

Питание больных

Группа: ОМ-426

Аязбаева Г.

Абуева М.

Туркестан 2014 год

План

1. Введение.

2. Питание больных.

2.1. Состав и энергетическая ценность пищи.

2.2. Организация питания и кормления больных.

2.3. Кормление тяжелобольных

2.4. Раздача пищи.

3. Заключение.

Введение.

Важнейшим компонентом общего ухода за больными является правильная организация диетического питания больных, что входит в обязанности медицинской сестры. *Диета* (греч. diaita – образ жизни, режим питания) – соблюдение здоровым или больным человеком определённого режима и рациона питания, т.е. качественного и количественного состава пищи, времени приёма её и т.д.

Медицинская сестра принимает участие в раздаче пищи и кормлении больных, проводит санитарно-просветительную работу в стационаре, поликлинике или на дому. Она должна точно выполнять все диетические предписания врача, уметь правильно объяснить больному и его родственникам необходимость исключения из пищевого рациона одних продуктов и добавления других, соблюдения определённого способа кулинарной обработки и режима питания.

Состав и энергетическая ценность ПИЦЦИ.

Пицца является для человека важнейшим источником энергии, воды, белков, жиров, углеводов, минеральных солей, витаминов и других веществ, необходимых для нормальной жизнедеятельности организма. Главное значение в энергетическом обеспечении последнего имеют белки, жиры и углеводы.

Количество энергии, выделяемое при окислении пищевых веществ, является показателем *энергетической ценности* (калорийности) пищи. Она рассчитывается на единицу массы пищи и выражается в килоджоулях (кДж). При окислении 1 г белка выделяется 17 кДж, 1 г жира – 39 кДж, 1 г углеводов – 17 кДж. Для удобства определения энергетической ценности блюд составлены специальные таблицы с указанием содержания белков, жиров, углеводов в 100 г продукта.

**Таблица 7.3. Содержание белков, жиров, углеводов
и энергетическая ценность некоторых пищевых продуктов (на 100 г)**

Продукт	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Калорийность, ккал
Хлеб ржаной	5	1	42,5	204
Крупа овсяная	10,8	6	61,1	351
Фасоль	19,2	1,9	50,3	303
Говядина 1-й категории	12	7,8	-	122
Свинина мясная	12	17,4	-	211
Куры 1-й категории	8,9	6,4	-	96
Печень говяжья	13,7	2,7	-	81
Карп прудовый	16	5	0,1	112
Масло сливочное	0,4	78,5	0,5	734
Молоко коровье	2,8	3,5	4,5	62
Творог нежирный	13,6	0,5	3,5	75
Яйцо куриное	9	9,7	0,3	127
Картофель	1,3	-	15,1	67
Капуста	1,2	-	4,1	22
Свекла	0,8	-	8,3	37
Морковь	1	-	6,1	29

Запомните!

- ❖ Суточная потребность здорового взрослого человека в энергии зависит от конституции, массы тела, роста, возраста, вида профессиональной деятельности (умственный или физический труд) и в среднем составляет от 9211 до 14635 кДж
- ❖ У больных, находившихся на постельном режиме, потребность в энергии несколько снижается (до 7537 – 8374 кДж)
- ❖ Рассчитывая пищевой рацион здорового или больного человека, следует добиваться не только достаточной энергетической ценности пищевых продуктов, но и сбалансированного содержания в них белков, жиров, углеводов, минеральных веществ, витаминов и воды.

Организация питания и кормления больных.

В организации питания больных, находящихся в стационаре, принимают участие как медицинские работники, так и работники пищеблока. Врач, проводящий обследование и лечение больного, назначает ему определенную диету, делая соответствующую пометку в истории болезни. Общее повседневное руководство питанием больных осуществляет врач-диетолог, который отвечает за правильное составление и применение лечебных диет, кроме того, оказывает консультативную помощь врачам отделений в выборе диетического стола для больных.

Разработаны 15 диет, назначаемых при различных заболеваниях, и специальные разгрузочные диеты, предусматривающие частичное голодание для разгрузки пораженных органов и систем. При сочетании у больного нескольких заболеваний ему подбирают индивидуальную диету.

Непосредственное руководство работой пищеблока (контроль за качеством продуктов, их закладкой, приготовлением пищи, доставкой в отделения) возлагают на диетсестру. Раздачу готовой пищи производят только после снятия пробы дежурным врачом стационара. Пища на пищеблоке готовится согласно порционнику, который ежедневно составляет главная сестра больницы. При составлении его главная сестра суммирует порционники, поступающие из отделений и из приемного покоя на больных, поступивших ночью.

к Инструкции по организации лечебного питания
в лечебно-профилактических учреждениях

Порционник

на питание больных « _____ » _____ 20__ г.

Отделение _____

Наименование отделения	Количество больных	Стандартные диеты				

Зав. отделением _____ (подпись)

Ст. медсестра отделения _____ (подпись)

Медсестра диетического _____ (подпись)

отделения _____

Доставку пищи осуществляют централизованно в определенной посуде на специальном автотранспорте, который нигде больше не используется. Бачки и кастрюли для пищи всегда должны быть чистыми и иметь крышки. В отделениях пища доставляется в раздаточную, где имеются нагревательные приборы: электрические или газовые плиты, горячая вода, мойки.

Раздачу пищи больным производят буфетчицы. Посуду моют в специальных мойках с горчицей, после чего ополаскивают под струей горячей воды и ставят в специальные сушильные шкафы или на сетки. Вилки и ложки сушат. Так моют посуду в соматических отделениях (терапии, хирургии и т. д.). Больные питаются в столовой с хорошим естественным освещением.

Стулья должны быть без мягкой обивки, чтобы их было легко протирать. После каждого приема пищи проводится уборка обеденных столов, а в конце дня столы моют горячей водой. Пищевые отходы собирают в закрытые бачки и своевременно выносят. Столовая, раздаточная должны содержаться в чистоте, за этим следят буфетчицы, но контролируют их старшая сестра и палатные медицинские сестры. При питании больных учитывают все внешние условия, связанные с приемом пищи: сервировку стола, внешний вид блюд, их запах, вкус, опрятный вид буфетчицы.

Обстановка в столовой должна быть спокойной. Медицинская сестра должна убедиться в значении питания для восстановления здоровья.

Запомните!

Для организации диетического питания прежде всего необходимо определить:

- Качественный состав пищи
- Характер кулинарной обработки
- Режим питания

Кормление тяжелобольных.

- ❖ Тяжелобольным пища привозится в палату в теплом виде на специальных передвижных столиках с подогревом.
- ❖ Перед приемом пищи должны быть закончены все лечебные процедуры.
- ❖ Одним больным нужно только помочь сесть, грудь прикрыть клеенкой или фартуком, другим – придвинуть прикроватный столик и придать полусидящее положение, приподняв подголовник, третьих нужно кормить.
- ❖ При кормлении тяжелобольного медицинская сестра левой рукой немного приподнимает голову больного, а правой подносит ему ложку или специальный поильник с пищей ко рту.
- ❖ В том случае, когда больной не может поднять голову, чтобы он не захлебнулся, можно пользоваться следующим способом кормления. На носик поильника надевают прозрачную трубку (8–10 мм диаметром и 25 см длиной), которую вводят в рот. После введения трубки в рот ее снимают пальцами, затем слегка поднимают и наклоняют поильник, одновременно разжимая пальцы на несколько секунд, чтобы в рот больного попала пища в объеме одного глотка (прозрачность трубки позволяет контролировать количество пропущенной пищи).

Раздачи пици.



- ❖ Оптимальной является централизованная система приготовления пищи, когда в одном помещении лечебного учреждения приготавливается пища для всех отделений, а затем доставляется в каждое в маркированных теплоизолирующих емкостях. В буфетной (раздаточной) каждого отделения стационара имеются специальные плиты (мармиты), обеспечивающие подогрев пищи паром в случае необходимости, так как температура горячих блюд должна быть 57–62 С, а холодных – не ниже 15С.
- ❖ Раздача пищи осуществляется буфетчицей и палатной медицинской сестрой в соответствии с данными палатного порционника. Пациенты, которым разрешено ходить, принимают пищу в столовой. Находящимся на постельном режиме пациентам буфетчица и(или) палатная медицинская сестра доставляют пищу в палату.
- ❖ Перед раздачей пищи для предупреждения передачи ВБИ они должны вымыть руки и надеть халат, маркированной «Для раздачи пищи».
- ❖ Санитарки, занятые уборкой помещений, к раздаче пищи не допускаются.
- ❖ До раздачи пищи следует закончить все лечебные процедуры и физиологические отправления больных. Младший медицинский персонал должен проветрить палаты, помочь пациентам вымыть руки. Если нет противопоказаний, можно слегка приподнять изголовье кровати. Нередко для кормления пациентов, находящихся на постельном режиме, используют прикроватные столики. Сестре следует определить, в какой помощи во время приема пищи нуждается пациент и поощрять его, если он пытается есть самостоятельно. Раздавая горячие напитки, нужно убедиться, что они не чрезмерно горячие, капнув себе на запястье несколько капель.



- ❖ Дайте пациенту время для подготовки к приему пищи. Помогите ему вымыть руки и занять удобное положение.
- ❖ Блюда следует подавать быстро, чтобы горячие блюда оставались горячими, а холодные не согрелись.
- ❖ Шею и грудь пациента следует накрыть салфеткой, а также освободить место на тумбочке или на прикроватном столике.
- ❖ Накормить тяжелобольного, часто страдающего отсутствием аппетита, непросто. От медицинской сестры требуется в подобных случаях умение и терпение.
- ❖ Для жидкой пищи можно пользоваться специальным поильником, а полужидкую пищу можно давать ложкой.
- ❖ Не следует разрешать пациенту разговаривать во время еды, так как при этом пища может попасть в дыхательные пути.
- ❖ Не нужно настаивать, чтобы пациент съел весь объем пищи сразу: после небольшого перерыва, подогрев пищу, можно продолжить кормление

- ❖ Не нужно оставлять на тумбочке у постели пациента остывшую пищу. Через 20—30 мин после раздачи пищи пациентам, которые принимали пищу самостоятельно, следует собрать грязную посуду.
- ❖ Для буфетной и столовой выделяется уборочный промаркированный инвентарь. После каждого приема пищи в столовой и буфетной проводят влажную уборку столов, пола с применением дезинфицирующих средств.
- ❖ Посуду вначале моют в специальных металлических ваннах с применением обезжиривающих средств (жидкость «Прогресс», порошок горчицы), ополаскивают в посудомоечной машине горячей водой, а затем подвергают дезинфекции. После дезинфекции посуду ополаскивают проточной водой и, не вытирая, ставят под сушку в вертикальные ячейки.
- ❖ Мочалки и ветошь, применявшиеся для протирания столов и мытья посуды, необходимо замочить в растворе дезинфицирующего средства, а затем прокипятить в течение
- ❖ 15 мин, просушить и хранить в специальном месте.

Кормление тяжелобольного ложкой

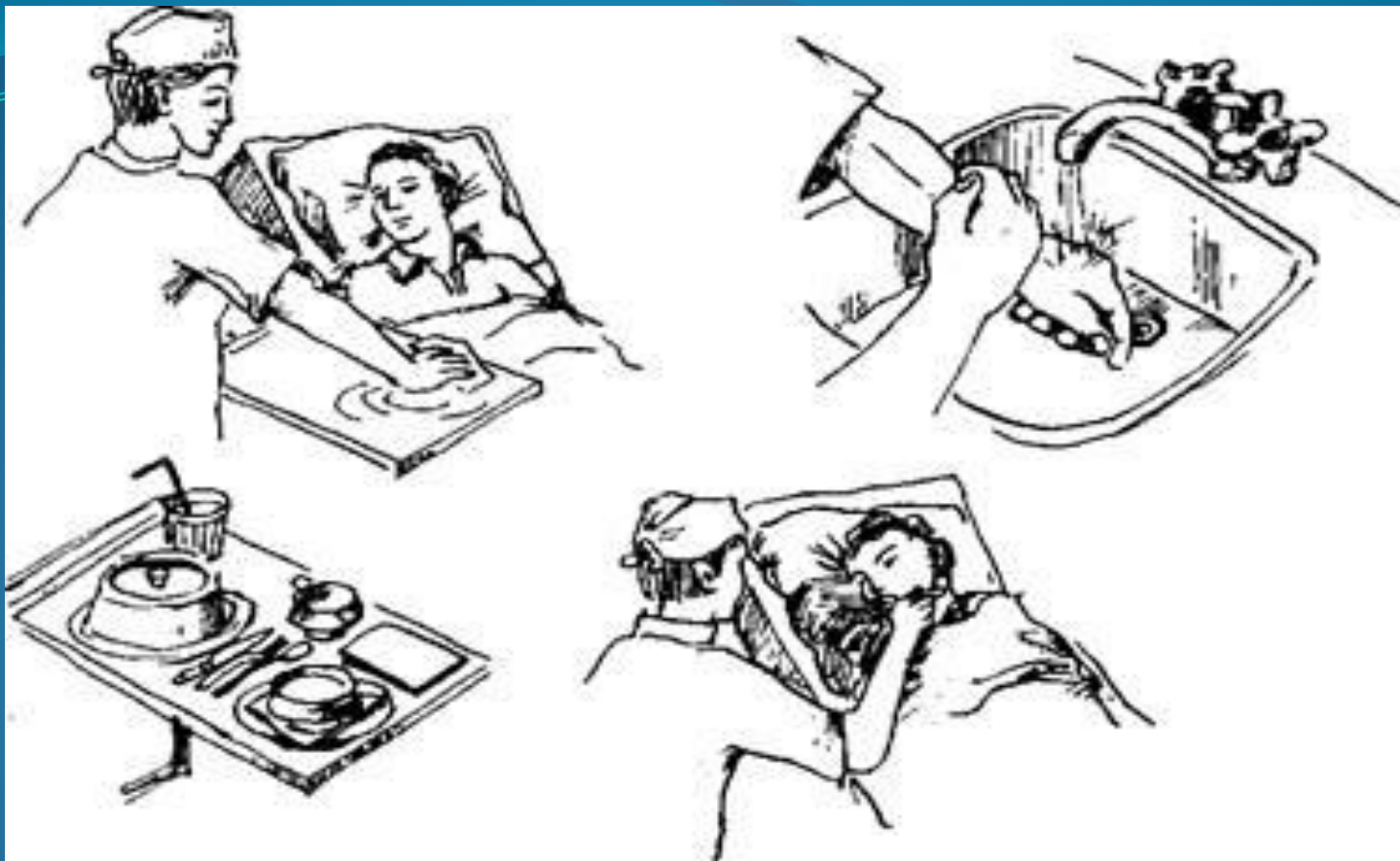
Показания: невозможность самостоятельно принимать пищу.

I. Подготовка к кормлению

1. Уточнить у пациента любимые блюда и согласовать меню с лечащим врачом или диетологом.
2. Предупредить пациента за 15 мин о том, что предстоит прием пищи, и получить его согласие.
3. Проветрить помещение, освободить место на тумбочке и протереть ее, или придвинуть прикроватный столик, протереть его.
4. Помочь пациенту занять высокое положение Фаулера.
5. Помочь пациенту вымыть руки и прикрыть его грудь салфеткой.
6. Вымыть руки.
7. Принести пищу и жидкость, предназначенные для еды и питья: горячие блюда должны быть горячими (60°), холодные — холодными.
8. Спросить пациента, в какой последовательности он предпочитает принимать пищу.

II. Кормление

9. Проверить температуру горячей пищи, капнув несколько капель себе на тыльную поверхность кисти.
10. Предложить выпить (лучше через трубочку) несколько глотков жидкости.
11. Кормить медленно:
 - 1) называть каждое блюдо, предлагаемое пациенту;
 - 2) наполнить ложку на 2/3 твердой (мягкой) пищей;
 - 3) коснуться ложкой нижней губы, чтобы пациент открыл рот;
 - 4) прикоснуться ложкой к языку и извлечь пустую ложку;
 - 5) дать время прожевать и проглотить пищу;
 - 6) предлагать питье после нескольких ложек твердой (мягкой) пищи.



12. Вытирать (при необходимости) губы салфеткой.
 13. Предложить пациенту прополоскать рот водой после еды.
- III. Завершение кормления
14. Убрать после еды посуду и остатки пищи.
 15. Вымыть руки.

Кормление тяжелобольного с помощью поильника

Показания: невозможность самостоятельно принимать твердую и мягкую пищу.

Оснащение: поильник, салфетка

I. Подготовка к кормлению

1. Рассказать пациенту, какое блюдо будет приготовлено для него (после согласования с врачом).
2. Предупредить пациента за 15 мин о том, что предстоит прием пищи и получить его согласие.
3. Проветрить помещение.
4. Протереть прикроватный столик.
5. Вымыть руки (лучше, если пациент будет видеть это)
6. Поставить на прикроватный столик приготовленную пищу.

II. Кормление

7. Переместить пациента набок или в положение Фаулера (если позволяет его состояние).
8. Прикрыть шею и грудь пациента салфеткой.
9. Кормить пациента из поильника небольшими порциями (глотками).

Примечание.

В течение всей процедуры кормления пища должна быть теплой и выглядеть аппетитно.

III. Окончание кормления

10. Дать прополоскать рот водой после кормления.
11. Убрать салфетку, покрывающую грудь и шею пациента.
12. Помочь пациенту занять удобное положение.
13. Убрать остатки пищи. Вымыть руки



Искусственное питание

Иногда нормальное питание пациента через рот затруднено или невозможно (некоторые заболевания органов полости рта, пищевода, желудка). В подобных случаях организуют искусственное питание.

Искусственное питание можно осуществить при помощи зонда, введенного в желудок через рот или нос, либо через гастростому. Можно вводить питательные растворы при помощи клизмы, а также парентерально, минуя пищеварительный тракт.

Кормление через зонд

Медицинская сестра должна хорошо владеть методикой питания больного через зонд, причиняя больному минимальные неприятные ощущения.

Для этой процедуры нужно приготовить:

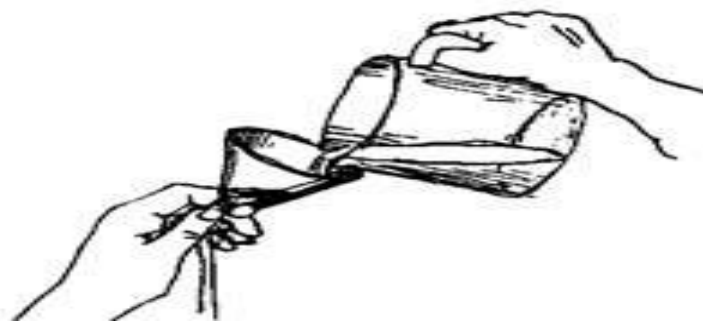
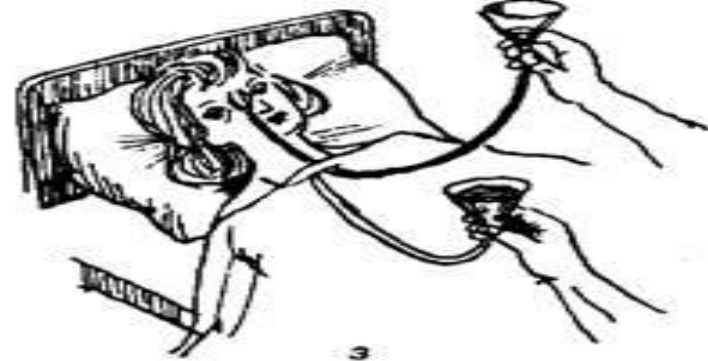
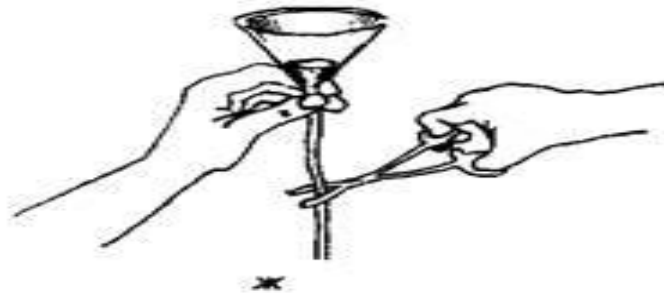
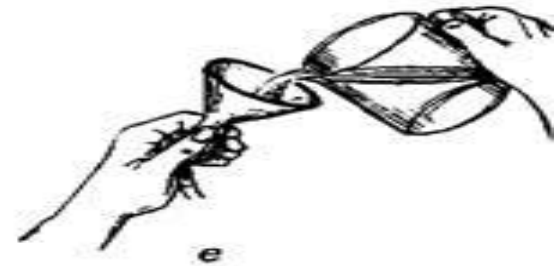
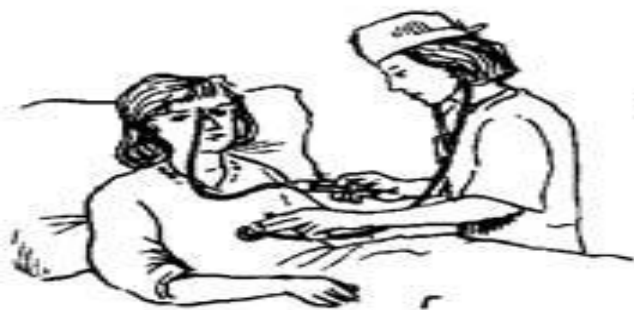
- стерильный тонкий резиновый зонд диаметром 0,5—0,8 см;
- вазелин или глицерин;
- воронку или шприц Жане;
- жидкую пищу.

Последовательность действий.

1. Обработать зонд вазелином или глицерином.
2. Через нижний носовой ход ввести зонд на глубину 15—18 см.
3. Пальцами левой кисти определить его положение в носоглотке и прижать его к задней стенке глотки. Без такого контроля пальцем зонд может попасть в трахею.
4. Голову больного слегка наклонить вперед и правой рукой продвинуть зонд до средней трети пищевода; если воздух во время выдоха не выходит, и голос больного сохранен, значит, зонд в пищеводе.
5. Соединить свободный конец зонда с воронкой.
6. Медленно вылить в воронку подготовленную пищу.
7. Затем влить в воронку чистую воду с целью промывания зонда и удалить воронку.
8. Наружный конец зонда укрепить на голове больного так, чтобы он не мешал ему.

Зонд не извлекать в течение всего периода кормления, который продолжается обычно 2—3 недели.

В качестве пищи для зондового питания можно использовать сладкий чай, сырые яйца, морс, минеральную воду без газа, бульон, сливки. Однократно через зонд можно вводить не более 600—800 мл. Для этой цели имеется специальный препарат ЭНПИТ, представляющий собой гомогенизированную эмульсию, сбалансированную по белкам, жирам, углеводам, витаминам и минеральным солям..



Кормление больного через гастростому

Данную операцию (наложение гастростомы) производят при непроходимости пищевода и стенозе (сужении) привратника. Гастростома в переводе с греческого (gaster— «желудок», stoma — «рот, отверстие») — «свищ желудка».

Гастростомическая трубка представляет собой резиновую трубку, выход которой обычно располагается в области левой прямой мышцы живота. Методика кормления через гастростому проста: к свободному концу зонда присоединяют воронку, через которую малыми порциями (50 мл) 6 раз в сутки вводят в желудок подогретую жидкую пищу. Постепенно объем вводимой пищи увеличивают до 25—500 мл, а число кормлений уменьшают до четырех раз. Иногда больному разрешают самостоятельно разжевать пищу, затем ее разводят в стакане с жидкостью и уже в разбавленном виде вливают в воронку. При таком варианте кормления сохраняется рефлекторное возбуждение желудочной секреции.



Питание при помощи клизмы

Капельные (питательные) клизмы рассчитаны на резорбтивное воздействие на организм. Применяют для введения в кишечник большого питательных лекарственных средств. Используют 0,85%-ный раствор хлорида натрия, 5%-ный раствор глюкозы, 15%-ный раствор аминокислот. Данный способ питания применяют при невозможности осуществления ни естественного питания, ни парентерального. Капельную клизму ставят через 20—30 минут после очистительной. Для капельной клизмы следует приготовить:

- кружку Эсмарха (резиновую, эмалированную или стеклянную);
- две резиновые трубки, соединенные с капельницей;
- толстый желудочный зонд. Резиновые трубки и зонд соединены стеклянной трубкой. На резиновой трубке выше капельницы должен быть укреплен винтовой зажим;
- лекарственный раствор, подогретый до 38—40°C. Его наливают в кружку Эсмарха, подвешенную на штативе. Чтобы раствор не остывал, кружку обертывают ватным чехлом или грелкой;
- вазелин.

Последовательность действий:

1. Уложить больного в удобное для него положение (можно на спину).
2. Открыв зажим, заполнить систему раствором (из желудочного зонда должен появиться раствор) и закрыть зажим.
3. Ввести в прямую кишку смазанный вазелином зонд на глубину 20-30 см.
4. Зажимом отрегулировать скорость поступления капель, не быстрее 60—100 в минуту. Во время этой процедуры медицинская сестра должна следить, чтобы сохранялась постоянная скорость, и раствор оставался теплым.

Парентеральное питание

Его назначают больным с явлениями непроходимости пищеварительного тракта, при невозможности нормального питания, после операций на пищеводе, желудке, кишечнике и т.д., истощенным больным при их подготовке к операции.

При проведении инфузии питательных веществ через подключичную вену возможно развитие таких осложнений, как инфицирование катетера, холестаз (застой желчи), поражение костей, дефицит микроэлементов. Поэтому к парентеральному питанию стоит прибегать в исключительных случаях и по строгим показаниям



Для этой цели используют препараты, содержащие продукты гидролиза белков, аминокислоты: гидролизин, белковый гидролизат казеина, фибриносол, а также искусственные смеси аминокислот — альвезинновый, левамин, полиамин; жировые эмульсии — липофундин, индралипид, 10%-ный раствор глюкозы до 1 — 1,5 л в сутки. Кроме того, обязательно вводят до 1 л растворов электролитов, витамины группы В, аскорбиновую кислоту. Средства для парентерального введения вводят внутривенно капельно. Перед введением их подогревают на водяной бане до температуры тела 37 °С. Необходимо строго соблюдать скорость введения препаратов: гидролизин, белковый гидролизат казеина, фибриносол, полиамин в первые 30 минут вводят со скоростью 10—20 капель в минуту, а при хорошей переносимости скорость введения увеличивают до 40—60 капель в минуту.

Полиамин в первые 30 минут вводят со скоростью 10—20 капель в минуту, а затем 25—30 капель в минуту. Более быстрое введение нецелесообразно, так как избыток аминокислот не усваивается и выводится с мочой.

Липофундин S (10%-ный раствор) вводят в первые 10—15 минут со скоростью 15—20 капель в минуту, а затем постепенно в течение 30 минут увеличивают скорость введения до 60 капель в минуту. Все препараты вводят в течение 3—5 ч в количестве 500 мл. При быстром введении белковых препаратов у больного могут возникнуть ощущение жара, гиперемия лица, затруднения дыхания.

Заключение.

Наука о питании включает в себя большое число важных теоретических и практических аспектов. Многие стороны этой проблемы изучают такие разделы медицины, как физиология и гигиена питания, диетология и др.

В плане общего ухода за больными целесообразным представляется освещение основных вопросов организации лечебного питания, изложение принципов искусственного питания.

Одним из основных принципов лечебного питания больных в стационаре является режим питания и сбалансированность пищевого рациона (количество пищевых продуктов, обеспечивающих суточную потребность человека в питательных веществах и энергии).

Список используемой литературы и интернет-ресурсов:

http://www.studmed.ru/view/pitanie-bolnyh-diety_

http://www.nnre.ru/medicina/spravochnik_po_uhodu_za_bolnymi/p2.php

<http://y-ra.com/>

***Спасибо за
внимание!***