

ФГБОУ «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ
Факультет среднего профессионального образования



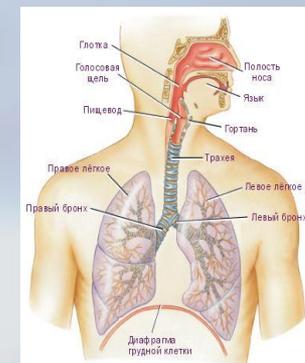
**«Принципы ухода при
нарушении в нормальном
дыхании, адекватном питании и
питье»**

**Преподаватель:
Левковская Е.Н**



Основные функции органов дыхания - обеспечение организма кислородом, необходимым для нормальной жизнедеятельности углекислого газа и воды.

- **Частота, глубина и ритм дыхательных движений регулируются** дыхательным центром и корой головного мозга.
- **Раздражение дыхательного и усиление интенсивности дыхания возможны** при повышении в крови содержания углекислого газа и уменьшении концентрации кислорода. Это наблюдается при физической нагрузке, эмоциональном напряжении, а также при различных заболеваниях органов дыхания, которые сопровождаются затруднением легочной вентиляции (пневмония, эмфизема легких, пневмосклероз, бронхит, бронхиальная астма и т.д.).
- **Избыточная концентрация кислорода в крови** наблюдается при гипервентиляции или вдыхании чистого кислорода, может привести к угнетению дыхательного центра и к остановке дыхания.

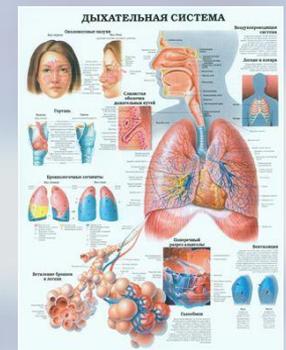




Потребность в кислороде - нормальном дыхании, одна из основных физиологических потребностей человека.

При недостатке кислорода дыхание становится частым и поверхностным, появляется одышка, кашель.

Для оценки удовлетворения потребности в нормальном дыхании проводится субъективное обследование - *расспрос*, и объективное - осмотр пациента.





Определение Частоты дыхательных движений ЧДД, нормальные показатели, регистрация.

- Процесс газообмена складывается из **внешнего и внутреннего** (тканевого) дыхания.
- **Внешнее дыхание** – это доставка кислорода в кровь.
- **Внутреннее дыхание** – перенос кислорода из крови к органам и тканям организма. Критерии обеспечения внутреннего дыхания – это показатели P_s , АД, цвет кожных покровов и слизистых.
- В физиологических условиях дыхательные движения грудной клетки совершаются за счет сокращения главных дыхательных, межреберных мышц, диафрагмы и мышц брюшной стенки.

Группа мышц, вовлеченных в глубокое дыхание (область шеи, межреберные мышцы, диафрагма)

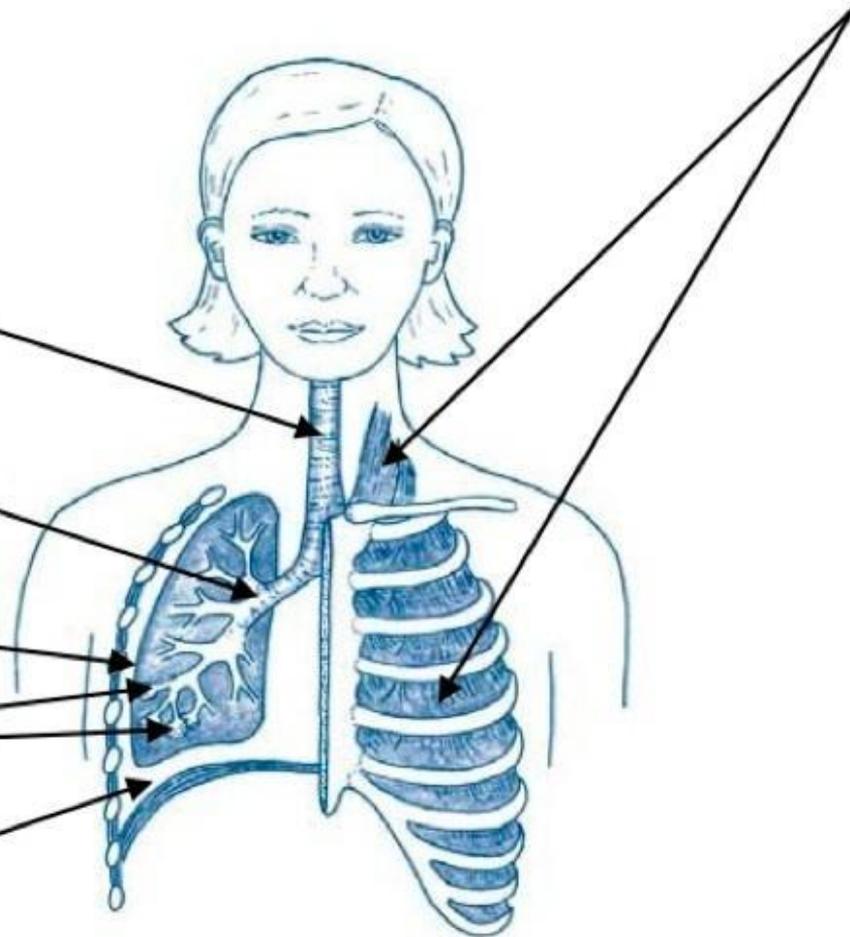
Трахея

Бронхи

Легкие

Альвеолы

Диафрагма



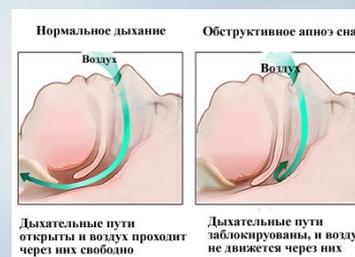
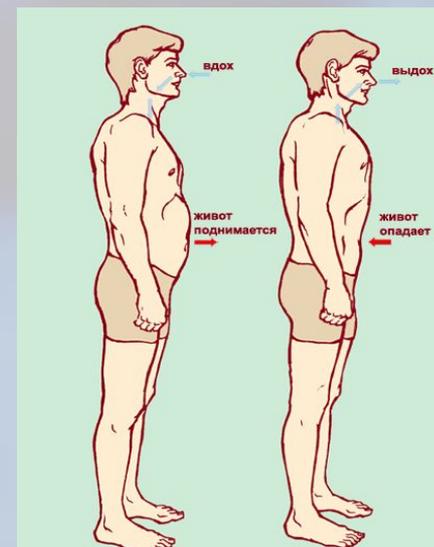
Мышцы, вовлеченные в дыхание



1. Внешнее дыхание.

- Частота дыхательных движений - количество дыханий за 1 минуту. Дыхание состоит их фаз вдоха и выдоха, которые осуществляются в определенном постоянном ритме
- - 16 – 20 в минуту у взрослых
- - 40 – 45 в минуту у новорожденных.
- у женщин ЧДД на 2-4 больше, чем у мужчин.

Зависит ЧДД также от положения тела, состояния нервной системы, возраста, температуры тела и т.д.





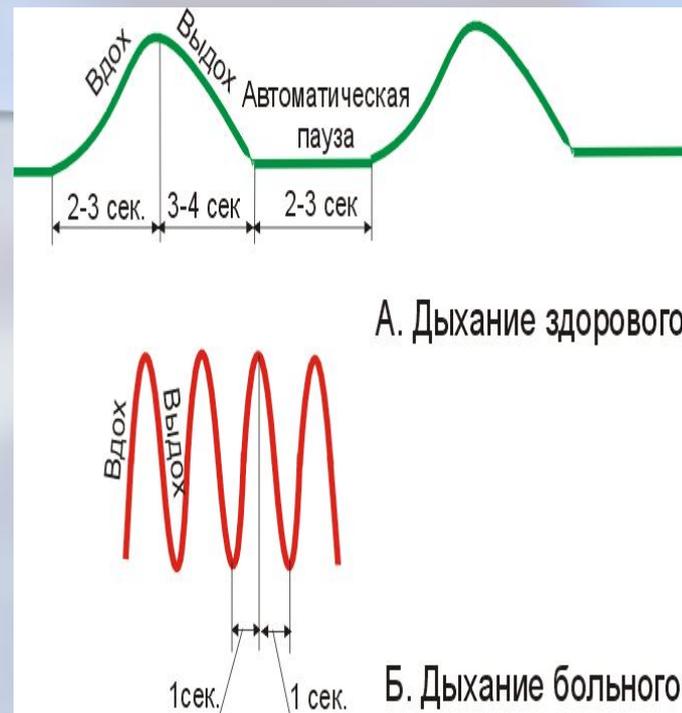
Частота дыхания — зависит от

положения тела:

- лежа — 14 — 16 в минуту;
- ❖ сидя — 16-18 в минуту
- ❖ в вертикальном положении — 18 — 20 в минуту.
- ❖ у спортсменов и тренированных людей — 6-8 минуту.

■ От режима физической активности:

- во время сна — 12 — 14 в минуту;
- учащение при физической нагрузке.





- ***Ритм дыхательных движений*** – это дыхательные движения через определенные промежутки времени. Если эти промежутки одинаковые – дыхание **ритмичное**, если нет **аритмичное**.



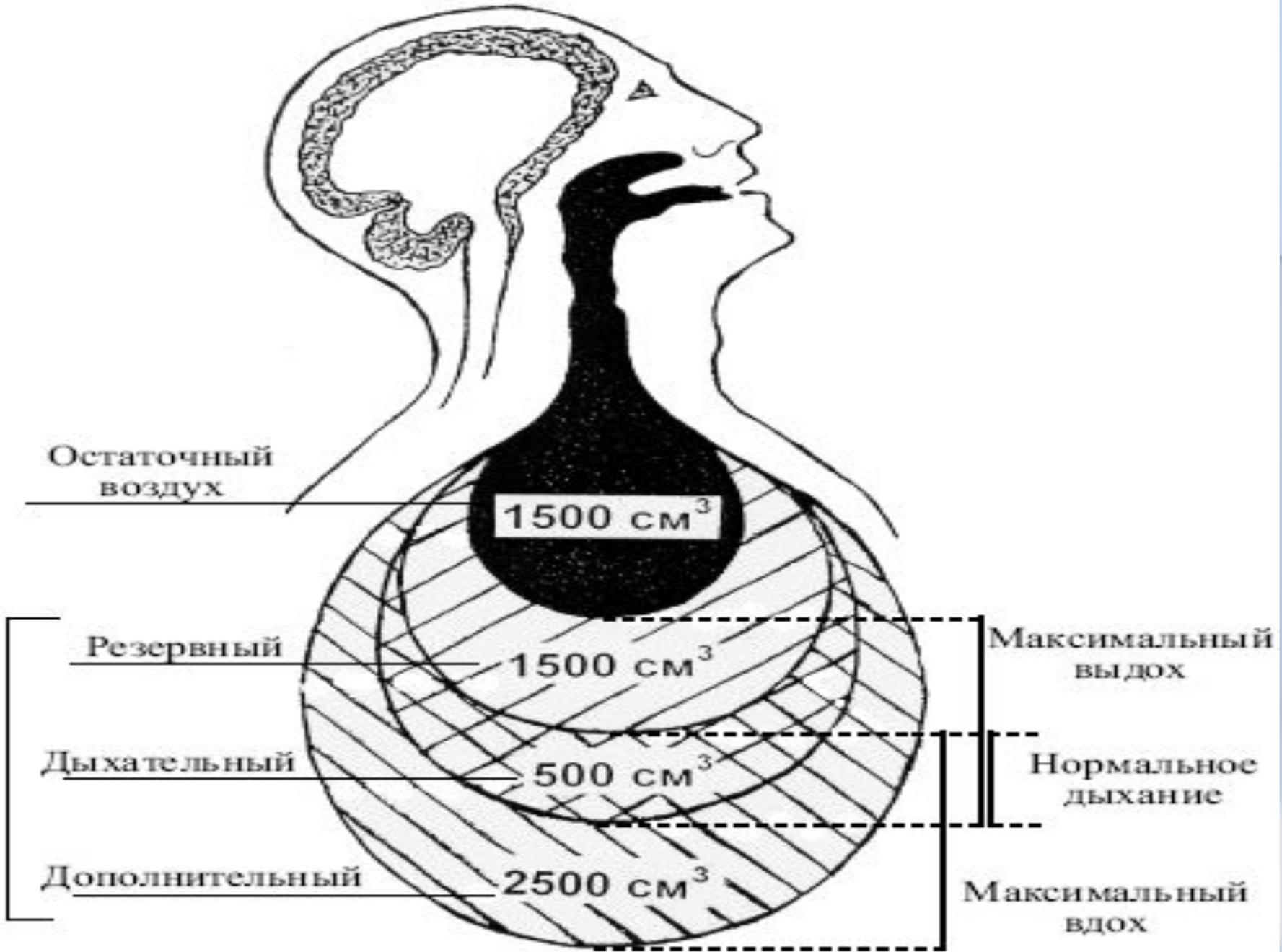


■ Наблюдение за дыханием следует проводить незаметно для пациента, так как он может произвольно изменить частоту, ритм, глубину дыхания.

ЧДД относится к ЧСС в среднем как 1:4. При повышении температуры тела на 1° C дыхание учащается в среднем на 4 дыхательных движений.

■ **Глубина дыхания** - определяется по объему вдыхаемого и выдыхаемого воздуха в спокойном состоянии и составляет в среднем 500 мл. *В зависимости от изменения глубины,* дыхание может быть **нормальным, глубоким или поверхностным.**

Жизненная емкость легких 3500—5000 см³





Различают три физиологических типа дыхания:

- 1). Грудной тип – дыхательные движения осуществляются в основном за счет сокращения межреберных мышц. Грудная клетка во время вдоха расширяется и слегка приподнимается, а во время выдоха сужается и незначительно опускается. Такой тип дыхания характерен для женщин.
- 2). Брюшной тип – дыхательные движения осуществляются за счет сокращения мышц диафрагмы и мышц брюшной стенки. Движения мышц диафрагмы повышает внутрибрюшное давление и при вдохе брюшная стенка смещается вперед. При выдохе диафрагма расслабляется и поднимается, что смещает брюшную стенку назад. Этот тип дыхания называют диафрагмальным. Он встречается преимущественно у мужчин.
- 3). Смешанный тип – дыхательные движения совершаются одновременно при помощи сокращения межреберных мышц и диафрагмы. Такой тип дыхания встречается у спортсменов и детей.



Возрастные особенности структуры и функции органов дыхания.

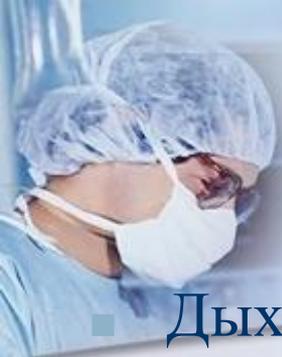
■ Изменение типа дыхания.

- Диафрагмальное дыхание сохраняется вплоть до второй половины первого года жизни. По мере роста ребенка грудная клетка опускается вниз и ребра принимают косое положение. При этом у грудных детей наступает смешанное дыхание (грудобрюшное), причем более сильная подвижность грудной клетки наблюдаются в ее нижних отделах. В связи с развитием плечевого пояса (3-7 лет) начинает преобладать грудное дыхание. К 7-летнему возрасту дыхание становится преимущественно грудным.
- С 8-10 лет возникают половые различия в типе дыхания: у мальчиков устанавливается преимущественно диафрагмальный тип дыхания, а у девочек - грудной.



Изменение ритма и частоты дыхания с возрастом.

- У новорожденных и грудных детей дыхание аритмичное. Аритмичность выражается в том, что глубокое дыхание сменяется поверхностным, паузы между вдохами и выдохами неравномерны. Продолжительность вдоха и выдоха у детей короче, чем у взрослых: вдох равен 0,5-0,6 сек (у взрослых - 0,98-2,82 сек), выдох - 0,7-1 сек (у взрослых - от 1,62 до 5,75 сек).
- Частота дыхательных движений у детей уменьшается с возрастом. У плода она колеблется в пределах 46-64 в минуту. Постепенное уменьшение происходит к 14-15-летнему возрасту, когда частота дыханий приближается к ее величине у взрослого.



- Дыхание новорожденных и грудных детей в бодрствующем состоянии очень неравномерно, оно более спокойно во время сна.
- До 8 лет частота дыханий у мальчиков больше, чем у девочек. К периоду полового созревания частота дыханий у девочек становится больше, и это соотношение сохраняется в течение всей жизни.
- Частота дыхания у детей значительно больше, чем у взрослых, изменяется под влиянием различных воздействий. Она увеличивается при психических возбуждениях, небольших физических упражнениях, незначительном повышении температуры тела и среды.



Изменение с возрастом величины дыхательного и минутного объемов легких, их жизненной емкости.

Возраст	Величина дыхательного объема (в мл)
Новорожденный	30-35
2-3 года	86-114
8-10 лет	170-230
14-15 лет	300-375
16-17 лет	400-420
Взрослый	450-500



При нарушении удовлетворении потребности дышать может появиться:

- **Одышка** - изменение частоты, глубины, ритма дыхания, нарушение соотношения фаз вдоха и выдоха, сопровождающееся субъективным ощущением недостатка воздуха или затруднением дыхания.
- **ДИСПНОЭ** – одышка, чувство нехватки воздуха, потребность усилить дыхание.

Различают одышку физиологическую и патологическую.

- **Физиологическая одышка** возникает после физических упражнений или эмоционального напряжения.
- **Патологическая** - при заболеваниях органов дыхания, сердечно-сосудистой и кровеносной систем, при отравлении некоторыми ядами.

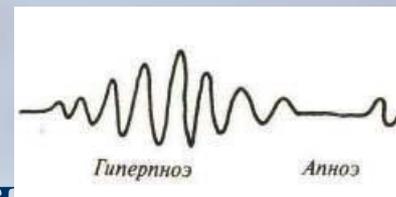




При нарушениях дыхательной деятельности можно выявить ряд характерных признаков:

1. При изменении ЧДД:

- **тахипноэ** - учащенное дыхание с частотой более 20 в 1 минуту 
- **брадипноэ** - редкое дыхание с частотой менее 14 в 1 минуту.
- **апноэ** - отсутствие дыхания.
- **гиперпноэ**—углубленное, нормальное по частоте дыхание.





2. При нарушении фаз дыхания:

- **инспираторная одышка** – затруднение и усиление вдоха при наличии механического препятствия в верхние дыхательные пути; (дифтерия, спазм голосовой щели, отек гортани, пневмоторакс, сердечная недостаточность).

- **экспираторная одышка** – затруднение и усиление выдоха, что характерно для бронхиальной астмы и эмфиземы легких.

- **смешанная одышка** - затруднение вдоха и выдоха, что возникает при уменьшении дыхательной поверхности легких любого происхождения. Смешанная одышка бывает *временной* — при пневмонии, пневмотораксе (сдавление легких воздухом) и *постоянной* — при эмфиземе легких.

- **стридорозное дыхание** – при значительном сужении бронхов вдох резко затруднен, и дыхание сопровождается шумом, свистом и хрипением, как будто воздух насасывается в легкие.



■ Боли в грудной клетке возникает при вовлечении в патологический процесс листков плевры.

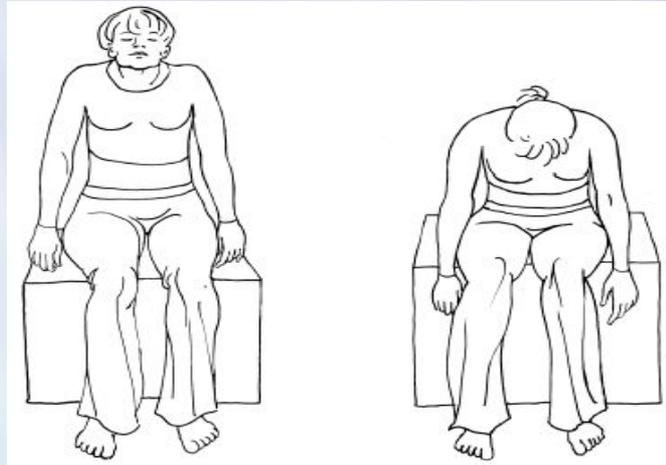
Следует уточнить у пациента: локализацию боли, интенсивность и характер боли, причину усиления или уменьшения боли.





Оценивая состояние пациента, необходимо обратить внимание на его положение:

- ❖ **вынужденное сидя – ортопноэ;**

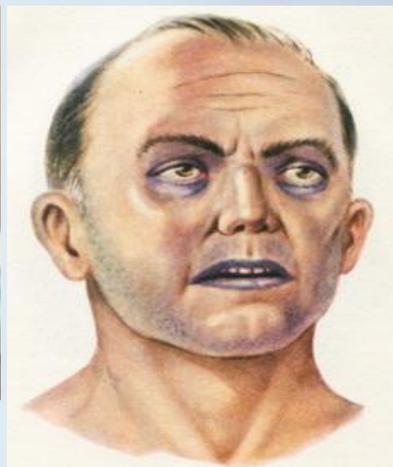


- ❖ **вынужденное – на больном боку.**
- ❖ **цвет кожных покровов и слизистых оболочек - цианоз, бледность.**

Необходимо определить частоту, глубину и ритм дыхательных движений, а также исследовать пульс.



■ Изменение цвета кожных покровов. Чаще всего развивается **цианоз**, но ещё более опасной является **серая бледность**, так называемый **землистый цвет** холодной, покрытой липким потом кожи. Острая дыхательная недостаточность сопровождается учащением пульса.



Субъективные ощущения больных при одышке,
которые представлены в виде таблиц.

Таблица 2. Визуальная аналоговая шкала (модифицированная по Borg)

Одышка выражена очень сильно



10 нестерпимо тяжело дышать

9 одышка выражена очень сильно

8

7 одышка выражена сильно

6

5 одышка выражена сильно,

4 но терпеть можно

3 одышка выражена; она средней степени тяжести

2 одышка беспокоит незначительно

1 одышка едва беспокоит

Одышка не беспокоит

Таблица 1. Классификация одышки по степени выраженности (тяжести)
(*Medical Research Council Grading System*, часто используется аббревиатура *MRC*)

Степень тяжести	Симптомы
0	Одышка не беспокоит, за исключением напряженного физического усилия
1	Одышка появляется при подъеме на небольшое возвышение или же когда приходится торопиться
2	Больной человек идет медленнее, чем люди его возраста, из-за того, что его беспокоит одышка, или же он вынужден остановиться, чтобы перевести дыхание из-за нарастающей одышки
3	Больной человек останавливается каждые 100 м из-за возникающей одышки или же через несколько минут после того, как он пошел
4	Больной человек остается дома из-за выраженной одышки, интенсивность ее резко возрастает даже тогда, когда он одевается или раздевается

Таблица 3. Язык одышки

Мне трудно сделать вдох	My breath does not go in all way
Я вынужден прикладывать дополнительное усилие, чтобы дышать	My breathing requires effort
Я чувствую, как я задыхаюсь	I feel that I am smothering
Я чувствую, что мне не хватает воздуха	I fell a hunger for more air
Мое дыхание тяжелое	My breathing is heavy
Я не могу сделать глубокого вдоха	I cannot take a deep breath
Я чувствую, как мое дыхание останавливается	I feel out my breath
Моя грудь стеснена	My chest feels tight
Мое дыхание нуждается в более напряженной работе	My breathing requires more work
Я чувствую, как мое дыхание останавливается	I feel that my breath stops
Я чувствую свое трудное дыхание	I feel I am gasping for breath
Моя грудь сдавлена	My chest is constricted
Я ощущаю свое частое дыхание	I feel that my breathing is rapid
Мое дыхание поверхностное неглубокое	My breathing is shallow
Я чувствую, как я нуждаюсь в еще большем дыхании	I feel that I am breathing more
Я не могу сделать глубокого вдоха	I cannot get a deep breath
Я не могу выдохнуть до конца	My breath does not go out all the way

Таблица 4. Качественная характеристика кластеров (по Simon et al., 1990)

Название кластера	Фраза, характерная для данного кластера
Частота (Rapid)	Меня беспокоит частое дыхание (I feel my breathing is rapid)
Выдох (Exhalation)	Мне трудно выдохнуть (My breath does not go out all the way)
Неглубокое дыхание (Shallow)	Мне трудно вдохнуть (My breath does not go in all the way)
Работа (усилия) (Work)	Мое дыхание требует напряжения (My breathing requires effort)
Удушье (Suffocating)	Меня беспокоит удушье (I feel that I am smothering)
Нехватка воздуха (Hunger)	Мне не хватает воздуха (I cannot get enough air)
Сжатие (Tight)	Моя грудь стеснена (My chest feels tight)
Тяжесть (Heavy)	Мое дыхание тяжелое (My breathing is heavy)



Таблица 5. Характеристика основных жалоб на одышку при различных заболеваниях

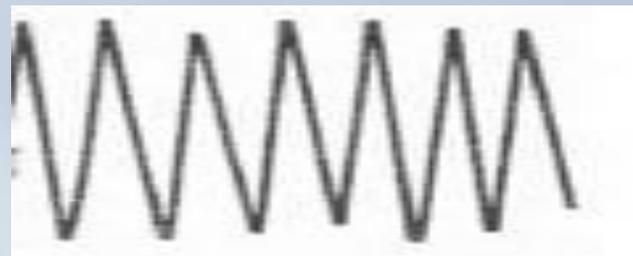
Кластер	Жалобы
ХОБЛ	
Работа/усилие	Мое дыхание затруднено (51 %)
Работа/усилие	Я чувствую, как мое дыхание останавливается (49 %)
Работа/усилие	Я не могу вдохнуть (38 %)
БА	
Работа/усилие	Я не могу вдохнуть (50 %)
Стеснение в груди	Моя грудь стеснена (41 %)
Работа/усилие	Мое дыхание затруднено (29 %)
Интерстициальные заболевания легких	
Работа/усилие	Я чувствую, как мое дыхание останавливается (54 %)
Работа/усилие	Мое дыхание затруднено (35 %)
Частота	Меня беспокоит учащенное дыхание (30 %)
Работа/усилие	Я не могу вдохнуть (30 %)
Застойная сердечная недостаточность	
Работа/усилие	Мое дыхание затруднено (47 %)
Работа/усилие	Я чувствую, как мое дыхание останавливается (35 %)
Стеснение в груди	Моя грудь стеснена (29 %)
Вдох	Мне трудно вдохнуть (29 %)
Выдох	Мне трудно выдохнуть (29 %)
Муковисцидоз	
Стеснение в груди	Моя грудь стеснена (56 %)
Работа/усилие	Мне трудно дышать (44 %)
Работа/усилие	Я чувствую, как мое дыхание останавливается (33 %)
Тяжесть в груди	Я ощущаю тяжесть в груди (33 %)
Нейромышечные заболевания	
Работа/усилие	Мне трудно дышать (67%)
Работа/усилие	Я не могу вдохнуть полной грудью (50%)
Вдох	Мне трудно вдохнуть (33 %)
Частота	Меня беспокоит учащенное дыхание (33 %)
Гипервентиляционный синдром	
Работа/усилие	Я чувствую, как мое дыхание останавливается (63 %)
Работа/усилие	Мне трудно дышать (38 %)
Частота	Меня беспокоит учащенное дыхание (38 %)
Работа/усилие	Мое дыхание затруднено (38 %)



3. При нарушении ритма дыхательных движений:

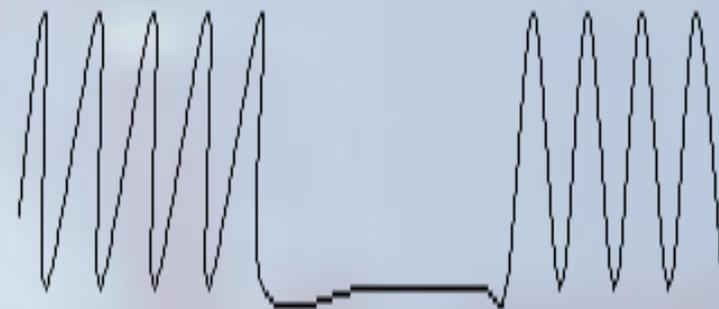
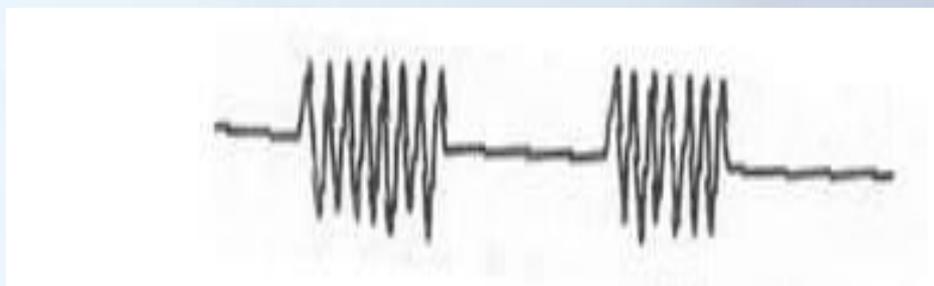
Патологические типы дыхания

- **Большое дыхание Куссмауля** — редкое, глубокое, шумное, между которыми имеются продолжительные паузы наблюдается при глубокой коме (длительная потеря сознания); Возникает при тяжелой интоксикации, связанной с нарушением обмена веществ, обычно в условиях тяжелого ацидоза, при диабетической или уремической коме.



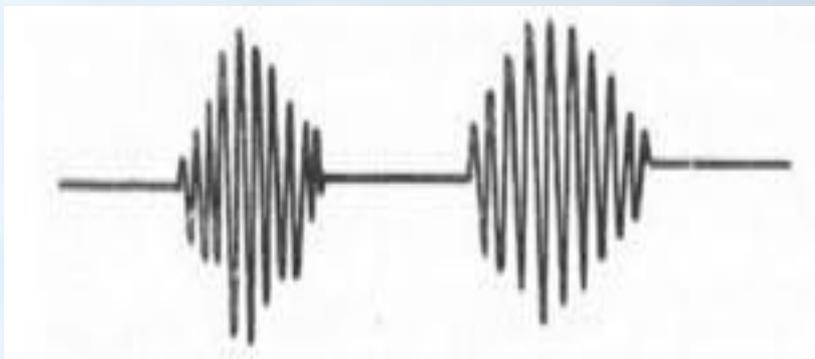


Дыхание Биотта - периодическое дыхание, при котором происходит правильное чередование периода поверхностных дыхательных движений и пауз, равных по продолжительности (от нескольких минут до минуты) – **апноэ**. Наблюдается при воспалительных процессах мозга и его оболочек, при тепловом ударе, интоксикации.





■ **Дыхание Чейна-Стокса** — характеризуется периодом нарастания частоты и глубины дыхания, которое достигает максимума на 5—7-м дыхании, с последующим периодом убывания частоты и глубины дыхания и очередной длительной паузой, равной по продолжительности (от нескольких секунд до 1 минуты). Может возникать в случае нарушения мозгового кровообращения, при декомпенсированных пороках сердца, склерозе сосудов мозга, его эмболиях, кровоизлияниях в мозг, при опухолях мозга и его оболочек, повышении внутричерепного давления.





- **Волнообразное дыхание Грокка** – колебание глубины дыхания, как и при дыхании Чейн-Стокса, но вместо дыхательных пауз наблюдается слабое поверхностное дыхание.

①



дыхание **Грокка**

Переходный тип патологического дыхания, предшествующий периодическому

Типы патологического дыхания

①



дыхание **Грокка**

Переходный тип патологического дыхания, предшествующий периодическому

②



дыхание **Чейна-Стокса**

③



дыхание **Биота**

④



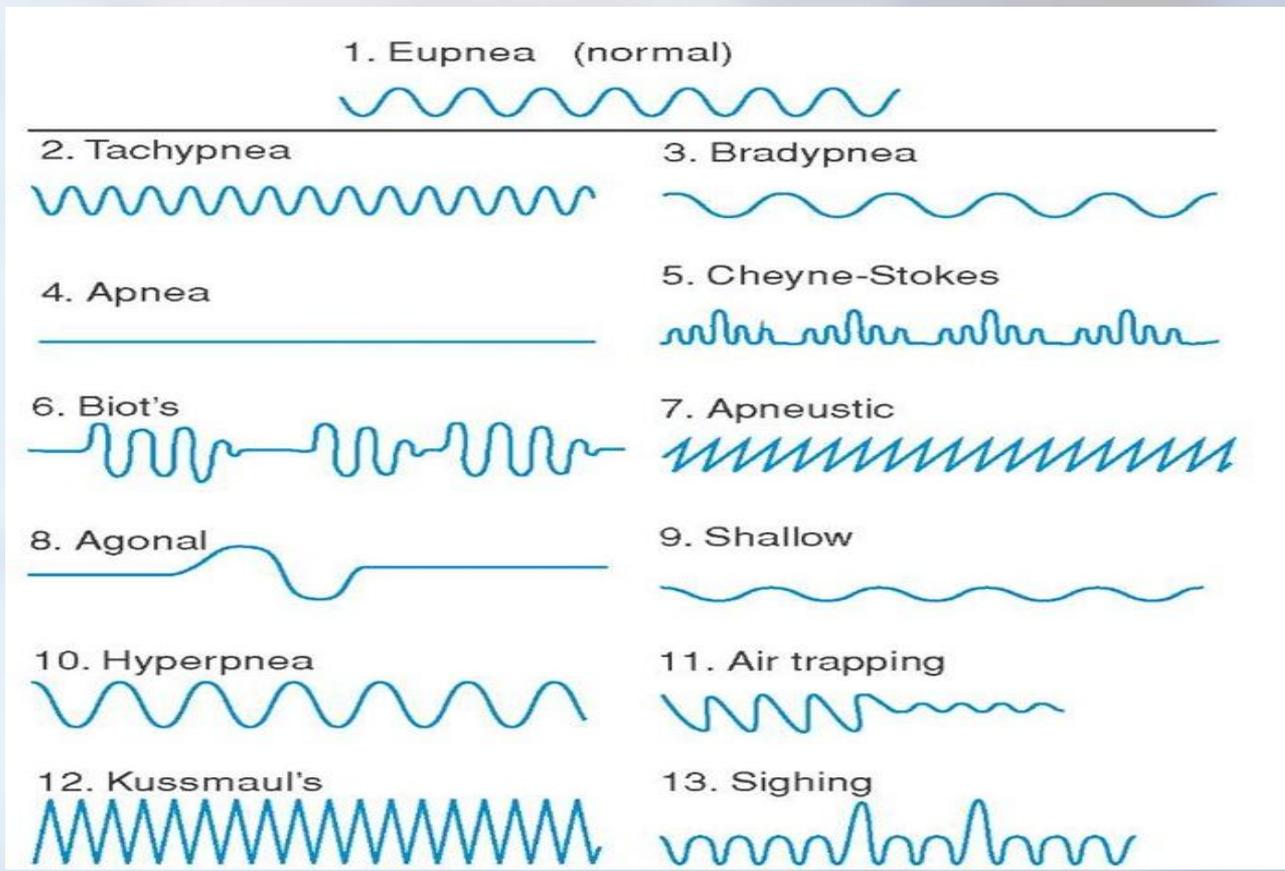
дыхание **Куссмауля**



АГОНАЛЬНОЕ дыхание. Возникает при умирании, появляется после терминальной паузы и завершается остановкой дыхания. Нарастающие глубокие вдохи, достигающие максимума. В формировании вдоха принимают участие дыхательные мышцы и вспомогательные (мышцы рта и шеи), голова откидывается назад, рот широко открывается, больной стремится вдохнуть максимальное количество воздуха.



■ **Апноэподобное дыхание** – чередование продолжительных вдохов с очень короткими и неэффективными выдохами. Характерно для поражения дыхательного центра.





- **Удушье** - быстро развивающаяся, очень сильная одышка.
- **Астма** — это приступ удушья или одышки легочного или сердечного происхождения.
- **Асфиксия** — это остановка дыхания вследствие прекращения поступления кислорода.

Асфиксия от обтурации
дыхательных путей





Заболевания органов дыхания

- **Кашель** — один из основных симптомов заболевания органов дыхания, но может отмечаться и у здоровых людей. Это рефлекторный защитный акт.

Кашель бывает:

- сухой (приступообразный)
- влажный
- грубым, лающим
- сильным

- **Мокрота** — продукт воспаления слизистой оболочки дыхательных путей или альвеол.

Мокрота бывает:

- слизистой,
- слизисто-гнойной,
- гнойной,
- ржавая





■ **Кровохарканье** является одним из серьезных симптомов заболевания органов дыхания. Проявляется кровохарканье прожилками крови в мокроте, отдельными плевками и обильным легочным кровотечением.





Первая помощь при кровохаркании

1. Успокойте больного — волнение и физическое напряжение могут усилить кровохарканье.
2. Придайте больному полусидячее положение в постели (голова выше туловища), что облегчает отхаркивание; дайте салфетку или специальную емкость для сбора мокроты.
3. Запретите разговаривать и курить.
4. Давайте глотать кусочки льда.
5. Если известно, из какого легкого кровотечение, положите на грудную клетку пузырь со льдом.
6. Вызовите врача.



■ *Подсчет частоты, ритма, глубины дыхательных движений (ЧДД)*

- **Цель:** определить основные характеристики дыхания.
- **Показания:** оценка функционального состояния органов дыхания.
Заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной системы; нарушение мозгового кровообращения; заболевания почек; отравления.
- **Оснащение:** часы с секундной стрелкой, температурный лист, ручка с синим стержнем.
- **Обязательное условие:** подсчет ЧДД проводится без информирования пациента об исследовании частоты дыхания. Создать доверительные отношения с пациентом. Объяснить пациенту, необходимость подсчета пульса, получить согласие на процедуру.
- **Вымыть и осушить руки.** Придать пациенту удобное положение (лежа или сидя).
- **Примечание:** Взять руку на запястье пациента, как бы для подсчета пульса.. Положить руку поперек груди или на эпигастральную область. Наблюдать за движением руки, лежащей на груди или эпигастральной области, в течение 1 мин (вдох и выдох - одно дыхательное движение).
- Подсчитать число вдохов за минуту, пользуясь секундомером. Оценить частоту, глубину, ритм и тип дыхательных движений.
- Объяснить пациенту, что ему сосчитали частоту дыхательных движений.
- **Вымыть и осушить руки.** Провести регистрацию данных в температурном листе (цифровым и графическим способом).



■ Первая помощь при приступе бронхиальной астмы

1. Успокойте больного — эмоциональное возбуждение и физическое напряжение могут усилить бронхоспазм.
2. Положение больного вынужденное — он сидит или стоит, опираясь руками о подоконник, кровать, спинку стула и т.д.; помогите больному принять наиболее удобное для него положение.
3. Обеспечьте доступ свежего воздуха, освободите от стесняющей одежды.
4. В ряде случаев эффективны горчичники, банки и другие отвлекающие процедуры.
5. Обеспечьте ингаляцию бронхорасширяющих средств с помощью индивидуального карманного ингалятора.
6. Если приступ возник впервые, то необходима срочная консультация врача.



Обучить пациента технике кашля:

- Сделать медленный глубокий вдох;
- Задержать дыхание на 2 сек;
- Открыть рот и откашляться во время выдоха.

Уход за больными острым бронхитом

Проблемы пациента

1. Слабость
2. Температура
3. Озноб
4. Першение в горле
5. Кашель сухой, а затем с мокротой
6. Боль в грудной клетке
7. Одышка

ОСТРЫЙ БРОНХИТ



Действия сестры в связи с уходом

Больные острым бронхитом лечатся, как правило, амбулаторно. Обязанности участковой (семейной) медицинской сестры:

1. Обучить родственников:

- ◆ уходу за больным при повышении температуры;
 - ◆ правилам ухода за лихорадящими больными (см. сестринское дело);
 - ◆ правилам постановки горчичников;
 - ◆ рациональному питанию и соблюдению питьевого режима больным;
 - ◆ при наличии мокроты — правилам сбора мокроты в индивидуальную плевательницу;
 - ◆ соблюдению гигиенического режима (уборка и проветривание комнаты больного);
 - ◆ объяснить правила приема лекарственных препаратов.
- #### 2. Провести беседы:
- ◆ о значении соблюдения постельного режима в период высокой температуры;
 - ◆ о значении расширения двигательного режима и занятий лечебной гимнастикой в восстановительный период;
 - ◆ об отрицательном влиянии вредных привычек (курения) на выздоровление больного.

Уход за больными хроническим бронхитом

Проблемы пациента

1. Слабость
2. Температура
3. Астматический компонент
4. Снижение работоспособности
5. Кашель с мокротой
6. Потливость
7. Одышка

Действия сестры в связи с уходом

1. Обеспечить соблюдение пациентом предписанного врачом двигательного режима, а также режима питания
2. При повышении температуры — уход как за лихорадящими больными
3. Четко и своевременно выполнять назначения врача
4. Разъяснить больному правила приема лекарственных препаратов (по отношению к приему пищи)
5. Обеспечить больного индивидуальной плевательницей
6. Обучить больного дренажным положениям для улучшения отхождения мокроты
7. Следить за частотой и характером дыхания пациентов, за пульсом и АД
8. Следить за количеством и характером отделяемой мокроты
9. При возникновении астматического компонента у пациента — оказать доврачебную помощь
10. Следить за гигиеническим состоянием палаты, сменой нательного и постельного белья
11. Проводить беседы с больными по предупреждению обострений хронического бронхита:
 - ◆ о значении переохлаждения организма;
 - ◆ о вреде вредных привычек (курения);
 - ◆ о питании больного хроническим бронхитом;
 - ◆ о значении дыхательных и общеукрепляющих упражнений в укреплении здоровья пациентов



Уход за больными с бронхиальной астмой

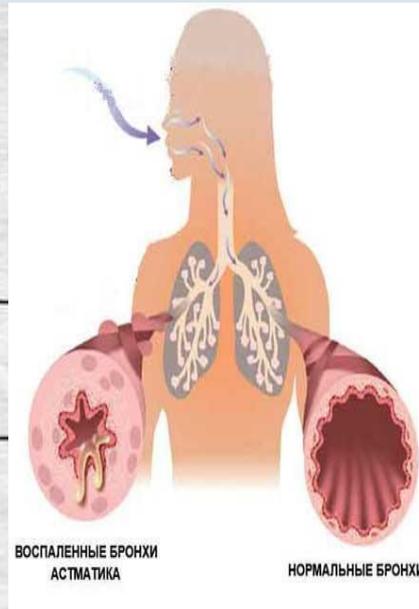
Проблемы пациента

1. Приступ удушья
2. Повышенная возбудимость
3. Беспокойство
4. Кашель
5. Мокрота

во время приступа астмы
(сердечной или бронхиальной)

Действия сестры в связи с уходом

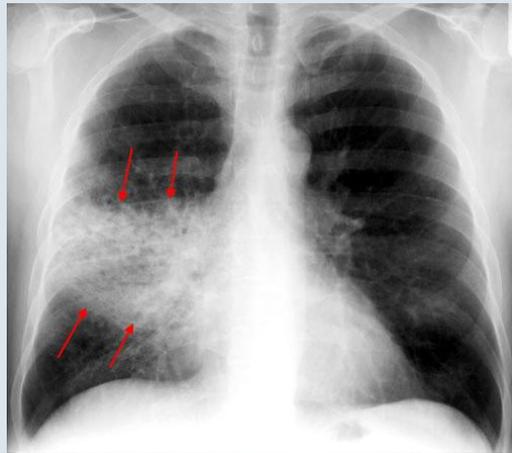
1. Успокоить больного, вселить уверенность в скором прекращении приступа
2. Помочь больному принять удобное положение.
3. Обеспечить доступ свежего воздуха
4. Оказать доврачебную помощь во время приступа: дать ингалятор, кислородную маску.
5. Четко и своевременно выполнять назначения врача
6. При наличии мокроты обеспечить больного индивидуальной плевательницей
7. При даче больному лекарственных препаратов уточняется аллергологический анамнез



Уход за больными пневмониями

Проблемы пациента

1. Повышение температуры
2. Озноб
3. Головная боль
4. Боль в грудной клетке
5. Кашель
6. Мокрота
7. Одышка
8. Плохой аппетит
9. Плохой сон
10. Потливость
11. Возможен стоматит
12. Запоры



Действия сестры в связи с уходом

1. Обеспечить соблюдение больным предписанного режима
2. При повышенной температуре — ухаживать как за лихорадящим больным
3. Четко и своевременно выполнять назначения врача
4. Следить за частотой и характером дыхания, пульсом и АД
5. Следить за количеством и характером мокроты
6. Обеспечить больного индивидуальной плевательницей
7. Следить за регулярной сменой нательного и постельного белья
8. Проконтролировать качество и режим питания больного
9. При явлениях стоматита протирать десна и ротовую полость 2% раствором гидрокарбоната натрия (пищевой соды)
10. Следить за физиологическими отправлениями пациента и проводить после них гигиенические мероприятия
11. Обучить больного дыхательным и дренажным упражнениям
12. Следить за санитарным состоянием палаты

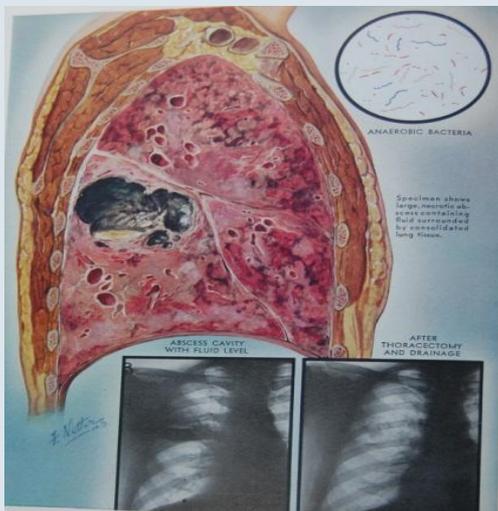
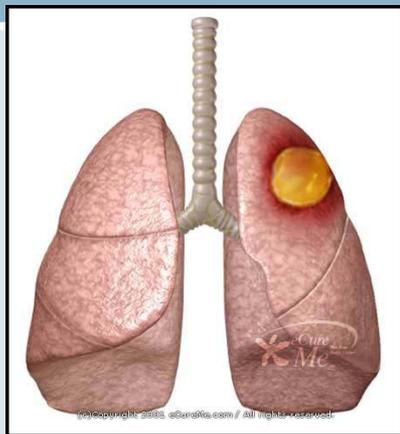


Уход за больными с нагноительными заболеваниями легких

(абсцесс легких, бронхоэктатическая болезнь)

Проблемы пациента

1. Повышение температуры
2. Озноб
3. Кашель
4. Мокрота
5. Потливость
6. Слабость
7. Боль в грудной клетке
8. Снижение аппетита
9. Кровохарканье и легочное кровотечение



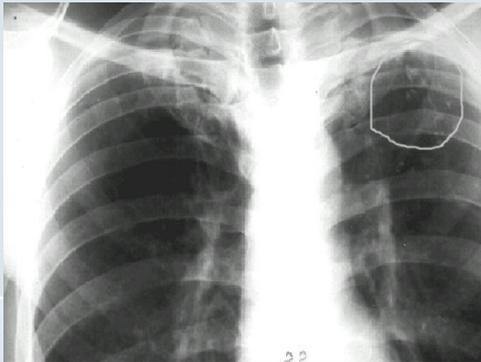
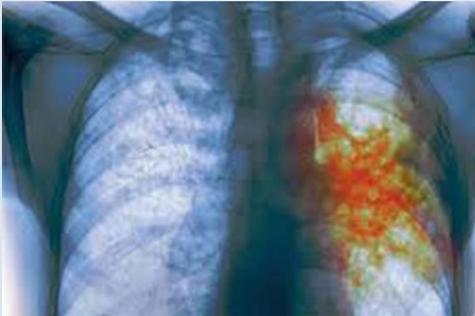
Действия сестры в связи с уходом

1. Следить за соблюдением больным предписанного двигательного режима и режима питания
2. При повышенной температуре и ознобе — уход как за лихорадящим больным
3. При повышенной потливости следить за своевременной сменой нательного и постельного белья
4. Следить за частотой и характером дыхания, пульсом и АД
5. Четко и своевременно выполнять назначения врача
6. Оказать доврачебную помощь при легочном кровотечении
7. Обеспечить больного индивидуальной плевательницей
8. Обучить больного приемам дренажного положения
9. Обучить дыхательным и дренажным упражнениям
10. Контролировать регулярность физиологических отправлений
11. Следить за обработкой и дезинфекцией плевательницы
12. Проводить беседы о положительном влиянии дыхательных и дренажных упражнений в восстановлении функции органов дыхания:
 - ♦ о вреде курения при заболеваниях легких;
 - ♦ о профилактике обострений хронических заболеваний легких

Уход за больными с туберкулезом легких

Проблемы пациента

1. Слабость
2. Кашель
3. Потливость
4. Мокрота
5. Повышение температуры
6. Одышка
7. Кровохарканье и легочное кровотечение
8. Боль в грудной клетке



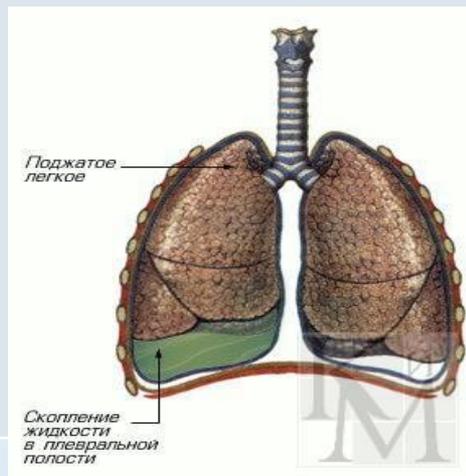
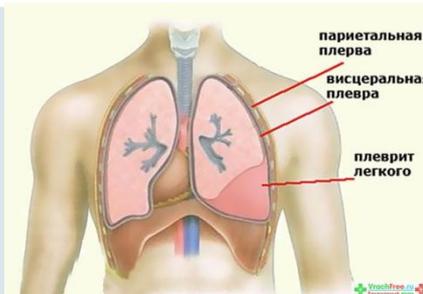
Действия сестры в связи с уходом

1. Обеспечить соблюдение больным предписанного режима
2. Следить за качеством и режимом питания пациентов (калорийность, витаминная насыщенность)
3. Выполнять своевременно и четко назначения врача
4. Обеспечить больного индивидуальной плевательницей
5. Следить за дезинфекцией плевательниц, обеззараживанием и уничтожением мокроты
6. При повышенной потливости — смена постельного и нательного белья
7. При кровохаркании и кровотечении — оказание неотложной доврачебной помощи.
8. Контролировать характер дыхания, его частоту, пульс и АД
9. Подготовить все необходимое для плевральной пункции
10. Проводить беседы с больными о правилах соблюдения гигиенического режима

Уход за больными с плевритом

Проблемы пациента

1. Боль в грудной клетке
2. Повышение температуры
3. Недомогание
4. Слабость
5. Кашель
6. Одышка
7. Потливость
8. Вынужденное положение (сидение) при экссудативном плеврите
9. Снижение аппетита
10. Плохой сон



Действия сестры в связи с уходом

1. Создать условия для охранительного режима
2. При повышенной температуре ухаживать как за лихорадящим больным
3. Следить за питанием больного, при необходимости покормить его
4. Четко и своевременно выполнять все назначения врача
5. Следить за частотой и характером дыхания, пульсом, АД, за диурезом
6. Помочь больному создать полусидячее положение
7. При повышенной потливости — своевременная смена постельного и нательного белья
8. Следить за санитарным состоянием палаты
9. Подготовить все необходимое для плевральной пункции

Уход за больными раком легких

Проблемы пациента

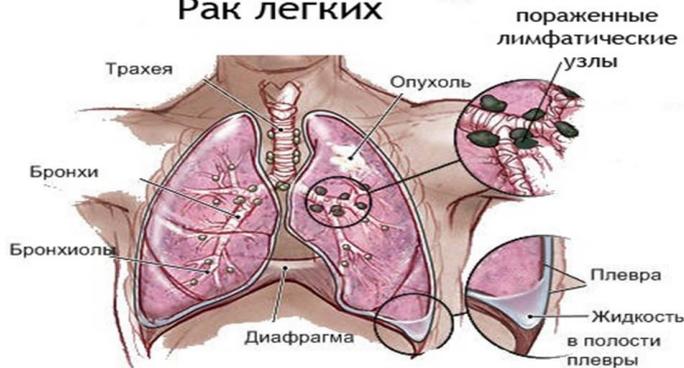
1. Слабость
2. Кашель
3. Мокрота
4. Ознобы
5. Боль в грудной клетке
6. Кровохарканье
7. Затрудненное глотание
8. Срыгивание
9. Снижение веса
10. Отсутствие аппетита
11. Пролежни



Действия сестры в связи с уходом

1. Обеспечить больному лечебно-охранительный режим
2. Следить за питанием больного (калорийность, витамины, своевременный прием пищи)
3. Своевременное четкое выполнение назначений врача
4. Обеспечить больного индивидуальной плевательницей
5. Оказать доврачебную помощь при кровохаркании
6. Осуществление ухода за кожей для профилактики пролежней
7. Контролировать частоту и характер дыхания, пульса и АД
8. Следить за регулярностью физиологических отправлений пациента
9. Соблюдать деонтологические правила при общении с онкологическими больными
10. Своевременно докладывать врачу об изменениях в состоянии больного

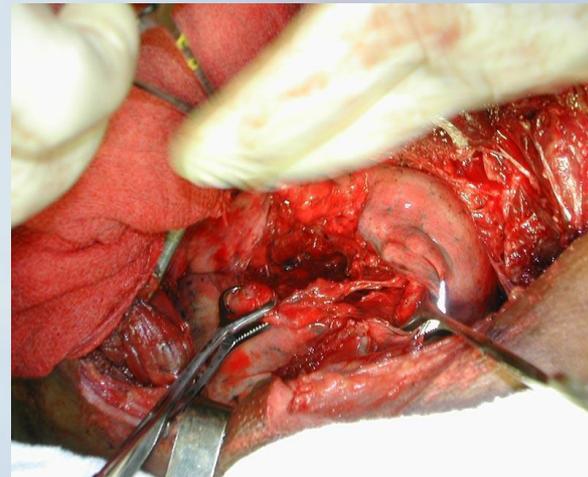
Рак лёгких



Операции на легких



■ Для больных выделяют отдельные палаты, так как отмечается высокая лихорадка, они сильно кашляют, выделяют много мокроты с неприятным запахом. Для освобождения бронхиального дерева от мокроты применяют вибрационный массаж и дренажные положения (без подушки с опущенным головным концом кровати). Больной должен часто поворачиваться и стараться максимально отхаркивать мокроту. Вибрационный массаж грудной клетки представляет собой ритмичное поколачивание грудной клетки в местах проекции легких кулаком правой руки по левой кисти, приложенной к грудной клетке. Желательно применение отхаркивающих микстур (настой термопсиса, мать-и-мачехи, бромгексин).



Профилактика дыхательной недостаточности и послеоперационной пневмонии.

- Количество экссудата, гноя регистрируют в температурном листе. При уходе за легочными больными строго соблюдать правила асептики.
- После операции на легких первостепенной задачей является профилактика дыхательной недостаточности и борьба с воспалением. После пробуждения от наркоза больного укладывают в возвышенное полусидячее положение, но иногда придают положение на больном боку. Чтобы провести дренаж бронхиального дерева, проводят вибрационный массаж грудной клетки





- Для поддержания достаточной вентиляции легких назначают ингаляции кислорода, отсасывание слизи, мокроты. При нарушении герметичности дренажа воздух засасывается в плевральную полость, оттесняет и сдавливает легкие, средостение. Такое состояние проявляется резкой одышкой, беспокойством, тахикардией, цианозом. Оно может возникнуть и в тех случаях, когда рана закрыта наглухо, а в плевральной полости скапливаются воздух и выпот. Таким больным надо срочно провести плевральную пункцию. При удалении части легкого предпочтительнее активная аспирация. В борьбе с воспалительным процессом используют сульфаниламиды, антибиотики, ферментные препараты (трипсин, химотрипсин), применяемые в виде инъекций и ингаляций.



- **Питание** — одна из основных фундаментальных потребностей человека. Прием пищи обеспечивает жизнедеятельность, рост, развитие, физическую и умственную работоспособность, выносливость и высокую сопротивляемость неблагоприятным факторам внешней среды. От характера питания зависят обмен веществ в организме, структура и функции клеток, ткани и органов.



- **Питание** - это сложный физиологический процесс поступления, переваривания, всасывания и усвоения пищевых веществ.



- *Правильное питание* с учетом условий жизни, труда и быта обеспечивает постоянство внутренней среды организма человека.
- *Неправильное питание* снижает защитные силы организма и работоспособность, нарушает процессы обмена веществ, ведет к преждевременному старению и возникновению ряда заболеваний.
- *Адекватное количество питательных веществ, поступающих в организм, обеспечивает физиологическую потребность человека для нормального функционирования всех органов и систем.*



Удовлетворение потребности есть, пить

Эту потребность людей оценивают по адекватности питания и потребления жидкости соответственно возрасту, росту и массе тела. У пациента определяют режим питания, аппетит, возможность самостоятельно принимать достаточное количество жидкости, пищи, структуру пищевых пристрастий (любимые, нелюбимые блюда, диета вследствие заболевания), паттерны питания, нарушение вкуса, пользование зубными протезами.



Для оценки адекватности питания и потребления жидкости следует знать такие показатели, как:

- Возраст
- Рост
- Масса тела



Суточная потеря жидкости взрослого человека происходит с каловыми массами, при дыхании, потоотделении, мочевыделении.

- ***Ограничение жидкости*** в организме приводит к увеличению вязкости крови вследствие уменьшения ее циркулирующего объема; распаду белков и жиров с последующим накоплением в организме токсических продуктов распада.
- ***Полное отсутствие приема жидкости*** приводит к смерти человека через 5—6 дней.
- ***Избыток жидкости*** приводит к нарушению функций сердечно-сосудистой системы и почек, потери организмом жизненно важных питательных веществ: белков, витаминов, минеральных солей.



При нарушении потребности в питании могут возникать боли различного характера:

- *«ранние»* боли (сразу после приема пищи, или в течение часа после еды) отмечают при поражении (язве) желудка;
- *«поздние»* (через 2 – 3 часа после еды) – при заболеваниях двенадцатиперстной кишки.



- Болевые ощущения варьируют от слегка ощутимого дискомфорта до нестерпимых мучительных болей – **колики**.
- **Колика** – приступ резких схваткообразных болей в животе, развивающийся чаще при заболеваниях органов брюшной полости.
- **Кишечная колика** – короткие, частые внезапно начинающиеся (схваткообразные) приступы болей, ощущаются в различных отделах кишечника, сопровождаются метеоризмом и облегчаются после отхождения газов.



Состояния, сопровождающиеся болью в области живота, подразделяют на две категории:

Не угрожающие жизни заболевания органов брюшной полости.

- *Характерна «лёгкая» - терпимая боль, которая не сопровождается нарушением общего состояния больного; могут наблюдаться повышенное газообразование (метеоризм), тошнота, отрыжка. Причина этих нарушений: переедание, избыточное употребление алкоголя, нарушение диеты – значительное употребление жирной и острой пищи и др.*

При наличии у больного неострой боли в области живота необходимо внимательно за ним наблюдать. Нередко угрожающие жизни заболевания начинаются с незначительных болевых ощущений, особенно у детей, ослабленных пациентов или лиц пожилого и старческого возраста.



Угрожающие жизни заболевания органов брюшной полости.

- *Характерны внезапное появление сильной боли в животе, сопровождающей тошнотой, рвотой, отсутствие стула (диарея), вздутие живота, напряжение брюшной стенки («доскообразный живот»). Такое состояние термин «острый живот».*
- *При болях в животе не следует применять обезболивающие средства, слабительные препараты, клизму, грелку – до тех пор, пока врачом не будут выяснены причины их возникновения, т.к. они могут затруднить диагностику, причинить вред больному. Если у больного развились боли в животе, необходимо срочно вызвать врача, уложить пациента в постель и запретить ему прием пищи и жидкости.*



Часто встречаемые диспептические расстройства:

- тошнота,*
- отрыжка,*
- изжога,*
- нарушение аппетита,*
- ощущение неприятного вкуса во рту,*
- запор,*
- диарея и др.*



- **Тошнота** – тягостное ощущение в подложечной области, груди, глотке и полости рта, нередко предшествующее рвоте. Тошнота может сопровождаться слюнотечением, бледностью кожных покровов, слабостью, повышенным потоотделением, головокружением, снижением АД, полуобморочное состояние.
- **Рвота** – непроизвольное извержение содержимого желудка (иногда вместе с содержимым кишечника) через рот (реже и через нос). Часто рвоте предшествует тошнота.

Упорная изнурительная рвота нередко сопровождается надрывами слизистой оболочки желудка с развитием *желудочного кровотечения (синдром Мэллори-Вейсса)*.

МЕХАНИЗМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РВОТЫ



Висцеральная рвота

приводит к облегчению состояния.

Может быть симптомом гастрита, язвенной болезни, рака желудка, аппендицита, желчнокаменной болезни, кишечной непроходимости и других заболеваний

Токсическая рвота

отмечается при различных интоксикациях и метаболических расстройствах: отравление алкоголем, окисью углерода, почечная недостаточность, токсикоз беременных, диабетический кетоацидоз.

Рвота центрального происхождения

возникает без предшествующей тошноты, не связана с приемом пищи, сочетается не с болями в животе, а с головной болью, бывает скудной и не приносит значительного облегчения.

Причины: повышение внутричерепного давления, гипертонический криз.





- При нарушении сознания возможно **аспирация*** больным рвотных масс, что может спровоцировать воспаление легких (аспирационной пневмонии); обильная аспирация может вызвать **асфиксию**.
- **Аспирация** – попадание в нижние дыхательные пути с током воздуха на вдохе жидкости или различных инородных тел. Проявляется резким кашлем, остро развивающейся экспираторной одышкой, иногда удушьем и потерей сознания.



Рвота желудочного происхождения, приносит больному облегчение, при заболеваниях нервной системы, так называемая центральная рвота с едой не связана и не приносит больному облегчение.

В рвотных массах могут находиться остатки непереваренной пищи, слизи, желчь, примеси крови. При кровотечении из слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки рвотные массы имеют буровато-чёрный цвет – цвет *«кофейной гущи»*: вследствие химической реакции гемоглобина с соляной кислотой желудочного сока образуется солянокислый гематин имеющий бурый цвет.



Уход за больными при рвоте:

- во время рвоты больной сам принимает удобное положение;
- если больной истощен, или находится без сознания – придать ему положение полусидя или повернуть его набок, наклонив голову вниз;
- во избежание попадания рвотных масс в дыхательные пути больной не должен лежать на спине;
- следует на пол поставить таз, а к углу рта поднести лоток или полотенце;
- после рвоты дать пациенту прополоскать рот водой (тяжелым больным следует очистить полость рта ватным тампоном, смоченным водой или слабым раствором натрия гидрокарбоната, калия перманганата), уложить в кровать накрыть одеялом.

📌 при наличии в рвотных массах примеси крови, больного следует уложить в постель, подняв ножной конец кровати, срочно вызвать врача;

📌 на эпигастральную область положить пузырь со льдом;

📌 следует оценить пульс (частота наполнений), АД.





Сбор рвотных масс проводят при каждом эпизоде рвоты с целью определения их количества и состава с последующим лабораторным исследованием.

Обеззараживания рвотных масс ёмкости с крышкой засыпать сухой хлорной известью (200 г. на 1 кг. рвотных масс) и перемешать. Через час содержимое емкости вылить в канализацию.

Цель сестринского ухода:
исключить затекание рвотных масс в дыхательные пути пациента, загрязнение его кожи и одежды.





- **Отрыжка** – внезапное, непроизвольное, иногда звучное выделение через рот воздуха скопившегося в желудке или пищеводе (*отрыжка воздухом*).
Отрыжка с поступлением в рот небольшого количества желудочного содержимого (*отрыжка пищей*).

Отрыжка воздухом наблюдают при аэрофагии. **Аэрофагия** (греч. *aeros* – воздух, *phagein* – поглощать, есть) – заглатывание избыточного количества воздуха с последующим его отрыгиванием (при быстром приеме пищи, ряде заболеваний ЖКТ, психических расстройствах). Может сопровождаться привкусом во рту кислоты (при усилении секреции желудка, язвенной болезни) или горечи (при забросе желчи в желудок из двенадцатиперстной кишки), запахом тухлых яиц (при гастрите, стенозе привратника).



Изжога – болезненное ощущение жжения за грудиной или в эпигастральной области, нередко распространяется вверх до глотки, обусловленное забросом кислого желудочного содержимого в пищевод, спазмом гладкой мускулатуры пищевода.

Причины изжоги:

- - рефлюкс-эзофагит (это спонтанное попадание в пищевод содержимого желудка или кишечника, которое приводит к повреждению нижнего отдела пищевода и возникновению изжоги, появлению болевого ощущения за грудой и нарушению пищеварения);
- - заболевания желудка или двенадцатиперстной кишки;
- - желчевыводящих путей;
- - грыжа пищеводного отдела диафрагмы.

Помощь при изжоге:

- - выдать назначенное врачом лекарство;
- - на ночь оставить стакан молока, минерал кипячёной воды;





Аппетит (лат. *appetitia* - сильное стремление, желание) – приятное *ощущение* связанное с предстоящим приемом пищи.

Расстройства аппетита – при заболеваниях органов пищеварения, часто у пациентов возникает расстройство аппетита.



Виды нарушений аппетита:

- *Снижение аппетита* (обусловлено снижением секреции и кислотности желудка).
- *Полная потеря аппетита – анорексией* (греч. *an-* - приставка, обозначающая отсутствие признака, *orexis* – желание есть, аппетит).
- *Повышенный аппетит* (наблюдается при язвенной болезни, панкреатите). Патологически усиленное чувство голода до непреодолимой прожорливости – *булимией* (греч. *bis* – бык, *limos* – голод – бычий голод; волчий голод).
- *Извращенный аппетит* – стремление употреблять в пищу несъедобные вещества (мел, известь, зола, уголь и пр.).
- *Пикацизм* – изменения функционального состояния пищевого центра (беременность, железodefицитная анемия). Отвращение больного от каких либо продуктов (мяса, при раке желудка).

РАССТРОЙСТВА АППЕТИТА

- **ПОВЫШЕННЫЙ
АППЕТИТ
(БУЛЕМИЯ)**

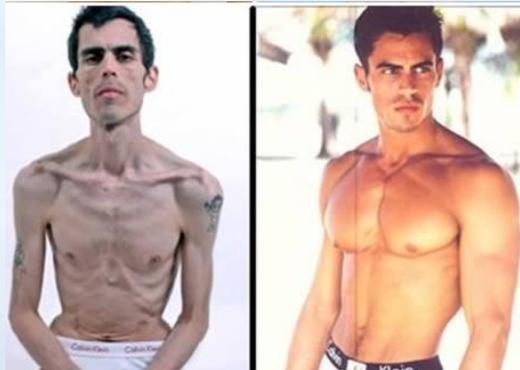
- отмечается в
восстановительном
периоде, при
сахарном диабете, в
период беременности,
при нарушениях
психики



**пониженный аппетит или
полное отсутствие аппетита (анорексия)**
- при хроническом гастрите, онкологических
заболеваниях (рак желудка), лихорадочном
состоянии.



При психических
заболеваниях, или из-за
страха перед болью,
усиливающейся после еды
возможен **отказ от еды**.





Спасибо за внимание!!!!