отрыжка тухлым, рвота пищей, съеденной накануне. При пальпации живота определяется «шум плеска». Живот вздут, в подложечной области сильная перистальтика. При рентгенологическом исследовании бариевая масса быстро опускается на дно желудка, и длительное время остается в нем.

· Раковое перерождение язвы чаще всего отмечается при локализации ее в кардиальном и пилорическом отделах желудка (язва двенадцатиперстной кишки никогда не подвергается перерождению). При раковом перерождении боли теряют периодичность, становятся постоянными. Снижается кислотность желудочного сока, реакция кала на скрытую кровь постоянно положительная. У больных снижаются аппетит, масса тела, повышается СОЭ. Диагноз уточняется при рентгенологическом и особенно гастроскопическом исследовании. Иногда решающими являются данные гистологического исследования, исследование кусочка слизистой оболочки, взятого с края язвы ( обнаруживаются раковые клетки).

· Пенентрация - проникновение язвы за пределы желудка или двенадцатиперстной кишки в соседние органы. Пенетрируют обычно язвы задней стенки желудка или двенадцатиперстной кишки в малый сальник или подложечную железу (тело, головку). Значительно реже встречается пенетрация язвы в печень, желчный пузырь, поперечную ободочную кишку. Условием пенетрации является «припаивание» желудка в месте язвенного дефекта к соответствующему органу (это происходит в следствии перигастрита). Для язвы двенадцатиперстной кишки это не является обязательным условием, так как сама двенадцатиперстная кишка плотно фиксирована и не обладает такой подвижностью, как желудок. Далее деструктивные процессы в язве прогрессируют, и язва распространяется на тот или иной орган.

Развитие пенетрации обычно сопровождается изменением клинической картины (что происходит наиболее часто) появляются жалобы на боли, характерные панкреатита.

1.3 Особенности течения

· Острое;

· хроническое.

1.4 Осложнения

Осложнениями являются:

· кровотечение;

· перфорация;

· пенентрация;

· стеноз привратника;

При язвенном кровотечении наблюдается кровавая (черная) рвота, черный стул, жажда, сухость во рту, головокружение, резкая слабость, шум в голове, ушах, холодный пот, снижения АД, частый пульс.

При перфорации возникают внезапные, «кинжальные» боли в животе, тошнота. Многократная, не приносящая облегчения рвота, слабость, жажда, икота. Состояние больного прогрессивно ухудшается, лицо бледное, черты лица заострены, язык сухой, пульс нитевидный, живот вздут, газы не отходят.

При пенетрации (проникновение язвы в соседний орган - желчный пузырь, сальник, печень, поперечную ободочную кишку, поджелудочную железу) появляются постоянные, не связанные с приемом пищи, боли в подложечной области с иррадиацией в правое подреберье, левое подреберье, спину. Условием пенетрации является «припаивание» желудка в месте язвенного дефекта к соседнему органу вследствие перигастрита. В анализе крови при пенетрации отмечается ускорение СОЭ; лейкоцитоз.

Стеноз привратника характеризуется ощущением тяжести, переполнения желудка после еды; рвотой съеденной накануне пищей, тухлым содержимом; похудание; шум «плеска» в желудке.

.5 Особенности лечения

Больным с впервые выявленной язвенной болезнью или обострением болезни лечение проводят в стационаре в течении 1-1,5 мес.

Противоязвенный курс включает:

· постельный режим;

· лечебное питание;

· медикаменты;

· физиотерапию.

При резко выраженном обострении на 10-12 дней назначают строгую диету №1а, 1б, 1 стол. (Механически и химически щадящая). молоко, сливки, сливочное масло, яйца, молочные и слизистые супы из круп. Затем в последующие 2 нед. добавляют белые сухари, мясные и рыбные блюда (тефтели, паровые котлеты, суфле). В последующем разрешают черствый белый хлеб, творог, свежую сметану, вареное мясо и рыбу, нежирные мясные и рыбные супы, картофельное пюре, каши (желательно протертые).

Медицинская сестра обеспечивает контроль передач продуктов питания от родственников, контроль АД, ЧДД, пульс, массы тела, стула.

В период обострения больной должен соблюдать постельный режим, (можно ходить в туалет, присаживаться к столу для еды) в течение 2-3 недель. При благополучном течении режим постепенно расширяется.

Основу медикаментозного лечения составляют средства, снижающие секрецию желудочного сока, воздействующие на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки, нормализующие нарушенную моторику желудочно-кишечного тракта (метацин, гастроцепин).

В течение многих лет для снижения секреции желудочного сока назначали в инъекциях атропин или платифилин. В последнее десятилетие получили распространение весьма эффективные препараты так называемые «блокаторы Н2 - гистаминовых рецепторов» циметидин, а затем более усовершенственные препараты:

· фамотидин;

· ранитидин (зантак).

Наконец, одним из последних, весьма эффективных препаратов, препятствующих формированию в секреторной клетке желудка соляной кислоты, является:

· омепрозол (лосек);

· ламезопрозол.

Так же назначаются цитопротекторы, защищающие слизистую желудка путем образования на поверхности язвенного дефекта пленки (сукральфат, висмута нитрат, энпростил);

· антациды и адсорбенты, связывающие соляную кислоту в нерастворимые неактивные комплексы (альмагель, фасфалюгель, маалокс, викаир);

· антихеликобактерные препараты (де-нол, эритромицин, метронидазол, фуразалидон);

· средства, стимулирующие заживление язв (метацил, солкосерил, облепиховое масло);

· средства, нормализующие моторику желудочно-кишечного тракта и снимающие боль ( галидор, церукал., но-шпа, папаверин).

Больным назначаются физиопроцедуры:

· электросон;

· электрофорез лекарственных веществ;

· ультразвук;

· магнитотерапия;

· питьевое лечение минеральными водами.

Санаторно-курортное лечение проводится в местных санаториях или на курортах с питьевыми минеральными водами.(Боржоми, Ессентуки).

.6. Реабилитация, профилактика, прогноз

Реабилитация

Перед сестринскими вмешательствами необходимо расспросить пациента и его родственников, провести объективное исследование - это позволит медицинской сестре оценить физическое и психическое состояние пациента, а так же выявить его проблемы и заподозрить заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки, в том числе язвенной болезни, сформировать план ухода. При опросе пациента и его родственников необходимо задать вопросы о перенесённых заболеваниях, наличие болей в брюшной области.

Анализ полученных данных помогает выявить проблемы пациента - сестринский диагноз.

Немалое значение в решении этих проблем имеет сестринский уход, однако главную роль играет немедикаментозная и медикаментозная терапии, которые назначены врачом.

Медицинская сестра информирует пациента и членов его семьи о сути заболевания, принципах лечения и профилактики, разъясняет ход определённых инструментальных и лабораторных исследованиях и подготовку к ним.

Сестринский уход за больным ЯБ включает в себя:

- контроль за соблюдением диеты (стол 1а, 1б, 1)

пища должна быть протертая, промятая, прожатая, термически, химически обработана.

исключить ржаной и любой свежий хлеб;

мясные и рыбные бульоны;

категорически запрещается употребление любого алкоголя;

- запрещаются острые, жареные и маринованные блюда;

Профилактика

Правильная организация питания (режим питания, качественный и количественный состав пищи), категорически запрещается курение и употребление алкоголя. Больной даже в период ремиссии должен соблюдать режим питания и не употреблять продуктов и блюд, оказывающих сильное сокогенное действие

Прогноз

Благоприятный прогноз при своевременном лечении и наблюдении, но возможно развитие осложнений (перфорация, кровотечения) прогноз будет зависеть от своевременности оказания неотложной помощи ( хирургического метода лечения).

2. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Сестринский процесс при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки проводится в 5 этапов:

. Первый этап - сестринское обследование.

Сестринское обследование проводится двумя методами:

. субъективно у пациента выявляются жалобы на: сильные боли в эпигастральной области, возникающие через 30-60 минут после еды, отрыжку, запоры, вздутие живота, наблюдается рвота цвета “кофейной гущи», похудание.

. объективный метод - это осмотр, при котором определяет статус пациента в настоящее время.

Общее состояние пациента:

§ крайне тяжелое;

§ средней тяжести;

§ удовлетворительное.

Положение пациента в постели:

§ активное;

§ пассивное;

§ вынужденное.

Состояние сознания (различают пять видов):

§ ясное - пациент конкретно и быстро отвечает на вопросы;

§ помраченное - пациент отвечает на вопросы правильно, но с опозданием;

§ ступор - оцепенение, пациент на вопросы не отвечает или отвечает не осмысленно;

§ сопор - патологический сон, сознание отсутствует;

§ кома - полное подавление сознания, с отсутствием рефлексов;

Дыхание:

· частоту дыхательных движений (ЧДД).

Артериальное давление (АД).

Пульс (Ps).

. Второй этап - определение проблем пациента

Проблемы пациента:

· Настоящие: боли в эпигастральной области, возникающие через 3-4 часа после еды, ночные боли, похудание, изжога, запоры, плохой сон, общая слабость.

· Потенциальные: риск развития осложнений (желудочное кровотечение, перфорация, пенетрация, стеноз привратника, малигнизация).

· Приоритетная проблема: боль в эпигастральной области.

. Третий этап - планирование сестринского вмешательства

Для составления плана медсестре необходимо знать: жалобы пациента, проблемы и потребности пациента, общее состояние пациента, состояние сознания, положение пациента в постели, дефицит самообслуживания.

Цели краткосрочные(пациент отмечает стихание боли) и долгосрочные(пациент не предъявляет жалоб к моменту выписки)

. Четвертый этап - сестринское вмешательство

|  |  |
| --- | --- |
| Проблемы пациента | Действия медсестры |
| Боль в эптгастральной области | Создать условия для охранительного режима |
| Снижение аппетита | Следить за питанием больного, при необходимости покормить его |
| Слабость, недомогание | Четко и своевременно выполнять назначения врача |

. Пятый этап - оценка результатов.

На этом этапе медсестра:

· определяет достижение цели;

· сравнивает с ожидаемым результатом;

· формулирует выводы;

· делает соответствующую отметку в документах (сестринской истории болезни) об эффективности плана ухода.

Манипуляции

1. Взятие желудочного содержимого для исследования секреторной функции желудка.

Оснащение:

· желудочный зонд диаметром 0,5-0,8 см;

· один из стимуляторов секреции;

· шприц для инъекции (если раздражитель парентеральный);

· спирт 70°,

· ватные шарики,

· перчатки;

· штатив с пробирками;

· шприц для извлечения желудочного сока (если нет вакуумной установки, предназначенной для этой цели).

Подготовка к процедуре:

1. Уточнить у пациента понимание хода и цели предстоящей процедуры и его согласие на проведение процедуры. В случае не информированности пациента уточнить дальнейшую тактику у врача.

2. Предложить или помочь пациенту сесть на стул, ближе к спинке.

3. Прикрыть грудь пациента непромокаемым фартуком (пеленкой).

. Определить расстояние, на которое следует ввести зонд : от губ до мочки уха и вниз по передней брюшной стенке так, чтобы последнее отверстие зонда было ниже мечевидного отростка (при необходимости сделать отметку на зонде).

. Объяснить пациенту, что:

· при введении зонда возможны тошнота и позывы на рвоту, которые можно подавить, если глубоко дышать через нос;

· нельзя сдавливать просвет зонда зубами и выдёргивать его

Выполнение процедуры

Внимание! Последующий ход процедуры проводится в зависимости от назначения врача-лаборанта различными методами:

При исследовании с помощью парентерального раздражителя:

(субмаксимальный гистаминовый тест)

а) накануне исследования определить массу тела пациента, рассчитать нужную дозу гистамина; измерить АД, выяснить, не было ли ранее аллергических реакций;

б) извлечь желудочное содержимое натощак (1-я порция);

в) в течение 1 ч извлекать содержимое желудка, меняя емкости для сока каждые 15 мин (2, 3, 4, 5-я порции);

г) набрать в шприц нужную дозу препарата и ввести его подкожно после извлечения 5-ой порции;

д) извлекать в течение 1 ч желудочное содержимое, меняя емкости для желудочного содержимого через каждые 15 мин (6, 7, 8, 9-я порции).

Завершение процедуры

1.Извлечь зонд, обернув его салфеткой и медленно вытягивая изо рта

.Поместить загрязненные предметы в непромокаемую емкость.

.Снять перчатки, вымыть руки.

(Доставить в лабораторию все нужные порции с указанием на бланке метода,по которому было получено содержимое, № отделения и Ф.И.О. пациента «Контрольная порция»);

2. Подготовка к эндоскопическому исследованию пищевода, желудка и 12-типерстной кишки.

Эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки в настоящее время - один из важнейших диагностических методов, позволяющих с большой точностью визуально определить локализацию, характер и степень изменений в слизистой оболочке этих органов. Метод дает возможность с помощью прицельной биопсии органов получить маленький кусочек пораженной ткани для последующего гистологического исследования. Он широко используется в клинике для ранней диагностики язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки, а также других заболеваний пищеварительного тракта, с успехом применяется для диагностического контроля и объективной оценки эффективности лечения.

Эндоскопическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки проводят с помощью гибких эндоскопов на волоконной оптике (гастродуоденоскопы).

Как и при других исследованиях, подготовку пациента следует начинать с уточнения понимания им цели и хода предстоящей процедуры:

**·** проинформировать, что исследование проводится утром натощак (последний прием пищи накануне не позднее 21 ч), а также о том, что во время исследования он будет лишен возможности говорить и проглатывать слюну;

**·** проследить, чтобы пациент снял перед исследованием съемные зубные протезы и принес в эндоскопический кабинет полотенце; по назначению врача эндоскопического кабинета за 15-20 мин до исследования проводится премедикация.

3. Исследование кала на скрытую кровь

Запомните! В лабораторию нельзя доставлять кал после клизмы, введения свечей, приема внутрь красящих веществ, касторового и вазелинового масла, белладонны, пилокарпина, железа, висмута, бария.

Для обнаружения в кале скрытой крови (с целью выявления скрытого кровотечения из органов пищеварительного тракта) пациента готовят к сбору испражнений в течение 3 дней. Поскольку лабораторное исследование основано на обнаружении в кале железа, входящего в состав гемоглобина, из диеты исключают продукты, содержащие железо (мясо, рыбу, помидоры, яблоки, все зеленые овощи, печень, икру, гранаты, гречневую кашу).

Эти продукты могут дать ложноположительный результат. В этот период нельзя: давать пациенту лекарственные препараты, содержащие железо. При кровотечении из десен в течение всего периода подготовки к исследованию пациент не должен чистить зубы щеткой. Порекомендуйте ему вместо чистки зубов полоскать рот 3-процентным раствором натрия бикарбоната, или другими антисептическими растворами.

Для достоверности исследования нужно быть уверенным, что исключено попадание крови в фекалии из кровоточащих геморроидальных вен, при кровотечении из трещины в области заднепроходного отверстия, влагалища.

4. Подготовка к рентгенологическому исследованию желудка и двенадцатиперстной кишки.

При рентгенологических методах исследования определяют форму, величину и подвижность желудка, обнаруживают язву, опухоль и другие патологические изменения. Медицинская сестра должна подготовить пациента к рентгенологическому исследованию желудка и двенадцатиперстной кишки.

Ранее перед рентгенологическим исследованием желудка считалось необходимым проведение специальной подготовки - соблюдение диеты с исключением продуктов, вызывающих метеоризм, постановка очистительных клизм накануне вечером и утром в день исследования.

Сейчас общепринята точка зрения, что пациенты, не страдающие запорами, не требуют специальной подготовки.

Если у пациента запор и/или метеоризм:

**·** уточнить у пациента понимание цели исследования и подготовки к нему;

**·** предложить ему (особенно если страдает метеоризмом) в течение 2-3 дней придерживаться диеты, исключающей черный хлеб, овощи, молоко и др.;

**·** проинформировать пациента, что исследование проводится натощак; последний прием пищи должен быть накануне не позднее 20 ч;

**·** вечером и утром за 2 ч до исследования поставить очистительную клизму (если пациент страдает запорами);

**·** помочь пациенту (в условиях ЛПУ) прийти в рентгенологический кабинет. В качестве контрастного вещества при рентгенологическом исследовании желудка и двенадцатиперстной кишки используют взвесь сульфата бария.

3.ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

.1 Наблюдение из практики 1

Пациент Б. 58 лет находится на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении с диагнозом язвенная болезнь желудка, фаза обострения.

Жалобы на сильные боли в эпигастральной области, возникающие через 30-60 минут после еды, отрыжку воздухом, иногда пищей, запоры, вздутие живота, наблюдалась однократная рвота цвета “кофейной гущи”. Больным считает себя в течение 1,5 лет, ухудшение, наступившее за последние 5 дней, больной связывает со стрессом.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение в постели активное. Кожные покровы бледные, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Пульс 64 уд./мин. АД 110/70 мм рт. ст, ЧДД 18 в мин. Язык обложен белым налетом, живот правильной формы, отмечается умеренное напряжение передней брюшной стенки в эпигастральной области.

Пациенту назначено исследование кала на скрытую кровь.

На основе полученных результатов переходим к осуществлению II этапа сестринского процесса - выявляются нарушенные потребности, определение проблем - настоящие, потенциальные, приоритетные.

Проблемы пациента:

Настоящие: боли в эпигастрии; отрыжка, метеоризм; плохой сон; общая слабость.

Потенциальные:

- риск развития осложнений (желудочное кровотечение, перфорация, пенетрация, стеноз привратника, малигнизация).

Приоритетная: боль в эпигастральной области.

Краткосрочная цель: пациент отмечает стихание боли к концу 7-го дня пребывания в стационаре.

Долгосрочная цель: пациент не предъявляет жалоб на боли в эпигастральной области к моменту выписки.

|  |  |
| --- | --- |
| План | Мотивация |
| 1. Обеспечить лечебно-охранительный режим. | Для улучшения психоэмоционального состояния пациента, профилактики желудочного кровотечение. |
| 2. Обеспечить питанием пациента в соответствии с диетой №1а. | Для физического, химического и механического щажения слизистой желудка пациента. |
| 3. Обучить пациента правилам приема назначенных лекарственных средств. | Для достижения полного взаимопонимания между медицинским персоналом и пациентом, и эффективности действия препаратов. |
| 4. Объяснить пациенту суть его заболевания, рассказать о современных методах диагностики, лечения и профилактики. | Для снятия тревожного состояния, повышения уверенности в благоприятном исходе лечения. |
| 5. Обеспечить правильную подготовку пациента к ФГДС и желудочному зондированию. | Для повышения эффективности и точности диагностических процедур. |
| 6. Провести беседу с родственниками об обеспечении питания с достаточным содержанием витаминов, пищевых антацидов. | Для повышения иммунных сил организма, снижения активности желудочного сока. |
| 7. Наблюдать за внешним видом и состоянием пациента (пульс, АД, характер стула). | Для раннего выявления и своевременного оказания неотложной помощи при осложнениях (кровотечение, перфорация). |

Оценка эффективности: больной отмечает исчезновение болей, демонстрирует знания по профилактике обострения язвенной болезни. Цель достигнута.

3.2 Наблюдение из практики 2

У больного с язвенной болезнью внезапно появились тошнота, рвота цвета «кофейной гущи», слабость, потемнение в глазах, головокружение, шум в ушах.

Кожа бледная, влажная, ЧДД 20 в минуту, АД 100/55 мм рт. ст., пульс 104 в минуту, слабого наполнения и напряжения.

Тактика медицинской сестры

|  |  |
| --- | --- |
| Действия | Обоснование |
| Вызвать врача | Для оказания квалифицированной помощи |
| Успокоить, уложить на спину или на бок , голову повернуть набок, подложить под рот лоток или салфетку | Психоэмоциональная разгрузка, для профилактики аспирации рвотных масс |
| Положить на эпигастральную область пузырь со льдом | С целью сужения сосудов, уменьшения кровотечения |
| Запретить пить, принимать пищу, разговаривать | Уменьшения кровотечения |
| Измерить АД, подсчитать пульс, ЧДД | Контроль состояния |

Подготовить аппаратуру, инструментарий, медикаменты:

Систему для внутривенного вливания, шприцы для в/в, в/м, в/к введения препаратов, жгут, все необходимое для определения группы крови и резус-фактора;

**·** 10%-ный раствор хлорида или глюконата кальция;

**·** 1%-ный раствор викасола;

**·** 5%-ный раствор амикапроновой кислоты;

**·** 1%-ный раствор желатиноля (амп).

3.3 Вывод

Рассмотрев 2 наблюдения болезни пациентов, я сделала вывод о том, что диагноз язвенной болезнь заболевания у этих пациентов одинаковый. Различия лишь в течении болезни, симптомах и жалобах.

В первом случаи у пациента Б., заболевание проявляется обострением (появления боли, тошноты). Сестринский процесс запланирован в организации ухода с учетом выявления проблем.

Во втором случае действия медицинской сестры сводятся к оказанию неотложной доврачебной помощи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучив необходимую литературу и проанализировав два случая, можно сделать выводы: знание этиологии и способствующих факторов возникновения ЯБ, клинической картины и особенностей диагностики данного заболевания, методов обследования и подготовки к ним, принципов лечения и профилактики, осложнений, манипуляций поможет медицинской сестре осуществить все этапы сестринского процесса.

Глубоко изучив полученную информацию, можно сделать заключение, что цель работы достигнута. В ходе её выявлено, что использование всех этапов сестринского процесса, а именно:

I этап - оценка состояния пациента;

II этап - определение проблем пациента;

III этап - планирование сестринских вмешательств;

IV этап - реализация составленного плана сестринских вмешательств;этап - оценка результатов перечисленных этапов,

позволяет повысить качество сестринской помощи.

Хоть и медицинская сестра самостоятельно не лечит больного, а лишь выполняет назначения врача, однако она замечает изменения, происходящие в состоянии пациента, ведь она находится с ним всё время.

Медицинская сестра, в обязанности которой входит уход за больными, должна не только знать все правила ухода и умело выполнять лечебные процедуры, но и ясно представлять какое действие лекарства или процедуры оказывают на организм больного. Лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки главным образом зависит от тщательного, правильного ухода, соблюдения режима и диеты. В связи с этим возрастает роль медицинской сестры в эффективности проводимого лечения. Очень важной является и профилактика заболевания: медицинская сестра обучает членов семьи организации режима, питания и рассказывает о профилактическом лечении пациента.

Главное назначение сестринского дела в том, чтобы пациент как можно быстрее обрёл независимость в медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

язвенная болезнь сестринский процесс

1. Методические рекомендации Минздрава соц.развития России от 3 февраля 2005 «Организация лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях».

2. Этический кодекс медицинской сестры России. Ассоциация медицинских сестёр России, Санкт-Петербург 1996, составитель А.Я. Иванюшкин.

3. Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Семенков Н.Н - Сестринское дело в терапии - М.: - ООО Медицинское информационное агентство, 2008 . - 544 с.

4. Корягина Н.Ю., Широкова Н.В. - Организация специализированного сестринского ухода - М.: - ГЭОТАР - Медия, 2009. - 464 с.

. Лычев В.Г., Карманов В.К. - Руководство по проведению практических занятий по предмету «Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи»: - учебное методическое пособие М.: - Форум инфра, 2010. - 384 с.

. Лычев В.Г., Карманов В.К. - Основы сестринского дела в терапии - Ростов н/Д Феникс 2006 - 512 с.

. Мухина С.А., Тарновская И.И - Теоретические основы сестринского дела- 2 изд., испр. и доп.- М.: - ГЭОТАР - Медиа, 2010. - 368 с.

. Мухина С.А., Тарновская И.И - Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела»; 2-е издание исп. доп. М.: - ГЭОТАР - Медиа 2009. - 512 с.

. Обуховец Т.П., Скляров Т.А., Чернова О.В.- Основы сестринского дела- изд. 13-е доп. перераб. Ростов н/Д Феникс - 2009 - 552с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Лист первичной сестринской оценки к карте стационарного больного № 454.

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО пациента Жуков Александр Сергеевич Адрес проживания ЗАО Лукинская 5-620 Телефон 733-41-04 Лечащий врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Диагноз: Язвенная болезнь желудка желудка. Дата поступления 22.03.12время 12:40 первичное повторное Поступил по скорой помощи самостоятельно направление поликлиники перевод Способ транспортировки в отделение на каталке на кресле пешком Сознание Ясное Контактен ориентирован дезориентирован спутанное сопор ступор кома  | Диета соблюдает аллергия не соблюдает Диспепсические расстройства тошнота рвота тяжесть, дискомфорт в области живота Физиологические отправления Мочеиспускание обычное по частоте учащенное редкое болезненное ночное (сколько раз) недержание наличие катетера Функционирование кишечника Частота 1р/д утром Характер стула обычно консистенции жидкий твердый недержание стома Потребность в движении независим зависим полностью частично Ходьба пешком самостоятельно с посторонней помощью использование дополнительных приспособлений Может ли самостоятельно самостоятельно частично не может ходить по лестнице сидеть на стуле дойти до туалета перемещаться в постели контрактуры парез паралич Риск падения да нет Риск развития пролежней да нет Количество баллов по шкале Ватерлоу нет риска -1 - 9 баллов, есть риск - 10 баллов, высокая степень риска - 15 баллов, очень высокая степень риска - 20 баллов Потребность в сне спит хорошо использует снотворные храпит Привычки сна Факторы нарушающие сон Потребность трудится и отдыхать Работает не работает пенсионер Учащийся инвалидность увлечения Есть ли возможность реализовать свои увлечения да нет Возможность общения Разговорный язык русский Трудности в общении Слух Нормальный Тугоухость справа слева глухой слуховой аппарат Зрение нормальное контактные линзы справа слева очки слепота справа слева полная глазной протез справа слева Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Медсестра\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
|  |  |
|  |  |
| Потребность в дыханииДыхание свободное затруднено Частота дыхательных движений 16 в мин Частота пульса 78 в минуту ритмичный аритмичный АД 120/80 мм рт.ст. Является курильщиком да нет Количество выкуриваемых сигарет 20 Кашель Да Сухой С мокротой нет Потребность в адекватно питании и питье Масса тела 70 кг рост 182 см Принимает пищу и питье самостоятельно нуждается в помощи Аппетит нормальный пониженный повышенный отсутствует Болеет ли сахарным диабетом да нет Если «да», то как регулирует заболевание инсулин сахароснижающие таблетки диета Зубы сохранены отсутствуют частично сохранены Имеются ли съемные зубные протезы да сверху снизу нет Принимает жидкость ограниченно достаточно много |  |
|  |  |
|  |  |
| Способность одеться, раздеться, выбрать одежду, личная гигиена независим зависим полностью частично Одевается, раздевается самостоятельно с посторонней помощью Имеет ли выбор одежды да нет Заботится ли о своей внешности опрятен неряшлив не проявляет интереса Может ли самостоятельно самостоятельно частично не может мыть руки умываться чистить зубы ухаживать за протезами бриться провести гигиену промежности причесываться принять ванну мыть голову    стричь ногти    Состояние полости рта  санирована  несанирована Состояние кожи  сухая  нормальная  жирная  отечность  расчесы  язвы  высыпания Способность поддерживать нормальную температуру тела Температура тела в момент обследования  понижена  нормальная  повышена Имеется  потливость  озноб  чувство жара Способность поддерживать безопасную окружающую среду Поддержание безопасности  самостоятельно  с посторонней помощью  не может Двигательные и сенсорные отклонения  да  нет  головокружение  шаткость походки  снижение чувствительности  |  |
| Проблемы пациента | Цели сестринские вмешательств | Сестринские вмешательства |
| Пациент употребляет мало жидкости. | Пациент употребляет достаточное количество жидкости. | 1Объяснить необходимость употреблять достаточное количество жидкости. 2Предложить пациенту пить жидкость 1,5-2 л в день (чай минеральная вода, сок) |
| Пациент не знает (не хочет, не может соблюдать) принципов рационального (адекватного, диетического) питания | Пациент знает (хочет соблюдает) принципы рационального, диетического) питания | 1Рассказать пациенту и родственникам о рациональном, диетическом питании. 2Рекомендовать литературу о рациональном питании. |
| У пациента тяжесть, боль в эпигастральной области. | Пациент отметит уменьшения боли. | 1.Обеспечить лечебно охранительный режим. Питание в соответствии с диетой №1. 2.Обучить пациента правилам приема назначенных ср-в Объяснить пациенту суть его заболевания, о методах диагностики, лечения и профилактики для снятия тревожного состояния.  |

Приложение 2



Рис.1 Рентгенологическое исследование желудка с контрастным веществом водной взвеси бария сульфата.