

Тема: Сестринский процесс при сальмонеллезе. Сестринский процесс при холере.

Сестринский процесс при сальмонеллезе

Сальмонеллез – острое зооантропонозное заболевание, вызванное сальмонеллами, протекающее с развитием выраженной интоксикации, явлениями гастроэнтерита, а иногда, в виде генерализованной инфекции (поражение всего организма; бактериемия).

Этиология.

Возбудитель из рода сальмонелл (2500), наиболее патогенные 100сератипов. Представляют мелкие подвижные грамотрицательные палочки, устойчивы во внешней среде. Погибают под действием УФО, дезсредств.

В мясомолочных продуктах не только сохраняются сальмонеллы, но и размножаются, не изменяя ни внешнего вида, ни вкуса, ни запаха.

Источники: дикие и домашние животные.

Механизм – фекально-оральный.

Заражение возможно после плохой термообработки, в процессе приготовления (с бак-носителя), транспортировки, продажи.

В стационаре может быть, как ВБИ.

Патогенез.

Попадая в ЖКТ, сальмонеллы внедряются в слизистую оболочку и вызывают ее воспаление, вырабатывают мощный эндотоксин, вызывающий сильную интоксикацию и диарейный синдром.

Формы заболевания:

1. локализованная, поражается только ЖКТ
2. генерализованная, поражаются различные органы и системы, протекает в септической форме

Клиника.

Инкубационный период 5-8часов – 2-3суток, зависит от дозы инфекции.

Локализованная/гастроинтестинальная:

- гастритическая

- гастро-энтеритическая (желудок+тонкий кишечник). начало острое, температура фебрильная, схваткообразные боли в животе, тошнота, рвота, диарея, стул может быть до 20р/с. Стул в виде «болотной тины», олигурия, падение а/д.

- гастро-энтеро-колитическая (желудок+тонкий+толстый кишечник). В стуле присоединяется слизь и кровь, боли внизу живота. 5-7суток.

Формы течения: бак-носительство, острая, хроническая (несколько месяцев), транзиторная (то выделяет, то не выделяет).

Генерализованная форма чаще встречается у стариков и детей.

Гастритическая форма наиболее легкая.

Осложнения:

ИТШ.

Диагностика:

1. рвотные массы, промывные воды желудка, испражнения, остатки пищи отправляются в бак-лабораторию
2. если подозрение на генерализованную форму: + кровь на гемакультуру
3. серологическое исследование крови

Лечение.

1. промывание желудка (10 литров воды комнатной температуры, через зонд с воронкой)
2. энтеросорбенты: смекта, энтерос-гель, полифипан, фильтрум сти.
3. при схваткообразных болях - анальгетики: но-шпа, платифилин, папаверин
4. при длительной диарее – вяжущие препараты: имодиум, лопедиум
5. дезинтоксикационная терапия (не более 1л/ч)
6. диета №4, обильное питье – крепкий чай, до 2х литров
7. при генерализованной форме: + антибиотики: цефалоспорины (цефалекс, цефтриаксон)

Профилактика.

Личная гигиена.

Гигиена питания.

Не покупать еду с рук.

Госконтроль за предприятиями пищевой промышленности.

Мясные продукты должны быть хорошо термообработаны.

Сестринский процесс при ПТИ (пищевая токсикоинфекция)

ПТИ – группа острых пищевых бактериальных инфекций, при которых развивается гастроэнтерит/гастроэнтероколит в результате употребления в пищу продуктов, загрязненных патогенными или условно-патогенными бактериями, способными вырабатывать энтеротоксины вне организма.

Этиология.

Более 30 видов бактерий: стафилококки, стрептококки, патогенная кишечная палочка, кластридии, цитобактер. Все обладают высокой устойчивостью во внешней среде и способностью вырабатывать энтеротоксины.

Естественный резервуар – люди, животные.

Эпидемиология: ПТИ относятся к зоантропонозам. Механизм передачи – фекально – оральный. Путь – водный, алиментарный. Не меняют цвет, вкус продукта. Вспышки могут быть единичные и групповые.

Патогенез: возбудитель попадает в ЖКТ, вызывают воспалительный процесс в слизистой оболочке желудка, плюс симптомы интоксикации.

Клиника: инкубационный период короткий 2,4,6,12 ЧАСОВ (редко 24 часа). Внезапное начало, резкая слабость, озноб, температура 39-40, боли схваткообразные в эпигастрии, рвота многократная, жидкий водянистый стул 10-15 раз, острый период длится 12-36 часов, иногда несколько дней. Пациент бледный, язык обложен густым белым налетом, АД падает, тахикардия → обезвоживание, судороги, коллапс, анурия. → ИТШ

Осложнения:

1. Тромбоз сосудов брыжейки → некроз кишечника
2. Острая сс недостаточность
3. Сепсис

Лечение:

1. Промывание желудка (бледно - розовым р-р перманганата калия, столовая ложка соды на 1 л воды – 10 л – зондовый метод, ресторанный метод)
2. Диета № 4 (обильное витаминизированное питье)

3. Регидрон, оралит, цитроглюкосалан – для восстановления водно-солевого – 1 пакет на 1 литр воды – в течение часа
4. Сорбенты
5. Спазмолитики – нош -па, папаверин в/м
6. Дезинтоксикационная терапия
7. Имодиум
8. Эубиотики – линекс, лактусан, энтерол, нормафлорины
9. Ферменты – мезим, фестал, энзистал.

Диагностика:

1. Субъективное и объективное обследование, эпиданамнез
2. Рвотные массы, испражнения, промывные воды желудка
3. Серологическое исследование

Профилактика:

1. Гигиена питания, личная гигиена
2. Не покупать продукты с рук
3. Контроль за производством продуктов.

Бак посев обязательно – перед выпиской.

Сестринское обследование и уход при холере.

Холера – острое антропонозное инфекционное заболевание с фекально-оральным механизмом передачи, протекающее с явлениями дегидратации, деминерализации, ацидоза.

Относится к числу карантинных инфекций.

Эпидемиология

- Источником холерных вибрионов является человек:
- Больной;
- Реконвалесцент;
- Здоровый (транзиторный) выделитель.

Особое внимание при сборе эпид.анамнеза следует уделять лицам, заболевшим острой кишечной инфекцией в течение 5 дней после прибытия из неблагополучных по холере стран. Вместе с тем, холерный вибрион может быть обнаружен в открытых водоемах, даже при отсутствии на данной территории больных холерой.

Заражение холерой происходит всеми характерными для фекально-орального механизма путями :

- Водным;
- Пищевым;
- Контактно-бытовым.

Пути передачи

- Преимущественный путь передачи – водный, контактно-бытовой. В условиях нашего региона вспышки холеры возможно будут носить смешанный характер, когда эпидемический процесс, начавшись с водного заражения, в дальнейшем может поддерживаться факторами, свойственными пищевому и бытовому путям передачи.
- Восприимчивость к холере высокая, чаще поражается взрослое население трудоспособного возраста.

Клиническая картина

- Инкубационный период длится от 1 до 5 дней.
- В типичных случаях заболевание начинается остро, с поноса, появляющегося внезапно. Стул водянистый, мутновато-белого цвета, без запаха, напоминающий рисовый отвар. Рвота появляющаяся внезапно, обычно вслед за жидким стулом, «фонтаном», без тошноты и болей в эпигастральной области. Быстро нарастают признаки обезвоживания организма. Заостряются черты лица, появляется синюшность вокруг глаз.

Снижается тургор тканей, кожа сухая и , собранная в складку, долго не расправляется, рука «прачки». Больных беспокоит жажда, судороги, появляется афония, снижается диурез. Развивается гиповолемический шок с характерным для него гипотермией, тахикардией, гипотонией и анурией.

Диагностика

- Бактериологическому исследованию подлежат испражнения, рвотные массы, дуоденальное содержимое, трупный материал.

Лечение

- При регистрации на данной территории первых случаев холеры все больные с острыми кишечными заболеваниями в обязательном порядке госпитализируются в стационары, а больные с дегидратацией III – IV степень – в холерные отделения, где проводится 3-кратное исследование рвотных масс и испражнений на холерный вибрион.
- Первые мероприятия направлены на восстановление водно-электролитного баланса. Время проведения для взрослых 1-2 часа, для детей 6-8 часов. Больным с дегидратацией I – II степени проводят замещение потерянной жидкости путем перорального введения растворов типа «Регидрон», «Глюкосолан».
- Начало регидратационной терапии у больных III – IV степени обезвоживания должно проводиться уже на догоспитальном этапе. Используют растворы «Трисоль», «Ацесоль». Раствор подогревают до температуры 37,5 – 38С и вводят внутривенно струйно. После нормализации пульса, восстановления АД, температуры тела, появления мочеотделения струйное введение сменяется капельным. Объем вводимой жидкости находится в прямой зависимости от объема испражнений и рвотных масс.
- Антибиотики не играют решающей роли в лечении больных холерой, но они уменьшают длительность диареи, объем водно-солевых потерь и сокращают длительность вибрионовыделения. Назначают Тетрациклин 0,3 через 6 часов в течение 5 дней.
- Выписка больных производится после выздоровления и получения 3 отрицательных результатов бактериологических исследований испражнений, назначаемых через 24 часа после отмены антибиотиков ежедневно в течение 3 дней.
- Диспансерное наблюдение после выписки из стационара врачом КИЗа в течение 3 месяцев с проведением контрольных бак.анализов испражнений каждые 10 дней в первый месяц и по 1 разу в последующие месяцы.

Уход за больным

- Наладить сбор выделений больного (рвотных масс и испражнений).
- Больного помещают на специальную кровать с вырезом под ягодицами. Выделения собирают в мерное ведро. Объем выделений фиксируется каждые 2 часа.
- Помощь при рвоте.
- У больного температура тела снижена, поэтому необходимо обложить больного грелками и поддерживать температуру в палате.
- Соблюдать правила забора материала. Медсестра производит туалет больному в перчатках. В задний проход вводит стерильную резиновую трубочку и собирает выделения в стерильную посуду. Посуду помещают в бикс и отправляют с нарочным в лабораторию.

- Медсестра должна соблюдать правила проведения текущей дезинфекции.

Сестринские диагнозы

- Диарея
- Рвота
- Нарушение комфортного состояния.

План ухода:

- Придать пациенту положение, позволяющее избежать аспирации рвотных масс.
- Обеспечить гигиену полости рта после каждого акта рвоты.
- Предложить пациенту питье в достаточном количестве.
- Обеспечить комфортные условия для пациента (частое проветривание палаты, ширма, смена белья, психологическая поддержка, уборка рвотных масс).
- Осматривать рвотные массы, определить их количество, при необходимости провести забор на исследование.
- Проводить обеззараживание рвотных масс.
- Обучить пациента методике расслабления и глубокого дыхания для удержания позывов к рвоте.
- Обеспечить прием противорвотных средств по назначению врача.

Профилактика

- Система мероприятий по профилактике холеры направлена на предупреждение заноса этой инфекции в нашу страну из неблагополучных районов. Обследованию на холеру подлежат больные с тяжелым течением острых кишечных инфекций. Специфическая профилактика проводится холерогенанатоксином.