

Медицинская сестра у постели глазного больного

Проф. А.Г. Ченцов

Публикуем статью из журнала «Медицинская сестра» за 1942 год.

Знания, которые получает медицинская сестра на курсах, дают только общие установки по уходу за глазами больными. Правда, сестрам читается курс по глазным болезням, но на него отводится очень незначительное количество часов; практические занятия сестры больше проходят на амбулаторном материале и как исключение один-два часа проводят в стационаре. Когда по окончании курса или уже после нескольких лет работы в терапевтическом или даже в хирургическом отделении медицинская сестра попадает в глазное отделение, она здесь первое время теряется, ей кажется всё необычным, особенным.

И действительно, уход за глазами больным представляет много особенностей.

Возьмем больного после операции катаракты (помутнение хрусталика). Такой больной должен неподвижно лежать на спине в течение суток; надо помнить, что на рану при катаракте никакого шва не накладывают, а потому всякое резкое движение головы, самостоятельный подъем её, вызывающее напряжение мышц, прилив крови к голове, к глазу, могут привести ко всевозможным осложнениям. Между тем бывают такие беспокойные больные, для которых нет никакой возможности пролежать без движения на спине целые сутки. Их волей-неволей приходится переключать в другое положение, на бок. Вот тут медицинская сестра должна помнить, что голова больного не должна испытывать никакого напряжения. Сестра с помощью няни должна положить больного на сторону здорового глаза (если оперирован правый глаз — на левый бок, и наоборот), чтобы оперированный глаз был сверху. Ночью должен быть организован строгий надзор за тем, чтобы больной во сне сам не ворочался на постели. В случае беспокойного поведения больного желательно организовать около него индивидуальный пост.

Особенно опасно, когда больной поднимает руки, закладывает их за голову; всегда существует опасение, что он может нечаянно задеть глаз, а это может повести к кровоизлиянию в глаз, раскрытию ранки и пр.

Лицо больного никоим образом нельзя закрывать полотенцем, платком и даже марлей так как это может привести к затруднению дыхания.

На постели надо уложить больного так, чтобы он чувствовал себя удобно, чтобы его ничто не беспокоило; особенно высоко голову укладывать не надо, если для этого нет особых показаний. Такие показания имеются, если при операции в передней камере глаза осталась кровь; чтобы она опустилась книзу, как мы говорим, на дно передней камеры, приходится такого больного оставить в полусидячем положении, для чего под спину ему подкладывают одну-две подушки или (как это делается у нас в клинике) подкладывают под спину и голову особые деревянные подставки приблизительно под углом в 45°, что дает больному возможность находиться в очень удобном полусидячем положении. На ночь такого больного надо все-таки положить обычным порядком, так как не все больные в состоянии спать в таком полусидячем положении.

Желательно, чтобы больные ночью спали, так как бессонница вызывает головную боль, беспокойное состояние, что часто ведет к неосторожным движениям.

Надо всячески предупреждать больного, чтобы он не кашлял и не чихал — чихание и кашель могут помешать склеиванию краев операционной ранки. Вообще нежелательно оперировать катаракту у больного, если он кашляет, но иногда приходится это делать; тогда для предупреждения кашля надо давать больному кодеин. Для предупреждения чихания больной должен почесать соответствующую щечотанию половину носа; этим очень успешно можно удерживать чихание.

Всегда возникает вопрос, как оперированный больной должен удовлетворять свои физиологические потребности. Желательно, чтобы и дефекация, и мочеиспускание больной совершал лежа в подкладное судно и мочеприемник. Не все больные умеют совершать это в лежачем положении. Таких больных приходится сажать в постели; при этом должны быть приняты все меры к тому, чтобы исключить всякое напряжение больного; сестра и няня должны самым тщательным образом поддерживать спину и голову больного, чтобы у него не возникало напряжение спинных и шейных мышц.

Накануне операции на ночь больному необходимо прочистить кишечник. Больному часов в 9 вечера дают 30,0 английской соли. Эта доза действует хорошо, и часов в 6 утра кишечник полностью освобождается от содержимого. Если этого не случилось, необходимо утром же сделать больному высокую клизму.

Обычно в день операции у больного не бывает стула, что можно только приветствовать, так как это дает возможность в день операции больных не тревожить, не поднимать.

Второй вопрос, — как кормить больного, может ли больной пользоваться ложкой.

Пища в первые дни операции должна быть только измельченной. Желательны бульон, рубленая котлета, каша, чай. Жевания необходимо избегать, тем более что твердыми кусочками больной может поперхнуться, а это может плохо отразиться на затягивании ранки. Таковую пищу дают больному все время пребывания его в стационаре, т. е. дней 12–14.

Горизонтальное положение больного обязательно в течение первых суток после операции. После первой перевязки, через сутки если со стороны глаз нет никаких осложнений, мы разрешаем больному посадить с помощью сестры и няни.

Больному разрешается сесть в постели, спустить ноги на пол только на 4-е сутки.

После операции ощущение тупой боли в глазу держится только в течение 2–3 часов; боль начинает ощущаться только спустя 20–30 минут после окончания операции, когда проходит действие кокаина или цитаина, применявшихся для анестезии при операции; после 2–3 часов почти никаких ощущений в глазу у больного не бывает, если конечно, заживление протекает нормально и никаких осложнений при операции не случилось.

Вот в силу этого-то отсутствия болевых ощущений, которое должно радовать хирурга, ибо указывает на то, что все протекает в глазу нормально, у больного появляется часто совершенно неверное представление, что опасность миновала, что он уже здоров, что он может делать все, что ему угодно. Как показывают клинические наблюдения, наиболее часто осложнения возникают именно у тех больных, которые делают это неправильное заключение.

Почему происходят эти осложнения?

Оказывается, что наиболее частой причиной осложнений в этом периоде является наклонение головы. Больной должен пойти в уборную, он должен найти свои тапочки; их нет на месте, они далеко задвинуты под кровать — больной низко наклоняется, и этого совершенно достаточно, чтобы у него произошло осложнение: в лучшем случае — кровоизлияние в переднюю камеру вследствие того, что из перерезанного при операции сосуда выскочила пробочка (тромб), в худшем — вскрытие операционной ранки, вытекание влаги передней камеры, а за ней, возможно, появление и другого содержимого глазного яблока.

Поэтому необходимо каждый день напоминать оперируемому о том, что он не должен наклоняться, так как это может повести к последствиям, часто непоправимым, когда глаз пропадает и больной слепнет.

К таким же дурным последствиям может привести больного и сон на стороне оперируемого глаза, и сильное натуживание при дефекации в случаях запора. Медицинская сестра должна каждый день осведомляться у оперированного относительно действий кишечника и в случае запора или «крепкого кишечника» давать ему слабительное или ставить клизму.

Нередко случается, что оперированный, не испытывая никаких болевых ощущений в глазу, позволяет себе тереть глаз пальцем; между тем давление на глаз может вызвать те осложнения, о которых говорилось выше. Об этом медицинская сестра должна многократно напоминать оперированным.

Как известно, катаракта (помутнение хрусталика) обычно бывает у пожилых людей. Часто в стационар поступают больные в возрасте 70–80 лет, малокультурные люди, у которых не только нет никаких понятий об асептике и антисептике, но и вообще отсутствуют понятия о санитарии и гигиене. Медицинская сестра должна проводить большую воспитательную работу среди больных. Одновременно сестра несет и большую ответственность за послеоперационное течение, от правильности которого зависит получение больным того, ради чего он пришел, — получение зрения.