

Сбор информации

- При осмотре пациента с ожогами необходимо определить степень и площадь ожога. Основной жалобой является боль. Пострадавшие беспокойные, мечутся. При развитии ожогового шока медсестра может выявить изменение гемодинамических показателей (снижение АД, учащение пульса), нарушения сознания. В эректильную фазу пострадавший возбужден, АД в норме или повышено, пульс учащен. Торпидная фаза сопровождается резким угнетением: больной апатичен, температура тела и АД снижаются, кожные покровы бледные, акроцианоз, снижение диуреза

Сестринский уход при ожогах

Выполнила студентка 228 группы Бутикова Ирина
преподаватель Панина Любовь Николаевна СМК 2017
год

Проблемы

- - боль;
- нарушение дыхания, связанное с болью;
- нарушение мочеиспускания, связанное с нарушением функции почек;
- нарушение сна;
- нарушение аппетита;
- снижение двигательной активности;
- повышение температуры в период ожоговой токсемии и септикотоксемии;
- ограничение самоухода;
- страх, тревога.

Сестринские вмешательства:

- 1. Выполнение назначений врача:
 - введение лекарственных средств (обезболивание);
 - наблюдение за состоянием больною (контроль АД, пульса, температуры тела, диуреза);
 - подготовка к диагностическим и лечебным процедурам.
- 2. Подготовка к перевязкам и их проведение:
 - общие или местные ванны с антисептиками для уменьшения травматизации тканей. Больных помещают в ванну с теплым раствором перманганата калия. При небольших ожогах повязки смачивают раствором перманганата калия или перекисью водорода. Перед обработкой небольших ожоговых поверхностей больным вводят анальгетики, а при обработке больших поверхностей дают наркоз;
 - строгое соблюдение правил асептики и антисептики при проведении перевязок.
- 3. Профилактика пролежней.
- 4. Организация диетического питания. Пища должна быть высококалорийной, богатой белками, витаминами, минеральными солями.
- 5. Помощь в проведении гигиенических мероприятий.
- 6. Помощь при повышении температуры.
- 7. Работа с пациентом и родственниками.

Неотложная помощь при ожогах:

- 1. Срочно прекратить действие на пострадавшего высокой температуры. дыма, токсических продуктов горения, а также снять с него одежду.
2. Охладить обожженные участки. Целесообразно погружение обожженных участков в холодную воду или обмывание их струей водопроводной воды в течение 5-10 мин.
При ожогах лица, верхних дыхательных путей удаляют слизь из ротоглотки, вводят воздуховод.
3. Обезболить и начать противошоковые мероприятия: ввести промедол или омнопон;
- противошоковые кровезаменители (полиглюкин. желатиноль).
4. Наложить асептическую повязку.
Накладывают на обожженную поверхность сухую ватно-марлевую повязку, а при ее отсутствии чистую ткань (например, заворачивают пострадавшего в простыню).
5. Пострадавшему необходимо дать выпить не менее 0.5 л воды с растворенными в ней 1/4 чайной ложки гидрокарбоната натрия и 1/2 чайной ложки хлорида натрия. Внутрь дают 1 -2 г ацетилсалициловой кислоты и 0,05 г димедрола.
6. Срочная госпитализация.

- **В стационаре** обожженному вводят анальгетики и седативные препараты, противостолбнячную сыворотку. После этого удаляют отслоившийся на больших участках эпидермис, а пузыри надсекают и выпускают из них жидкость. Ожоговая поверхность при поверхностных ожогах болезненна, поэтому механическая очистка ее допускается лишь в случае сильного загрязнения землей путем орошения растворами антисептиков. Не следует пытаться отмыть битум при ожогах им. На ожоговые раны накладывают противоожоговые не прилипающие к ранам повязки с металлизированной поверхностью или стерильные повязки с мазями на водорастворимой основе (левомеколь, левосин, диоксиколь, дермазин). Последующие перевязки с этими же мазями проводят ежедневно или через день, вплоть до полного заживления ран. После заживления ожогов IIIA степени на их месте возможно развитие келоидных рубцов. С целью их профилактики, особенно при ожогах лица, кистей и стоп, на только что зажившие раны накладывают эластичные давящие повязки. С этой же целью назначают физиотерапевтическое лечение (ультразвук, магнитотерапию, грязелечение).

Неотложная помощь при ОЖОГОВОМ ШОКЕ.

- В специализированной машине скорой помощи продолжают комплекс реанимационных мероприятий, направленных в первую очередь на восстановление гемодинамики. С этой целью вводят обезболивающие средства, внутривенно полиглюкин (400-800 мл), натрия гидрокарбонат (5 % раствор - 200-250 мл), глюкозу (5 % раствор 0.5-1.0 л), кортикостероиды (гидрокортизона гемнсуцинат - 200 мг или преднизолона гемнсуцинат — 60 мг), коргликон (1 мл); при начинающемся отеке легких — пентамин (25-50 мг).
В стационаре продолжают инфузионную терапию. При глубоких циркулярных ожогах конечностей и туловища, нарушающих кровообращение и дыхание, показано неотложное рассечение ожогового струпа до появления кровообращения с последующим наложением асептической повязки. Наркотические анальгетики комбинируют с антигистаминными средствами (димедролом, дипразином и др.), оксибутиратом натрия, сибазоном, дроперидолом (4-6 раз в сутки). Улучшения реологических свойств крови достигают назначением дезагрегантов (пентоксифиллина, дипиридамона) и гепарина. При выраженной артериальной гипотензии показаны кортикостероиды в больших дозах. Рано начатое интенсивное лечение ожогового шока заметно улучшает ближайшие и отдаленные результаты лечения, предупреждает ряд серьезных осложнений. Контроль за состоянием больноу и эффективностью терапии осуществляют по показателям диуреза, АД, центрального венозного давления (ежечасно), гематокрита, кислотно-щелочного состояния. Пострадавшим с ожогами площадью 15-20 % поверхности тела, поступившим в стационар без признаков шока, необходима инфузионная терапия, направленная на профилактику развития гемоконцентрации, гиповолемии и расстройств микроциркуляции.

- После выведения из шока на первый план выдвигается защита обожженных от алиментарного и энергетического истощения, интоксикации и госпитальной инфекции.
Лечебные мероприятия в периоде острой ожоговой токсемии направлены на дезинтоксикацию, коррекцию метаболических и энергетических расстройств, борьбу с инфекцией. Дезинтоксикационная терапия включает внутривенное введение гемодеза, реополиглюкина, проведение форсированного диуреза. Пострадавшим производят плазмаферез, гемосорбцию, плазмосорбцию. Показано усиленное питание. Эффективно проведение дополнительного энтерального питания, при котором через постоянный зонд в желудок дозированно вводят высококалорийные смеси. Внутривенно вливают растворы аминокислот, белковые гидролизаты, жировые эмульсии, раствор глюкозы. Антибактериальные препараты назначают в соответствии с результатами посева из раны и определения чувствительности флоры к антибиотикам и антисептикам. Больные должны постоянно получать обезболивающие и антигистаминные препараты, кардиотонические средства, витамины С. группы В. Для предотвращения осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта необходимо применение препаратов, снижающих кислотность желудочного сока (атропин, алмагель и др.).

- Лечебные мероприятия в периоде септикотоксемии направлены на подготовку больного к аутодермопластике. Для этого продолжают энтеральное и парентеральное введение белков, жиров и углеводов, ведут борьбу с инфекцией. Последнее включает обработку ожоговых ран 1 % раствором йодопирона. активное удаление некротических тканей, частые смены повязок с антисептическими мазями на водорастворимой основе, парентеральное введение антибиотиков. Продолжают применение кардиотонических, седативных, антигистаминных препаратов, дают поливитамины, антацидные средства.
Лечение ожоговых ран осуществляют открытым и закрытым способами. Открытый способ применяют в палате с ламинарным потоком подогретого до 30-33 °С воздуха или в палате с инфракрасными источниками тепла и системой очистки воздуха. При ожогах задней поверхности тела эффективно лечение на флюидизированных кроватях, например типа «Клинитрон» (Франция). При ожогах конечностей открытое лечение проводят в аэротерапевтических установках (АТУ-3 и АТУ-5).

- **Закрытый способ лечения ожогов** показан при отсутствии технического обеспечения открытого ведения ран и заключается в применении повязок с антисептическими мазями и растворами антисептиков (йодопирона, сульфадимизина серебра, левомеколя, левосина, диоксиколя). Они способствуют высыханию струпа, обладают мощным бактерицидным действием и предотвращают развитие инфекции. Перевязки проводят ежедневно или через день в зависимости от количества раневого отделяемого. Особенно эффективно проведение перевязок в ваннах с растворами антисептиков, приготовленных в виде шампуней (йодопирон). При открытом методе ведения ожоговые поверхности обрабатывают раствором йодопирона 3-4 раза в сутки. Раннее удаление погибших от термического воздействия тканей и пластическое закрытие образовавшихся ран собственной кожей предотвращает или сокращает следующие периоды ожоговой болезни. Поэтому некротические ткани при глубоких ожогах площадью до 15 % поверхности тела целесообразно иссекать хирургическим путем на 3-5-й день после ожога и сразу же закрывать образовавшуюся рану расщепленным перфорированным аутодермотрансплантатом. При благоприятном исходе операции заживление ран наступает через 3 - 3 1/2 нед. после ожога.

- При глубоких ожогах площадью более 15 % поверхности тела эффективной является химическая некрэктомия с применением 40 %-ной салициловой мази, которую на 7-8-й день после травмы наносят на участок, занимающий не более 10 % поверхности тела. Через 3 дня осуществляют бескровное удаление струпа, а на образовавшуюся рану накладывают перфорированную ксенокожу. Через 2 дня ее снимают и производят аутолермопластику. Салициловую мазь накладывают последовательно с промежутками в 3-5 дней на другие участки струпа и таким образом удаляют некротизированные ткани, а затем закрывают все ожоговые раны путем аутопластики.
Больной, перенесший глубокие ожоги площадью свыше 10 % поверхности тела (или более 3-4 % в области суставов), должен пройти курс медицинской реабилитации. При развитии выраженных послеожоговых рубцовых деформаций, обезображивающих или вызывающих нарушение функции, проводят пластические операции в специализированных учреждениях.