

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПРОПЕДВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

В. И. МЕЛЬНИЧУК, Е. В. ПЕРЕВЕРЗЕВА

УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ ПРИ НАРУШЕНИИ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ КИШЕЧНИКА

Методические рекомендации



Минск БГМУ 2011

УДК 616.34-008.64-083.2(075.8)
ББК 54.133 я73
М48

Рекомендовано Научно-методическим советом университета
в качестве методических рекомендаций 26.01.2011 г., протокол № 5

Рецензенты: канд. мед. наук, доц. С. Е. Алексейчик; канд. мед. наук, доц.
Е. В. Рысевец

Мельничук, В. И.
М48 Уход за больными при нарушении моторно-эвакуаторной функции кишечника: метод. рекомендации / В. И. Мельничук, Е. В. Переверзева. – Минск : БГМУ, 2011. – 14 с.

ISBN 978-985-528-358-5.

Даны характеристики разных форм нарушения моторно-эвакуаторной функции кишечника. Описаны принципы и методика ухода за тяжёлыми больными с названными нарушениями.

Предназначены для студентов лечебного, медико-профилактического и медицинского факультета иностранных учащихся.

УДК 616.34-008.64-083.2(075.8)
ББК 54.133 я73

ISBN 978-985-528-358-5

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2011

Мотивационная характеристика темы

Общее время занятия: 2 академических часа.

Нарушения моторно-эвакуаторной функции кишечника включают запор, понос, недержание кала и проявления метеоризма. Эти симптомы встречаются часто и могут обнаруживаться у больных с инфекционными и воспалительными заболеваниями кишечника, при опухолях кишечника, поражении нервной системы и других заболеваниях. Особенно важен уход медперсонала за тяжелобольными. Знание методики ухода за больными в этих случаях позволяет организовать и контролировать работу среднего и младшего медицинского персонала. Грамотно проведенные лечебно-гигиенические мероприятия не только улучшают качество жизни больного, но и положительно влияют на прогноз течения заболевания.

Цель занятия: освоить принципы и методику ухода за больными с нарушениями моторно-эвакуаторной функции кишечника.

Задачи занятия:

- научиться постановке очистительной клизмы;
- ознакомиться с методикой применения препарата Фортранс;
- освоить технику подачи подкладного судна;
- освоить методику подмывания тяжелобольного;
- отработать методику замены постельного белья у тяжелобольного.

Требования к исходному уровню знаний. Для осуществления ухода за больным с нарушениями моторно-эвакуаторной функции кишечника необходимо знать анатомию желудочно-кишечного тракта.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин

1. Анатомическое строение желудочно-кишечного тракта.
2. Физиологические изгибы прямой кишки.
3. Физиологическая норма моторно-эвакуаторной функции кишечника.

Контрольные вопросы по теме занятия

1. Показания и методика постановки очистительной клизмы. Гигиеническая обработка используемого оборудования.
2. Механизм действия и способ применения препарата Фортранс.
3. Методика подачи судна тяжелобольному. Гигиеническая обработка судна.
4. Методика подмывания тяжелобольного.
5. Методика смены постельного белья тяжелобольного.

Уход за больными при запорах

Запором называют такую задержку стула, при которой он бывает реже 3 раз в неделю. В некоторых случаях при запоре назначают постановку очистительной клизмы. Очистительная клизма также может выполняться перед проведением лекарственной либо питательной клизмы; при подготовке к эндоскопическому или рентгеновскому исследованию кишечника. Нередко к ней прибегают перед оперативными вмешательствами, родами. Противопоказаниями для постановки очистительной клизмы могут быть желудочное или кишечное кровотечение, злокачественные образования прямой кишки. В стационаре процедура выполняется по назначению врача.

Для постановки клизмы необходимы: чистая кружка Эсмарха, толстостенная резиновая трубка длиной 1,5 м и диаметром 1 см, кран-зажим для регулирования поступления жидкости из резиновой трубки в кишечник, наконечник длиной 8–10 см для введения в прямую кишку, 1–1,5 л воды, кувшин, салфетки в стерильном биксе, вазелин или глицерин, шпатель для смазывания наконечника, стерильный корнцанг или пинцет, ведро или таз (или подкладное судно), клеёнка, пелёнка, кушетка для укладывания больного. Для процедуры очистительной клизмы необходимо также иметь штатив для подвешивания кружки Эсмарха, термометр для измерения вводимой жидкости, резиновые перчатки, халат и фартук для медработника, ёмкости с дезинфицирующим раствором, ёмкость для отработанных материалов.

Кружка Эсмарха представляет собой резервуар (стеклянный, эмалированный, резиновый) ёмкостью 1–2 л. У дна кружки имеется сосок, на который надевается резиновая трубка. Кран-зажим надевают на другой конец трубки. Плотный наконечник, закрепляющийся за краном-зажимом, может быть стеклянным, эбонитовым или пластмассовым; он должен быть целым, иметь ровные края. Предпочтительно пользоваться одноразовым наконечником (в ином случае после использования наконечник следует специальным образом обработать). Систему заполняют водой комнатной температуры; можно использовать отвар ромашки.

Очистительную клизму ставит по назначению врача медицинская сестра или хорошо обученная младшая медицинская сестра. Процедура выполняется в специальном помещении — клизменной, если позволяет состояние пациента. Больному следует объяснить суть и порядок предстоящей процедуры, и, если он доступен контакту, получить согласие на проведение. Больного укладывают на кушетку или кровать ближе к краю на левый бок с согнутыми и подтянутыми к животу ногами. Если больному нельзя двигаться, его укладывают на спину, а под ягодицы подставляют подкладное судно. Дополнительно подкладывают клеёнку, свободный

край которой опускают в ведро на случай, если больной не удержит воду; клеёнку обычно дополнительно застилают пелёнкой. В кружку Эсмарха наливают 1–1,5 л воды комнатной температуры, поднимают её кверху, закрепляют на штативе и опускают свободный конец трубки вниз, открыв на короткое время кран-зажим, чтобы выпустить небольшое количество воды и вместе с нею имеющийся воздух. Принято при атоническом запоре использовать воду 12–14 °С, при спастическом — 37–40 °С; воду комнатной температуры — 20–25 °С — берут в остальных случаях. Проверяют, не разбит ли наконечник, смазывают его вазелином, надевают на дистальный конец резиновой трубки и, раздвинув ягодицы больного, вводят в заднепроходное отверстие лёгкими вращательными движениями. Первые 3–4 см наконечник вводят по направлению к пупку, затем ещё на 5–8 см параллельно копчику. Кружку поднимают на высоту 1,5 м и закрепляют на штативе на высоте 1 м от уровня кушетки. Продолжая придерживать рукой наконечник, открывают кран-зажим на нижнем конце резиновой трубки, и вода под давлением поступает в толстый кишечник. Иногда требуется умеренная скорость поступления воды в прямую кишку, так как при более интенсивном её расширении возможно появление боли. За уровнем воды в кружке Эсмарха наблюдают; если вода не поступает в кишечник, кружку поднимают выше или изменяют положение наконечника — продвигают его глубже или, наоборот, выдвигают на 1–2 см.

В случае закупорки наконечника каловыми массами его извлекают, прочищают и вводят снова; можно также заменить наконечник. Если прямая кишка наполнена калом, то пробуют размыть его струёй воды. Иногда каловые массы бывают настолько твёрдыми, что поставить клизму не удастся. В таких случаях кал из прямой кишки извлекают пальцем, надев на руку перчатку, смазанную вазелином. При наличии газов и появлении у больного чувства распирания внизу живота необходимо тут же опустить кружку Эсмарха ниже кровати и после отхождения газов постепенно поднять её.

Воду из кружки Эсмарха выпускают не полностью — оставляют на дне немного воды, чтобы в кишечник не попал воздух, закрывают кран-зажим, регулирующий поступление жидкости, и извлекают наконечник.

Желательно, чтобы больной удерживал воду в течение 10 минут. Для этого ему предлагают лежать на спине и глубоко дышать. Затем пациенту подают судно или предлагают сесть на унитаз. Следует убедиться, что цель проведенной процедуры достигнута; если эффекта нет — клизму повторяют через 1–2 ч, причём следят, чтобы одномоментно не вводилось больше, чем 1–1,5 л жидкости. Если клизму ставили тяжелобольному, то проводят подмывание больного согласно общепринятой методике, которая описана ниже.

По окончании процедуры кружку Эсмарха промывают, вытирают насухо и покрывают сверху марлей или полотенцем. Наконечник многоразового использования поэтапно обрабатывают: дезинфицируют, промывают, стерилизуют. Согласно современных протоколов обработки, наконечник дезинфицируют, замачивая его в дезсредстве (например, используют препарат Гексадекон), причём время экспозиции в растворе должно соответствовать прилагаемой к нему инструкции. Затем наконечник тщательно промывают под струёй тёплой проточной воды. После этого проводят его стерилизацию в 6%-ном стандартном растворе перекиси водорода в течение 5 ч; затем снова промывают проточной водой и выкладывают в чистую (но нестерильную) закрывающуюся ёмкость, где и хранят до следующего использования. Ранее применялась несколько иная методика обработки: наконечник тщательно мыли с мылом под струёй тёплой воды, обеззараживали в 3%-ном растворе хлорамина в течение часа; после этого наконечник кипятили. Наконечники одноразового использования дезинфицируют, после чего выбрасывают.

В настоящее время при необходимости подготовить больного, например к колоноскопии либо ирригоскопии, и при наличии у него запора вместо постановки очистительных клизм часто применяют препарат Фортранс для лаважа кишечника. В одной упаковке содержится 4 пакета, которые, как правило, требуются для одной очистки кишечника перед исследованием. В одном пакете содержится: макроголя-4000 — 64 г; сульфата натрия безводного — 5,7 г; натрия бикарбоната — 1,68 г; натрия хлорида — 1,46 г; калия хлорида — 0,75 г. Фортранс является осмотическим слабительным. Он увеличивает осмотическое давление в кишечнике, усиливает перистальтику. Линейные полимеры образуют водородные связи с молекулами воды и удерживают их в просвете кишечника. При этом увеличивается объём кишечного содержимого. Соли, содержащиеся в препарате, препятствуют нарушению водно-электролитного баланса организма.

Применяют Фортранс внутрь, предварительно растворив содержимое одного пакета в 1 л воды. Для полного опорожнения кишечника требуется около 3–4 л раствора. Применяется в 2 приёма: половина объёма в вечернее время и половина — утром, за 3–4 ч до исследования.

Противопоказанием для использования Фортранса являются дегидратация, выраженная хроническая сердечная недостаточность, тяжёлые воспалительные заболевания толстого кишечника с нарушением целостности слизистой оболочки, а также кишечная непроходимость и детский возраст. Побочным эффектом при превышении дозы может быть осмотическая диарея, которая самостоятельно прекращается через 24–48 ч.

Уход за больными при поносе и недержании кала

Поносом называют неоформленный стул, появляющийся более 3 раз в сутки. Понос чаще всего бывает при кишечных инфекциях либо при воспалительных болезнях кишечника. Однако иногда он может осложнить течение других заболеваний: сахарный диабет, гипертиреоз, атеросклероз сосудов брюшной полости и т. д. Уход при поносе требуется тяжелобольным. Как только у тяжелобольного появился позыв на дефекацию, ему необходимо без промедления подать подкладное судно. Проздезинфицированное подкладное судно содержат в абсолютной чистоте и хранят под кроватью больного, нуждающегося в уходе. Для подмывания, которое проводят после дефекации, необходимы резиновые перчатки, тёплая вода (можно использовать слабый раствор перманганата калия (1 : 5000), раствор риванола или другой дезинфицирующий раствор), кувшин, держатель (пинцет или корнцанг), стерильные ватные шарики, резиновое подкладное судно для подмывания.

Перед подачей судно следует согреть, налив в него немного горячей воды. Больного укладывают на спину с согнутыми в ногах коленями, помогают ему приподняться: левой рукой приподнимают крестец больного. Под ягодицы и бёдра подкладывают клеёнку, на которую правой рукой осторожно подводят судно, расположив широким отверстием под промежностью. Больного укрывают и оставляют в одиночестве, чтобы обеспечить приватность. Однако персонал не должен покидать его без присмотра, так как могут иметь место обморок, соскальзывание больного с судна и т. п. Младший медработник обязан находиться поблизости. После завершения дефекации судно осторожно вынимают из-под больного и выносят в туалет, где освобождают от содержимого, моют, дезинфицируют 1%-ным раствором хлорной извести, ополаскивают и относят в палату. Больного сразу после дефекации подмывают. Для этого становятся справа от лежащего, надевают резиновые перчатки. Больной при этом продолжает лежать на спине с согнутыми в коленях и слегка разведёнными ногами. Под ягодицы подводят резиновое подкладное судно для подмывания и ставят его на клеёнку, покрывающую простынь. В левую руку берут кувшин с водой или подготовленным дезинфицирующим раствором, подогретым до 30–35 °С, и поливают на наружные половые органы у женщин или на область промежности у мужчин. Ватным тампоном, зажатым держателем, обмывают сверху вниз и снаружи кнутри. Тампоны несколько раз меняют. Сухими ватными тампонами протирают кожу в том же направлении. Тампоны обеззараживают и выбрасывают. Для исключения мацерации кожи около заднепроходного отверстия её смазывают вазелином или защитным кремом. На пациента надевают сухое и чистое бельё, если по решению

врача не получено иное указание — например, пациент проходит лечение в отделении интенсивной терапии и лежит под одеялом обнажённым.

Иногда приходится осуществлять уход за больными с недержанием кала. Недержанием кала называют непроизвольную дефекацию вследствие расслабления сфинктера заднего прохода — этот симптом может встречаться у людей с поражением нервной системы. У больных при этом более или менее постоянно вытекает некоторое количество жидких испражнений, которые загрязняют постель, издают неприятный запах, раздражают других пациентов. Выделения мацерируют кожу вокруг заднего прохода, что может способствовать образованию пролежней.

В этом случае младшая медсестра следит за чистотой постельного и нательного белья больного и заменяет его по мере надобности. Сменяя постельное бельё, следует позаботиться о том, чтобы оно не было холодным и влажным; берут только хорошо высушенное бельё. Под ягодицы больного на простынь кладут клеёнку и покрывают её пелёнкой — при загрязнении их легко заменить, при этом простынь остаётся чистой. Также непосредственно под крестец больному подкладывают резиновое подкладное судно — эта мера служит и для профилактики пролежней (судно надувают при помощи специального насоса, причём не следует надувать его слишком сильно).

В случае загрязнения бельё меняют немедленно. Сменить простынь можно, не поднимая лежащего человека. Для этого его осторожно поворачивают на бок, подвигая по возможности к самому краю постели; к этому же краю собирают и сменяемую простынь, скатывая её по длине туловища больного. После этого на освободившееся место застилают чистую простынь, половина которой также предварительно скатана по длине. Подводят валик скатанной простыни вплотную к сменяемой, затем больного осторожно передвигают на чистую простынь и заканчивают перестилку — старую простынь убирают, а свежую раскатывают и заправляют свободные боковые края под матрас.

Второй способ смены постельного белья применяется при полной неподвижности пациента. В этом случае чистую простынь скатывают в поперечном направлении, приподнимают осторожно верхнюю часть туловища лежащего и некоторое время удерживают его в таком положении (желательно, чтобы больного придерживал помощник). Подушку убирают. Грязную простыню скатывают со стороны изголовья кровати до поясицы пациента. На освободившуюся часть кровати кладут скатанную чистую простынь и расправляют до половины. На чистую простынь кладут подушку и опускают на неё голову больного. Далее просят пациента согнуть ноги в коленях, опереться стопами о кровать и приподнять таз (если человеку сделать это трудно, помощник кладёт левую руку под крестец лежащего и помогает ему приподнять таз). Грязную простынь сдвигают, продолжая следом раскатывать чистую, после чего просят

больного опустить таз (или помощник аккуратно опускает его таз). Затем приподнимают и придерживают ноги пациента в области голени, продолжая сдвигать грязную простынь и расправлять чистую. В конце ноги опускают, края простыни заправляют под матрас.

Можно также заменить простынь, скатав старую с головного и ножного концов под поясничный лордоз; рядом укладывают свежую, также скатанную с двух концов. Использованную простынь изымают, а чистую — раскатывают в оба конца.

При недержании кала больного подмывают по мере необходимости, не менее 4 раз в сутки. Иногда приходится применять газоотводную трубку — уменьшив метеоризм, удаётся ограничить и частоту появления жидких выделений из заднего прохода.

В настоящее время оптимальным способом ухода в случае недержания кала является применение памперсов для взрослых. Эта мера, однако, не освобождает персонал, осуществляющий уход, от подмывания больного, которое осуществляется вышеописанным способом. Памперсы подбираются по размеру с учетом веса пациента. Убедив больного в необходимости использования памперсов, их надевают следующим образом. Приготовив памперс, пациента поворачивают набок, спиной к медработнику. Памперс разворачивают, определяют, где находится область ягодиц и живота — в области живота имеются застёжки-липучки. Подкладывают памперс под ягодицы больного от поясничной области и поворачивают пациента на спину, а затем лицом к медработнику, расправляя памперс. Далее больного возвращают в исходное положение — на спину. Просят согнуть ноги в коленях и слегка их развести, после чего укладывают памперс в области промежности и живота, расправляют и распрямляют в области бёдер. Нижнюю часть памперса заправляют под верхнюю и закрепляют застёжку-липучку слева и справа. Между сменами памперсов пациенту необходимо обрабатывать области гениталий и ягодиц.

Задание для самостоятельной работы

После теоретического опроса студентам предлагается присутствовать при вышеназванных мероприятиях по уходу, которые осуществит персонал клинической больницы. Далее, при наличии согласия больных, студенты проводят манипуляции самостоятельно под руководством медперсонала.

Тест-контроль

1. Какое мероприятие по уходу за тяжелобольным применяют при неосложнённом запоре?
 - а) сифонную клизму;
 - б) очистительную клизму;
 - в) лекарственную клизму со слабительным;
 - г) лаваж кишечника с помощью препарата Фортранс;
 - д) дозированную ходьбу.
2. Для постановки очистительной клизмы используют (из названного):
 - а) дистиллированную воду;
 - б) чистую воду комнатной температуры;
 - в) бидистиллированную воду;
 - г) раствор сульфата магния;
 - д) питательная смесь.
3. Для постановки очистительной клизмы предпочтительно использовать наконечник:
 - а) резиновый;
 - б) воспользоваться концом резинового шланга;
 - в) эбонитовый;
 - г) одноразовый;
 - д) металлический.
4. При постановке очистительной клизмы активный больной находится в положении:
 - а) на левом боку, ноги приведены к животу;
 - б) на правом боку, ноги приведены к животу;
 - в) на спине, ноги выпрямлены;
 - г) на спине, ноги согнуты в коленях;
 - д) стоя.
5. При постановке очистительной клизмы тяжелобольной находится в положении:
 - а) на левом боку, ноги приведены к животу;
 - б) на правом боку, ноги приведены к животу;
 - в) на спине, ноги выпрямлены;
 - г) на спине, ноги согнуты в коленях;
 - д) стоя.
6. Для постановки очистительной клизмы потребуется объём жидкости:
 - а) 6 л;
 - б) 4 л;
 - в) 3 л;
 - г) 1 л;
 - д) 0,5 л.

7. Кружку Эсмарха закрепляют на штативе высотой от пола:
- а) 180 см;
 - б) 150 см;
 - в) 0 см;
 - г) 75 см;
 - д) 60 см.
8. Применение препарата Фортранс возможно:
- а) при кишечной непроходимости;
 - б) при тяжёлой сердечной недостаточности;
 - в) при выраженной дегидратации;
 - г) при холере;
 - д) для подготовки к колоноскопии.
9. Уход за тяжелобольным при недержании кала исключает применение:
- а) памперсов;
 - б) подмывания больного;
 - в) постановку газоотводной трубки;
 - г) очистительной клизмы перед колоноскопией;
 - д) регулярное применение слабительных.
10. Препарат Фортранс вводят:
- а) внутрь;
 - б) внутривенно;
 - в) в очистительной клизме;
 - г) в лекарственной клизме;
 - д) электрофорезом.
11. Для подмывания тяжелобольного не требуется подготовить:
- а) резиновый зонд;
 - б) стерильную вату;
 - в) клеёнку;
 - г) подкладное судно;
 - д) корнцанг.

Ответы к тест-контролю

1 — б; 2 — б; 3 — г; 4 — а; 5 — г; 6 — г; 7 — б; 8 — д; 9 — д;
10 — а; 11 — а.

Литература

Основная

Заликина, Л. С. Уход за больными : учеб. / Л. С. Заликина. М. : Медицинское информационное агентство, 2008. 201 с.

Дополнительная

Чернова, О. В. Уход за онкологическими больными / О. В. Чернова. Ростов н/Д : Феникс, 2002. 224 с. (Медицина для вас).

Оглавление

Мотивационная характеристика темы.....	3
Уход за больными при запорах	4
Уход за больными при поносе и недержании кала.....	7
Задание для самостоятельной работы	9
Тест-контроль.....	9
Литература.....	12

Учебное издание

Мельничук Всеволод Илларионович
Переверзева Елена Вячеславовна

УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ ПРИ НАРУШЕНИИ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ КИШЕЧНИКА

Методические рекомендации

Ответственный за выпуск В. П. Царёв
Редактор Н. В. Оношко
Компьютерная вёрстка В. С. Римошевского

Подписано в печать 27.01.11. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Кюм Люкс».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 0,93 . Уч.-изд. л. 0,5. Тираж 50 экз. Заказ 195.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».
ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.
ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

Репозиторий БГМУ