ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ НИЖЕГОРОДСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНСТВА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ

Кафедра внутренних болезней и сестринского дела

Контрольная работа по сестринскому делу в терапии

Синдром желтухи. Сестринский процесс

Выполнила студентка

3курса 383 группы

Факультета ВСО

Атаманова А. М.

Нижний Новгород 2009 год

**Содержание**

1. Синдром желтухи
2. Дифференциальная диагностика желтухи
3. Сестринский процесс

**1.Синдром желтухи**

Желтуха – окрашивание в желтый цвет слизистых оболочек, склер и кожи вследствие накопления в крови избыточного количества билирубина. Желтуха – один из характерных симптомов заболеваний печени, а также поражений желчных путей и нарушений в системе эритроцитопоэза. Причиной любого вида желтухи является нарушение равновесия между образованием и выделением билирубина.

Различают надпеченочную (гемолитическую), печеночную (паренхиматозную) и подпеченочную (обтурационную) желтухи.

**Надпеченочная (гемолитическая) желтуха** обусловлена повышенным распадом эритроцитов или их незрелых предшественников. Следствием этого является избыточное образование билирубина, превышающее способность печени к его связыванию и выведению, и увеличение содержания в крови не связанного с глюкуроновой кислотой (свободного) билирубина, в моче уробилина, в кале – стеркобилина. В моче, как правило, билирубин отсутствует. Одновременно наблюдается ретикулоцитоз и анемия. Основными причинами надпеченочной желтухи являются наследственные и приобретенные гемолитические анемии. Кроме того, она может развиться при В12-дефицитной анемии (перцинозной анемии), эритропоэтической порфирии, сепсисе, затяжном септическом эндокардите, инфарктах различных органов (чаще инфарктах легкого), лучевой болезни, малярии и др., а также при отравлении ядами или веществами, способными вызвать гемолиз (мышьяковистым водородом, фосфором, сульфаниламидными препаратами), при переливаниях несовместимой крови и др.

Для надпеченочной желтухи различного генеза характерен ряд общих симптомов, позволяющих отличить ее от других видов желтух. К ним относятся: умеренная желтушность слизистых оболочек, склер и кожи с лимонным оттенком наряду с более или менее выраженной бледностью; увеличение содержания непрямого билирубина в сыворотке крови (гипербилирубинемия) вне гемолитических кризов, обычно до 34-50 мкмоль⁄л, а в периоды кризов – до 80мкмоль⁄л и более; увеличение селезенки и иногда печени; гиперпигментированный кал (темно-коричневого цвета); повышение количества ретикулоцитов в крови и увеличение выработки эритроцитов в костном мозге; укороченная продолжительность жизни эритроцитов. Функциональные печеночные пробы при гемолитической желтухе изменяются незначительно.

**Печеночная (паренхиматозная) желтуха** обусловлена патологическим процессом, локализующимся в печеночных клетках и (или) во внутрипеченочных желчных путях. Гипербилирубинемия связана с нарушением различных звеньев метаболизма и транспорта билирубина внутри печени. В зависимости от локализации патологического процесса выделяют три вида печеночной желтухи: печеночно-клеточную, холестатическую и энзимопатическую.

*Печеночно-клеточная желтуха* – одно из самых частых проявлений острых и хронических поражений печени. Возникновение ее может быть связано с вирусным гепатитом, инфекционным мононуклеозом, лептоспирозом, токсическим поражением печени (алкогольная интоксикация, отравление химическими веществами, непереносимость лекарственных препаратов и др.), хроническим активным гепатитом, циррозом печени, циррозом печени, печеночно-клеточным раком. Ведущее значение в развитии печеночно-клеточной желтухи имеет нарушение целостности мембран гепатоцитов и поступление связанного билирубина в кровь. Выведение билирубина в кишечник при данном виде желтухи понижено, а в разгаре желтухи иногда отсутствует. Выделение уробилина с мочой и стеркобелина с калом понижено или отсутствует. Отмечается выделение билирубина с мочой (билирубинурия).

*Холестатическая желтуха* чаще наблюдается при хроническом холестатическом гепатите, первичном билиарным циррозом печени и приеме различных лекарственных препаратов, особенно аминазина, хлорпропанида, тестостерона, сульфаниламидов. Причиной этого вида желтухи является нарушение метаболизма компонентов желчи, а также изменение проницаемости желчных капилляров. Отмечаются повышение содержания в сыворотке крови прямого и непрямого билирубина, высокий уровень щелочной фосфатазы и желчных кислот. Выделение уробилиногена с мочой и стеркобилиногена с калом понижено или отсутствует.

*Энзимопатическая желтуха* обусловлена недостаточностью ферментов, ответственных за захват, транспорт, связывание с глюкуроновой кислотой и экскрецию билирубина из гепатоцита. Этот вид желтухи наблюдается при длительном голодании, иногда после введения рентгеноконтрастных веществ, радионуклидных препаратов и других веществ, конкурирующих с билирубином за захват гепатоцитом. При энзимопатической желтухе в крови повышается содержание непрямого билирубина.

**Подпеченочная (обтурационная) желтуха** развивается при появлении препятствий току желчи из желчных ходов в двенадцатиперстную кишку. Причиной ее являются обтурация печеночного или общего желчного протоков конкрементами, паразитами, сдавление опухолью головки поджелудочной железы или фатерова соска, а также кисты и хроническое воспаление поджелудочной железы, рубцовое сужение общего желчного протока и др. Препятствие току желчи обусловливает повышение давления в вышележащих желчных путях. Желчный пигмент при этом проходит через стенки расширенных желчных капилляров, гепатоциты наполняются желчью, и она поступает в лимфатические щели и кровь. Обтурационная желтуха характеризуется постепенным нарастанием желтушности кожи, которая приобретает желто-серый или желто-зеленый цвет с черноватым оттенком. В редких случаях, например, при так называемом вентильном камне общего желчного протока, желтуха то появляется, то исчезает. При обтурационной желтухе в крови накапливаются все составные части желчи – билирубин, холестерин, желчные кислоты, увеличивается количество щелочной фосфатазы. Кал обесцвечивается, имеет глинистый вид, бело-серого цвета, содержит большое количество кислот и мыл, стеркобелин не обнаруживается. Моча приобретает цвет пива с ярко-желтой пеной.

**2. Дифференциальная диагностика желтухи**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Признак | Надпеченочная желтуха | Печеночная желтуха | Подпеченочная желтуха |
| Причины | Внутрисосудистый и внутриклеточный гемолиз, инфаркты органов (чаще легких), большие гематомы | Гепатит, цирроз печени | Желчно-каменная болезнь, опухоли и стриктуры в области ворот печени, опухоль поджелудочной железы или Фатерова сосочка |
| Оттенок желтухи | Лимонный | Шафраново-желтый | Зеленый |
| Кожный зуд | Отсутствует | Умеренный у части больных | Выражен |
| Размеры печени | Нормальные | Увеличины | Увеличины |
| Билирубин | Увеличен за счет неконъюгирован-ного | Увеличен за счет неконъюгированного и конъюгированного | Увеличен за счет конъюгированного (прямого) |
| АлАт, АсАТ | нормальные | увеличины | Нормальные или увеличины незначительно |
| Холестерин | нормальный | снижен | увеличен |
| Щелочная фосфатаза | нормальная | Нормальная или умеренно повышена | Значительно увеличена |
| Моча |  |
| Цвет | темная | темная | темная |
| Уробилин | увеличен | увеличен | отсутствует |
| Билирубин | отсутствует | увеличен | увеличен |
| Кал |  |
| Цвет | Очень темный | Слегка обесцвечен | Ахоличный |
| Стеркоби-лин | увеличен | снижен | отсутствует |

**3. Сестринский процесс**

*Жалобы больного.*

1. Боль в животе (локализация, связь с приемом пищи, отхождением стула, газов, периодичность, интенсивность, иррадиация). При заболеваниях печени и желчных путей боли локализуются в правом подреберье. Боль часто носит постоянный, ноющий характер, усиливается после физической нагрузки или погрешностей в диете.
2. Тошнота.
3. Рвота (характер, частота, приносит облегчение или без эффекта).
4. Отрыжка (воздухом, свежей пищей, тухлым содержимым, кислым, желчью).
5. Изжога (частота, интенсивность).
6. Нарушение аппетита (пониженный, повышенный, извращение вкуса).
7. Понос (характер, цвет, запах, наличие слизи, крови, гноя).
8. Запор (продолжительность, форма, цвет кала).
9. Вздутие живота.
10. Кожный зуд.
11. Желтушность кожных покровов.
12. Повышение температуры тела.
13. Снижение массы тела.
14. Слабость.

*История болезни.*

1. Причины.

2. Начало.

3. Развитие.

4. Проводившееся лечение (частота госпитализаций, длительность, эффективность, лекарственные средства).

*История жизни.*

1. Перенесенные заболевания (наличие вирусного гепатита, желтухи). 2. Характер питания (нерегулярное, еда всухомятку, грубая пища). 3. Наследственность (благоприятная, неблагоприятная).

4. Вредные привычки.

5. Семейно-бытовые условия.

6. Аллергия (пищевая, лекарственная, бытовая, наличие аллергических заболеваний).

7. Длительный прием гормонов, нестероидных противовоспалительных средств, противотуберкулезных препаратов.

*Физикальное обследование.*

1. Осмотр: может отмечаться желтушность склер, кожи, следы расчесов, снижение тургора кожи и тканей, сосудистые "звездочки", увеличение живота, отеки на ногах.

2. Пальпация: Живот может быть напряжен, болезненный локально или по всему животу, может определяться увеличенная болезненная печень, увеличенная селезенка.

*Лабораторные и инструментальные методы исследования* печени, желчевыводящих путей – УЗИ, холецистография, компьютерная томография, сканирование, пункционная биопсия печени, лапароскопия, дуоденальное зондирование. Биохимическое исследование крови: белковые фракции, протромбин, фибриноген, билирубин, холестерин, щелочная фосфатаза, трансаминазы, амилаза, липаза, ингибитор трипсина.

##### Проблема: Кожный зуд на фоне желтухи.

##### Цель:

##### 1) краткосрочная: пациент отметит уменьшение зуда через 3 дня лечения.

##### 2) долгосрочная: пациент отметит отсутствие зуда к моменту выписки.

##### Сестринские вмешательства.

|  |  |
| --- | --- |
| План | Мотивация |
| 1.Обеспечить питание в соответствии с щадящей диетой, ограничение режима. | Для улучшения функции печени |
| 2.Обеспечить гигиену кожи (обтирание, душ). | Профилактика кожного зуда |
| 3.Протирать кожу раствором антисептика | Уменьшение зуда, профилактика инфицирования расчесов |
| 4.Следить за кратностью стула | Не допустить задержки стула |
| 5.Наблюдать за состоянием пациента (пульс, АД, ЧДД) | Для своевременного распознавания и оказания помощи в случае возникновения осложнений |
| 6.Своевременно и правильно выполнять назначения врача | Для эффективного лечения |
| 7.Провести беседы: о необходимости соблюдения диеты и режима питания; о правилах приема лекарственных препаратов; о побочных эффектах лекарственной терапии | Для эффективного лечения и предупреждения осложнений |
| 8.Обеспечить подготовку к дополнительным исследованиям | Для правильно выполнения исследований |

**Оценка:** через 3 дня лечения пациент отметил отсутствие кожного зуда. Цель достигнута.

**Проблема: Дефицит знаний о своём заболевании.**

**Цель:**

1. краткосрочная: обеспечить пациента достаточной информацией о своём заболевании.
2. долгосрочная: пациент не будет испытывать дефицита знаний о заболевании.

*Сестринские вмешательства*

|  |  |
| --- | --- |
| План | Мотивация |
| 1.Провести санитарно-просветительную работу о данном заболевании | Для информирования пациента |
| 2.Провести личную беседу или организовать беседу с врачом |
| 3.Обеспечить пациента литературой о данном заболевании |

**Оценка:** пациент достаточно знает о своем заболевании. Цель достигнута.

**Проблема: Дефицит знаний о диете.**

**Цель:**

1. краткосрочная: через 2-3 дня пациент продемонстрирует знания по диете №5
2. долгосрочная: к моменту выписки пациент будет строго соблюдать назначенную диету

*Сестринские вмешательства*

|  |  |
| --- | --- |
| План | Мотивация |
| 1.Провести беседу с пациентом об особенностях диеты | Информирование пациента |
| 2.Убедить пациента в необходимости соблюдения диеты и рассказать о последствиях ее несоблюдения |
| 3.Обеспечить литературой о диете |  |
| 4.Обсудить данную литературу с пациентом | Убедиться в усвоении материала |
| 5.Провести беседу с родственниками о том, какие продукты можно приносить | Информирование родственников |
| 6.Проконтролировать передачу продуктов | Не допустить погрешностей в диете |

**Оценка:** Пациент знает о диете и соблюдает ее. Цель достигнута.

**Список литературы**

1. В.Г.Лычев, В.К.Карманов Основы сестринского дела в терапии, Ростов-на-Дону, Феникс, 2006
2. Энциклопедический справочник медицинской сестры, фельдшера и акушерки под ред. В.И.Бородулина, Москва, ОНИКС-АЛЬЯНС-В, 1999
3. Справочник практического врача под ред. А.И.Воробьева, Москва, БАЯН, 1994
4. Спутник терапевта под ред. Ю.Р.Ковалева, Санкт-Петербург, ИКФ "ФОЛИАНТ", 1999