

Запомните! При болях в животе запрещается применять грелку, давать обезболивающие средства.

НАБЛЮДЕНИЕ И УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Проявления: боли в животе, диспепсические явления, желудочно-кишечное кровотечение



Причины

- Боли в животе

Для заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки (язвенная болезнь, гастрит) характерны боли, связанные с приемом пищи (натошак, через 30 мин, 2 ч после еды), ночные боли. Уменьшение болей может приносить прием пищи, соды.

Боли, связанные с заболеваниями кишечника, не связаны с приемом пищи. По характеру они чаще тупые, ноющие, иногда режущие. Локализуются преимущественно в средних отделах живота. Характерно уменьшение болей после дефекации, отхождения газов.

В период обострения язвенной болезни возможно такое осложнение, как прободение язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Прободение сопровождается острой болью. Больной принимает вынужденное положение, лежит на спине с приведенными к животу ногами или принимает коленно-локтевое положение. Живот, как доска, втянут, в акте дыхания не участвует, мышцы брюшной стенки напряжены, пульс учащен. Это тяжелое осложнение требует немедленного оперативного вмешательства.

Диспепсические расстройства.

Проявляются в виде отрыжки, изжоги, тошноты, рвоты, нарушения аппетита.

Отрыжка может быть следствием заглатывания избыточного количества воздуха (аэрофагия) при быстрой еде, неврозах. Нередко при опущении желудка, слабости его двигательной функции, а также при стенозах желудка и двенадцатиперстной кишки на почве язвенной болезни наблюдается отрыжка тухлым. Такая отрыжка указывает на застой и гниение белковой части пищи.

Изжога часто встречается при заболеваниях желудка, протекающих с повышенной кислотностью желудочного сока. В механизме изжоги большое значение имеет забрасывание содержимого желудка в пищевод, слизистая оболочка которого очень чувствительна к воздействию кислот, находящихся в желудочном соке. Для устранения изжоги следует рекомендовать больным выпить полстакана щелочной минеральной воды или питьевой соды вместе с жженой магнезией.

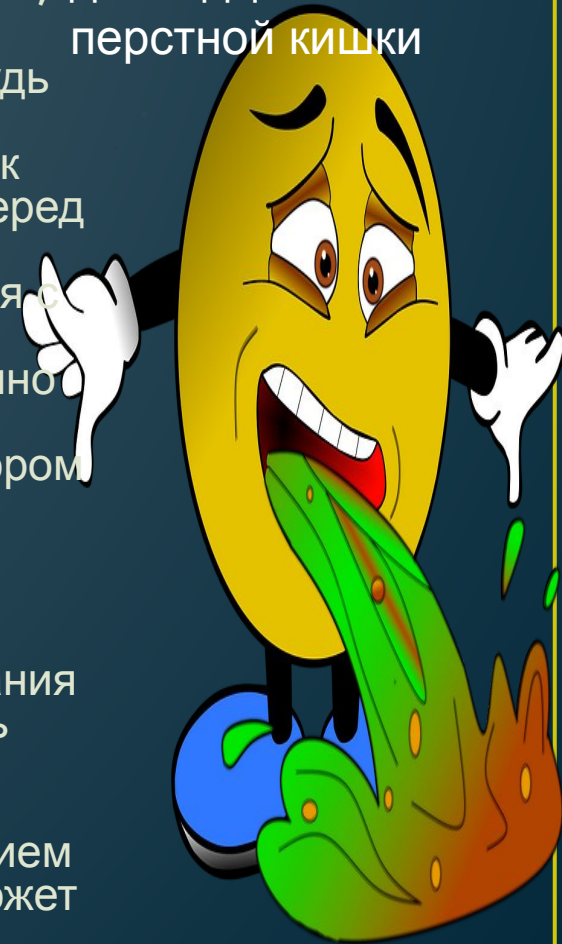
Часто повторяющаяся рвота через рот, а иногда и нос, приводит к истощению больного, обезвоживанию, потере микроэлементов, особенно калия. Подобное состояние нередко встречается при язвенной болезни желудка и

двенадцатиперстной кишки в периоде обострения, остром панкреатите и других заболеваниях.

При возникновении рвоты необходимо немедленно поставить известность врача, обратить внимание на характер рвотных масс. Рвота пищей, смешанной с кислым желудочным содержимым, характерна для заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки. В случае, если язва вызвала эрозию расположенного в стенке желудка крупного кровеносного сосуда, рвотные массы могут частично или полностью состоять из кровяных сгустков. При задержке крови в полости желудка под действием соляной кислоты образуется солянокислый гематин, поэтому рвотные массы приобретают цвет «кофейной гущи».

Если позволяет состояние больного, его следует усадить. Грудь и колени прикрывают клеенчатым фартуком, нижний край которого свешивается в таз или ведро. Медицинский работник поддерживает больного за плечи, несколько наклоняя его вперед. Если тяжесть состояния не позволяет больному сидеть, он должен быть повернут набок, а голова несколько свешиваться кровати. Около рта помещают лоток, под голову больного подкладывают клеенку. Во время рвоты необходимо постоянно находиться у постели больного, давая прополоскать рот или протирая полость рта (если больной без сознания) 2% раствором натрия- бикарбоната, 0,01% раствором калия перманганата. Выделившиеся рвотные массы необходимо собрать в сухую стеклянную или эмалированную посуду с плотно закрывающейся крышкой и отправить в лабораторию с указанием фамилии больного, даты забора материала, названия исследования. Для прекращения рвоты больному можно дать выпить мятных капель, холодной подкисленной лимонной кислотой воды, 0,5% раствор новокаина, проглотить кусочки льда. Необходимо помнить что наиболее тяжелым осложнением рвоты является аспирация желудочного содержимого. Это может привести к рефлексорной остановке дыхания, развитию аспирационной пневмонии.

Кровавая рвота наблюдается при кровотечениях из язвы желудка и значительно реже при язве двенадцатиперстной кишки



Желудочно-кишечное кровотечение. Кроме язвенной болезни, может быть при раке желудка, циррозе печени из варикозно расширенных вен пищевода, тромбозе воротной вены, синдроме Ослера — Рандю, атеросклерозе желудочных сосудов, а также при травмах и отравлениях едкими щелочами.

Симптомы этого осложнения разнообразны и зависят от его массивности. При нерезко выраженных кровотечениях наблюдается кратковременная слабость, позднее выделяется кашицеобразный, черного цвета, дегтеобразный кал (мелена). Черная окраска кала обусловлена образованием сернистого железа из гемоглобина крови и свидетельствует о высокой локализации источника кровотечения.

При выраженном кровотечении могут появиться головокружение, побледнение кожных покровов, похолодание конечностей, жажда, нарушение зрения, нередко частичная или полная потеря сознания. Пульс становится слабым, учащенным. Кровавая рвота начинается не сразу, а спустя несколько часов после начала кровотечения. Через 24 ч появляется мелена. Однако если массивное кровотечение сопровождается одновременно усилением кишечной перистальтики, то цвет каловых масс может быть не черным, а темно-вишневым.

Промывание желудка

Промывание желудка показано при задержке пищи в желудке на почве стеноза (сужения) его выходного отдела или двенадцатиперстной кишки, при опущении желудка или резком понижении его тонуса (атония желудка) с явлениями застоя в нем пищевых масс, при острых гастритах, пищевых отравлениях и некоторых других заболеваниях.

Беззондовый способ заключается в том, что больному дают выпить 2—3 стакана теплой воды, содового раствора, минеральной воды, подсоленной воды с последующим искусственным вызыванием рвоты надавливанием на корень языка.

Гораздо чаще применяют промывание желудка с помощью толстого зонда. Толстый зонд представляет собой резиновую слепо заканчивающуюся трубку с наружным диаметром 10 мм. Больной находится либо в положении сидя, или, если он не в состоянии сидеть, в положении лежа на левом боку с опущенной ниже туловища головой для уменьшения риска аспирации промывных вод.

На больного надевают клеенчатый фартук, к ногам ставят таз. Больной открывает рот, конец зонда вводят под корень языка, больного просят сделать глотательные движения и в это время быстро продвигают зонд. При позывах на рвоту движение зонда останавливают, а больному предлагают сделать несколько глубоких вдохов. Для больного находящегося в бессознательном состоянии может быть использован языкодержатель и роторасширитель.

После введения зонда в желудок на другом конце с помощью резиновой трубки закрепляют стеклянную воронку емкостью 500 мл.

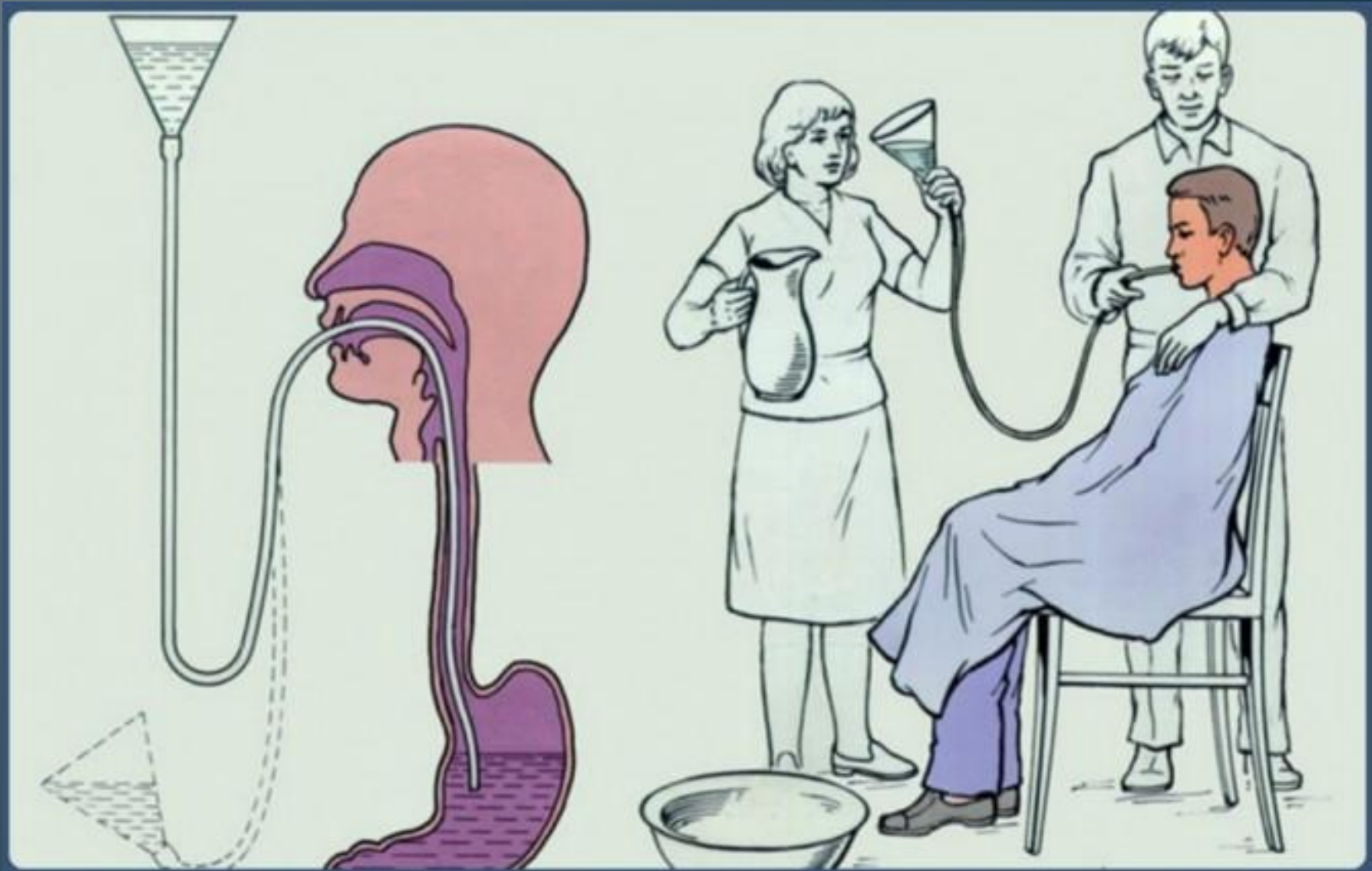
Предварительно опустив воронку ниже уровня желудка, ее наполняют теплой кипяченой водой (37—38°C). После этого поднимают воронку несколько выше головы больного, и вода постепенно поступает в желудок. В момент, когда в воронке еще остается немного воды, ее быстро опускают вниз, и вода из желудка с примесью слизи, остатков пищи и т. п. через зонд и воронку выливается в подставленный таз. Эта процедура повторяется несколько раз.

Во время процедуры следует внимательно следить, чтобы не вся вода из воронки прошла в желудок. В подобных случаях обратное поступление жидкости из желудка в воронку может быть нарушено.

Следует помнить, что одновременно в желудок не следует вводить более 1 л жидкости. Не следует также быстро вводить воду в желудок, для чего воронку следует поднимать медленно. На все промывание затрачивается от 7 до 10 л воды. Желудок можно промывать теплой кипяченой водой с добавлением натрия бикарбоната (10 г на 1 л воды), минеральной водой, раствором лимонной кислоты (при отравлении щелочами).

Если промывание желудка проводится через 2—3 ч после отравления, то оно заканчивается введением через зонд раствора солевого слабительного. Промывание воды осматривают, при необходимости часть их отправляют на лабораторное исследование.

Промывание желудка противопоказано больным, страдающим гипертонической болезнью, стенокардией, циррозом печени, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, особенно со склонностью к желудочно-кишечным кровотечениям и т. д.



Клизмы бывают очистительные, масляные, гипертонические, эмульсионные, сифонные, питательные, лекарственные и капельные.

Очистительная клизма для удаления из нижнего отдела кишечника каловых масс и газов при задержке стула; при подготовке к рентгенологическому исследованию желудка, кишечника, почек; перед операцией, родами, искусственным абортom; перед постановкой лекарственных клизм. Противопоказанием к применению клизмы являются острые воспалительные заболевания в области заднего прохода, кровоточащий геморрой, опухоли прямой кишки в стадии распада, кровотечение из желудочно-кишечного тракта.

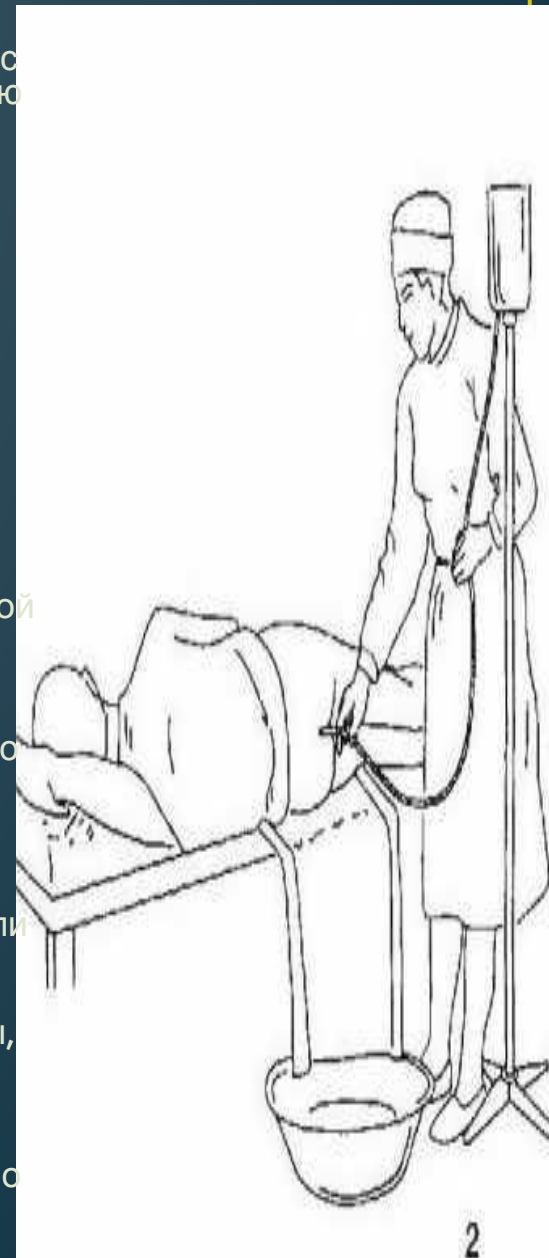
Для постановки очистительной клизмы пользуются кружкой Эсмарха, которая представляет собой резервуар емкостью 1—2 л. У дна кружки имеется сосок, на который надевают толстостенную резиновую трубку длиной 1,5 м и диаметром 1 см. На свободный конец трубки надевают стеклянный, эбонитовый или пластмассовый наконечник длиной 8—10 см. Наполнив кружку водой нужной температуры, открывают кран или зажим, чтобы заполнить трубку водой и выпустить воздух. Больного укладывают на левый бок на край постели или кушетки с прижатыми к животу ногами, что способствует расслаблению мышц брюшного пресса и облегчает введение жидкости в кишечник. Под таз больного кладут клеенку, на которую помещают подкладное судно (на случай, если больной не сможет удержать воду и выпустит ее обратно).

Наконечник, смазывают его вазелином и вводят в заднепроходное отверстие легкими вращательными движениями. Первые 3—4 см наконечник вводят по направлению к пупку, а затем еще на 5—8 см параллельно копчику. Недопустимо вводить наконечник с усилием, так как это может привести к ранению стенки прямой кишки. Кружку Эсмарха подвешивают на высоту 1 м над больным, открывают кран и вода под давлением поступает в толстую кишку.

При закупорке наконечника каловыми массами его извлекают, прочищают и вводят снова. Применение холодной воды может вызвать спазмы кишечника, боли в животе.

При запорах, сопровождающихся вялостью кишечной мускулатуры, ставят прохладные (20°C, реже 16—14°C) клизмы. Оставив на дне кружки немного воды, чтобы в кишечник не попал воздух, закрывают кран, регулирующий поступление жидкости и извлекают наконечник.

Желательно, чтобы больной удерживал воду в течение 10 мин. Для этого он должен лежать на спине и глубоко дышать. Для усиления действия к воде можно добавить ½ чайной ложки растертого в порошок детского мыла, 2/3 столовые ложки поваренной соли, 1 стакан отвара ромашки.



Масляная клизма применяется при упорных запорах. Для этого используют подсолнечное, оливковое, конопляное или вазелиновое масло. Для одной клизмы берут 50—100 мл подогретого до 37—38°С масла.

Вводят масло обычным резиновым баллоном или шприцем Жане через катетер, который продвигают в прямую кишку на глубину 10 см. Масло, растекаясь по стенке кишки, обволакивает кал, расслабляет кишечную мускулатуру. Больной должен лежать спокойно 10—15 мин, чтобы масло не вытекло..

Эмульсионная клизма также оказывает хороший опорожняющий эффект. Смешивают 1/2 столовой ложки воды и 1 столовую ложку рыбьего жира, разводят в 50—100 мл воды и вводят грушевидным баллончиком в прямую кишку. Эмульсию можно приготовить, смешав 2 стакана настоя ромашки, желток яйца, 1 чайную ложку натрия гидрокарбоната и 2 столовые ложки вазелинового масла или глицерина.

Лекарственная клизма. Если введение лекарственных веществ через рот затруднено или противопоказано, можно вводить их через прямую кишку, где они всасываются и через геморроидальные вены быстро попадают в кровь, минуя печень. Лекарственные клизмы делятся на клизмы местного и общего действия. Первые применяются при воспалительном процессе в толстой кишке, а вторые — для введения в организм лекарственных или питательных веществ. За 30—40 мин до лекарственной клизмы ставят очистительную клизму. Лекарственные клизмы в основном являются микроклизмами 50—200 мл. Набирают лекарственные вещества в шприц Жане или в резиновый баллончик, емкостью от 50 до 200 г а далее механизм идентичен .

Гипертоническая клизма вызывает усиление перистальтики и опорожнение кишечника. Чаще всего используют гипертонические растворы сернокислой магнезии, сернокислого натрия или 10% раствор натрия хлорида. Гипертонические клизмы вызывают обильный жидкий стул. В связи с тем, что такие клизмы очень раздражают слизистую оболочку кишечника, делают их редко.

Сифонная клизма. Их используют при кишечной непроходимости, для удаления из кишечника продуктов брожения, гниения, при отравлении ядами и для удаления газов. Основан на использовании принципа сообщающихся сосудов. Одним из них является кишечник, а другим — воронка на наружном конце введенной в прямую кишку резиновой трубки. Больного укладывают на левый бок, под ягодицы подкладывают клеенку, а у кровати ставят ведро для слива и кувшин с жидкостью. Конец трубки, вводимой в прямую кишку, обильно смазывают вазелином и продвигают вперед на 20—30 см. Воронку следует держать немного выше больного в наклонном положении. Затем, постепенно наполняя ее жидкостью, приподнимают над больным на высоту 1 м. Вода начинает поступать в кишечник. Как только уровень убывающей воды достигнет сужения воронки, последнюю опускают над тазом, не

Введение газоотводной трубки

Показанием для введения газоотводной трубки является метеоризм — вздутие кишечника, связанное с повышенным газообразованием в кишечнике, реже — с парезом кишечника.

Газоотводная трубка — мягкая толстостенная резиновая трубка длиной 30—50 см, диаметром 3—5 мм.

Конец, вводимый в кишечник, закруглен вокруг центрального отверстия, другой конец косо срезан. Трубку надо смазать вазелином и ввести в заднепроходное отверстие на расстояние 20—30 см так, чтобы наружный конец ее выступал из заднего прохода на 5—6 см. Вводить трубку надо не спеша, вращательными движениями. Трубка остается в кишечнике до тех пор, пока не отойдут газы. Держат трубку не более 2 ч, затем удаляют и при необходимости вводят снова.

В течение суток трубку можно вставлять 2—3 раза через некоторые промежутки времени. При скоплении в кишечнике плотных каловых масс необходимо сделать перед введением газоотводной трубки микроклизму с глицерином или настоем ромашки. После извлечения трубки окружность заднего прохода вытирают марлевым тампоном, а в случае раздражения смазывают мазью, обрабатывают присыпкой.