

Қожа Ахмет Ясауи атындағы халықаралық
қазақ түрік университеті

СӨЖ

Тақырыбы: Бронх демікпесі ұстамасында
мейірбике көмегінің алгоритмі

Орындаған: Серикбоев У

Тобы: ЖМ-209

Қабылдаған: Тұңғышбаева М

Жоспар

I Кіріспе

II Негізгі бөлім

а) Бронхтық демікпе туралы түсінік

ә) Бронхтық демікпенің симптомдары

б) Мейірбикенің дәрігерге дейінгі көмегі

в) БД- кезінде ингаляция жасау алгоритмі

III Қорытынды

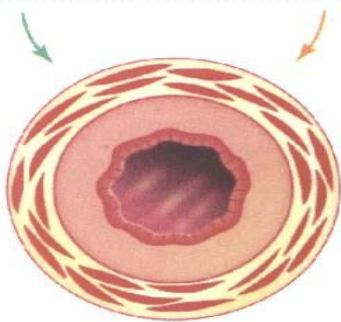
Қолданылған әдебиеттер

Кіріспе

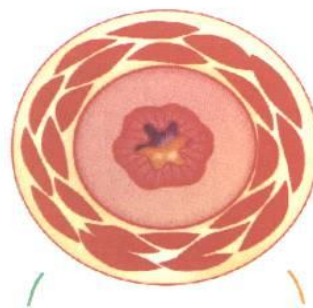
Бронхылық астма (грекше: *asthma*- тұншығу)- аллергиялық жауаптың салдарынан бронхылық тарамдар арқылы ауаның кері шығуы(экспирация) қиындап, ұстамалы ендікпе дамидын сырқат. Бронхылық астма тұқым қуалайтыны күмәнсіз, бірақ оның басты себебі экзогендік аллергиялар. Бронхылық астманың ұстамасы лейкоцит, базофил клеткаларына бекіген антиденелер аллергиямен қосылғанда басталады. Сол сәтте түзілген антиген- антиденелік кешеннің әсерінен лейкоциттер грануласынан биологиялық активті заттар (гистамин, серотонин, кининдер) бөлініп бронхылардағы тамырлардың экссудатты жауабын өрбітеді.Бронхылардың бұлшықетті қабаты жиырылып,кілегейлі қабықшасы шырышты тым көп түзеді,сөйтіп олардың саңылауы арқылы ауаның өтуі қиындайды.

● Бронхтық демікпе – бронх

қабырғасындағы тегіс бұлшық еттердің спазмасы салдарынан, бронх ағашының шырышты қабығының ісінуінен болады. Соның салдарынан дем шығару қиындайды (Экспираторлық ентігу)



қалыпты



астма

Симптомдары

- Құрғақ жөтел
- Шулы тыныс алу
- Тыныс алуды жеңілдету үшін кеуде қуысының, іштің қосымша бұлшықеттерінің іске қосылғанын байқауға болады.
- Қақырықтың болуы (алдымен қою сосын сұйық)
- Ентігу

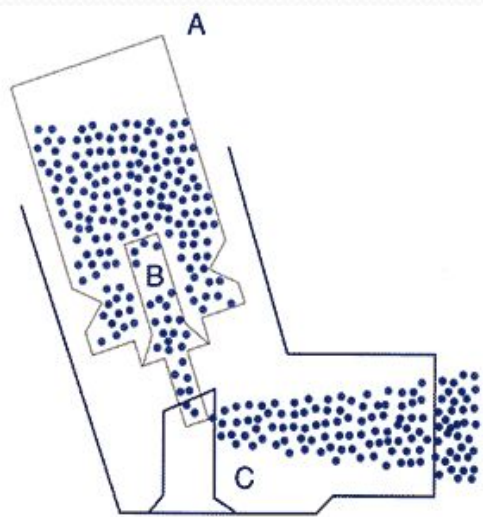
Мейірбикенің дәрігерге дейінгі көмегі.

- 1. Науқасты орындыққа отырғызыңыз немесе төсекке басын көтеріп, арқасына жастық төсеп отырғызыңыз.*
- 2. Терезені ашыңыз. Науқастың таза аумен тыныс алуына жағдай жасаңыз.
- 3. Мейірбике науқастан қандай дәрілерді қолданғанын, қанша мөлшерде қолданғанын , және себептерін анықтауы тиіс.

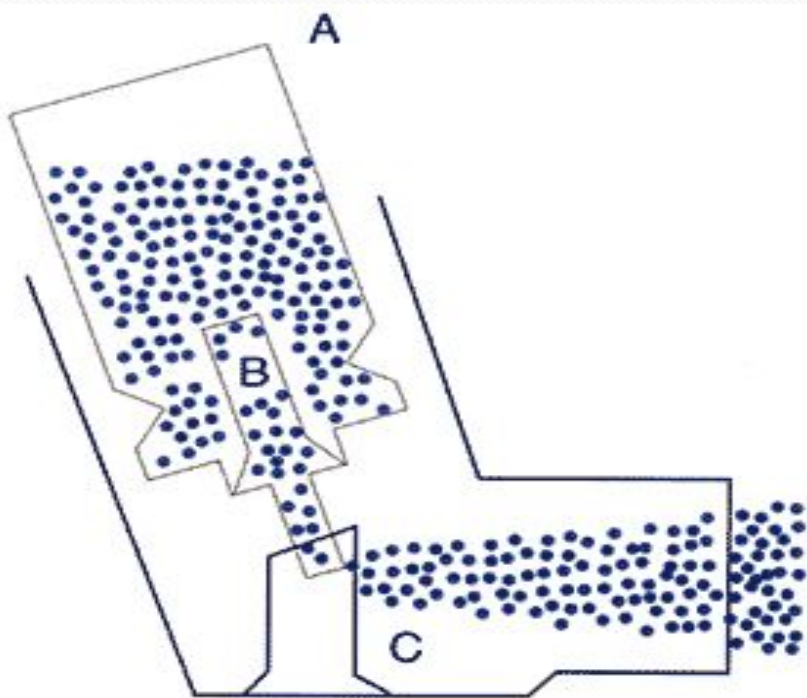
- 4. Мейірбике дәрігер келгенге дейін науқастың тамыр соғысын, тыныс алу жиілігін, артериялық қан қысымын өлшеп, ауру тарихына жазып қоюы керек.
- 5. Дәрігерге науқастың ұстамасының қаншаға созылғанын, қолданған дәрілерін, тыныс алу жиілігін, артериялық қан қысымын, пульсін айтамыз.
- 6. Дәрігердің тағайындаған ем-шарасын жүзеге асырып, науқастың жағдайын бақылаймыз.

- 7. Егер науқастың жағдайы жақсармаса науқасқа оттегі беру керек және ем – шараны жалғастырып, науқасқа төсек режимін белгілеу керек.
- 8. Ұстама аяқталған соң науқас шөлдеп, сусын сұрауы мүмкін. Мейірбике науқасқа қант қосылған шай (егер науқас қант диабетімен ауырмайтын болса) немесе ас содасы қосылған шай беруі керек. Бұл науқастың қақырығының тез түсуіне көмектеседі.

- **Ингаляция**-дәрілерді тыныс алатын ауа арқылы енгізу әдісі.



● Ингалятор – ингаляция жасауға арналған құрылғы.



А-канистир

В- клапан

С- мундштук

Ингаляторды қолдану

Орындалатын іс әрекеттер:

1. Баллончиктің қақпағын ашыңыз және оны төмен қаратыңыз.
2. Аэрозоли бар баллончикті жақсылап шайқаңыз.
3. Науқасқа терең тыныс алуын өтініңіз.
4. Баллончикті қолыңызға алып науқастың аузына енгізіңіз және мундштукты ерінімен ұстауын өтініңіз.
5. Науқастан терең тыныс алуын өтініңіз және осы мезетте баллончикті қатты қысыңыз, сол кезде ауыз қуысына аэрозоль түрінде дәрілік зат енеді.
6. Науқастан бірнеше секунд тыныс алмауын өтініңіз және мундштукты ауыздан шығарыңыз және жайлап тыныс алуын өтініңіз.
7. Егер науқастың ауыр халіне байланысты терең тыныс алу мүмкін болмаса, онда аэрозольдың бірінші дозасы ауыз қуысында еріп кетеді.
8. Ингаляциядан кейін баллончиктің қақпағын кигізіңіз.

Пикфлоуметрия-бронх

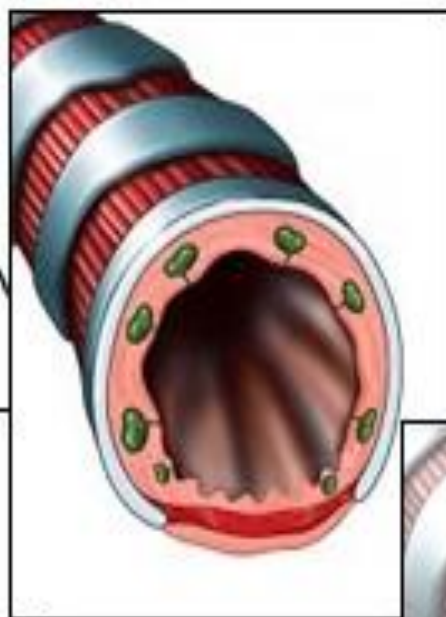
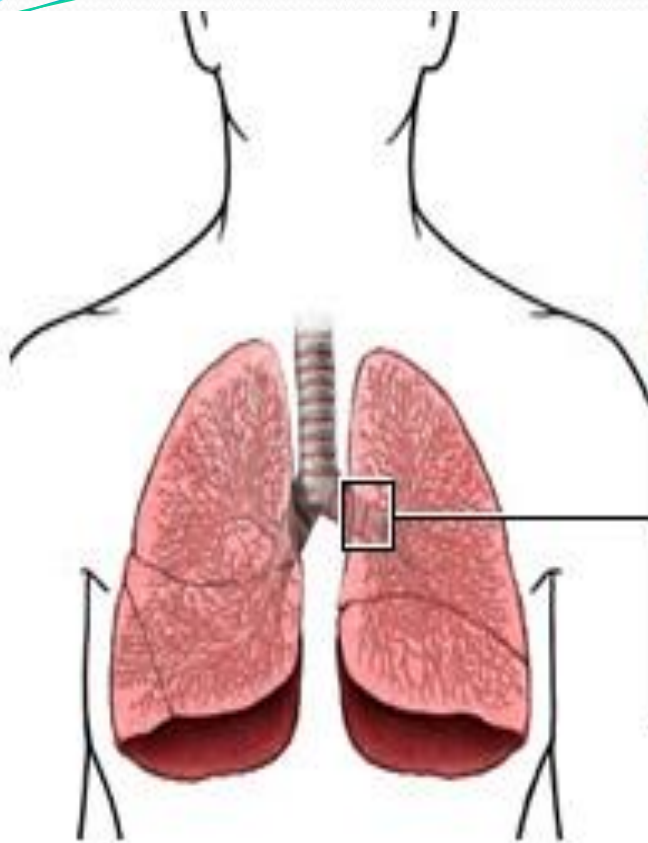
демікпесі кезіндегі
бақылау мен
диагностикасы
әдістерінің бірі. Бұл әдіс
кез келген өкпе
ауруларында
қолданылады, бірақ
негізінен бронх
демікпесі кезінде өте
маңызды.

Пикфлоуметр-бронх
демікпесі кезінде өзін-өзі
бақылауға арналған
индивидуальды аспап.

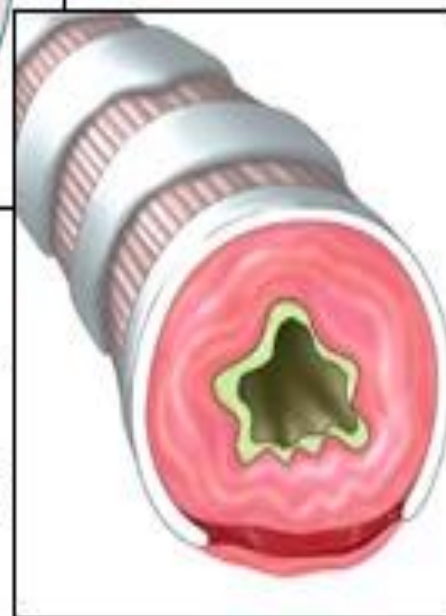


Бронхтық демікпенің асқынулары:

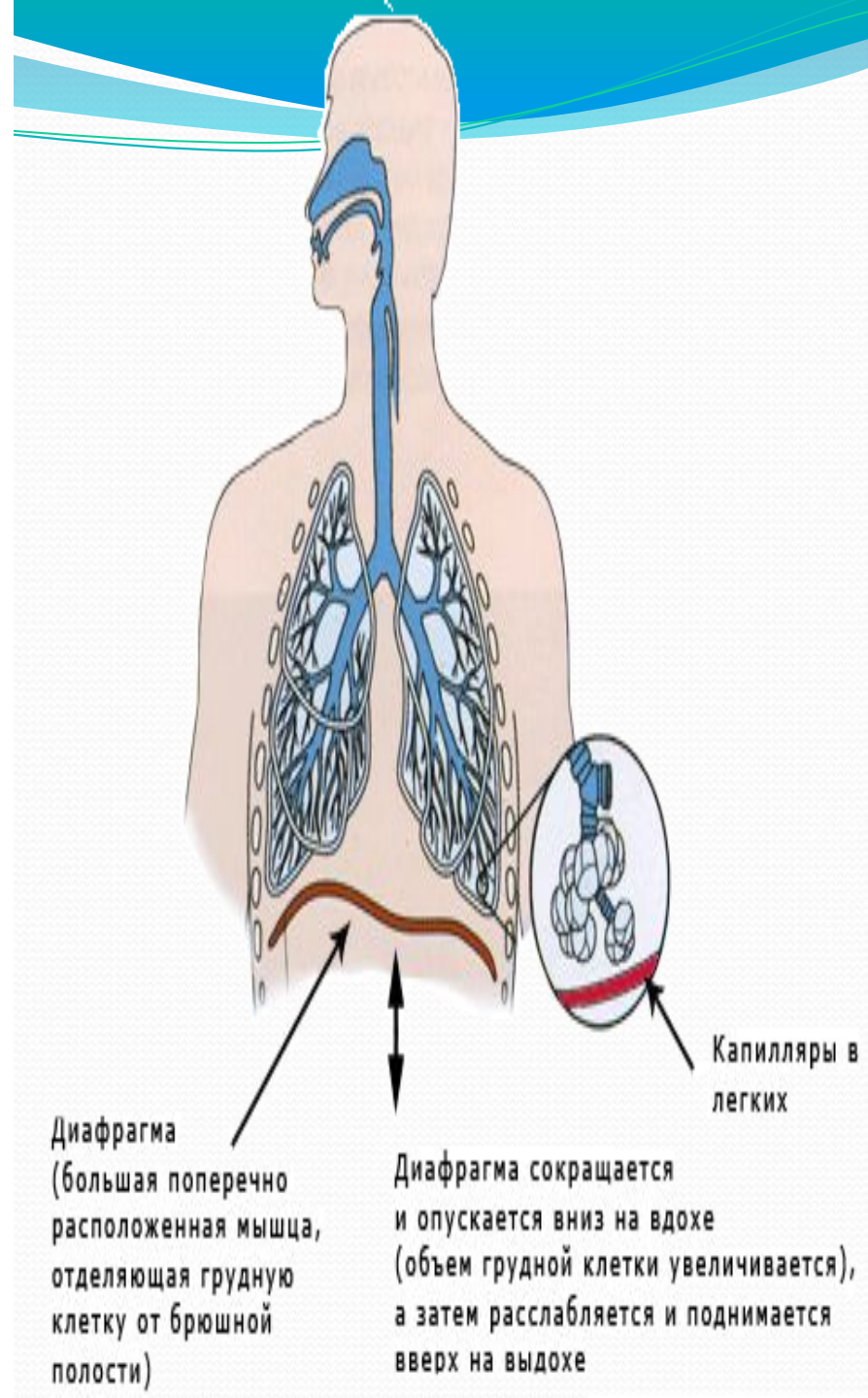
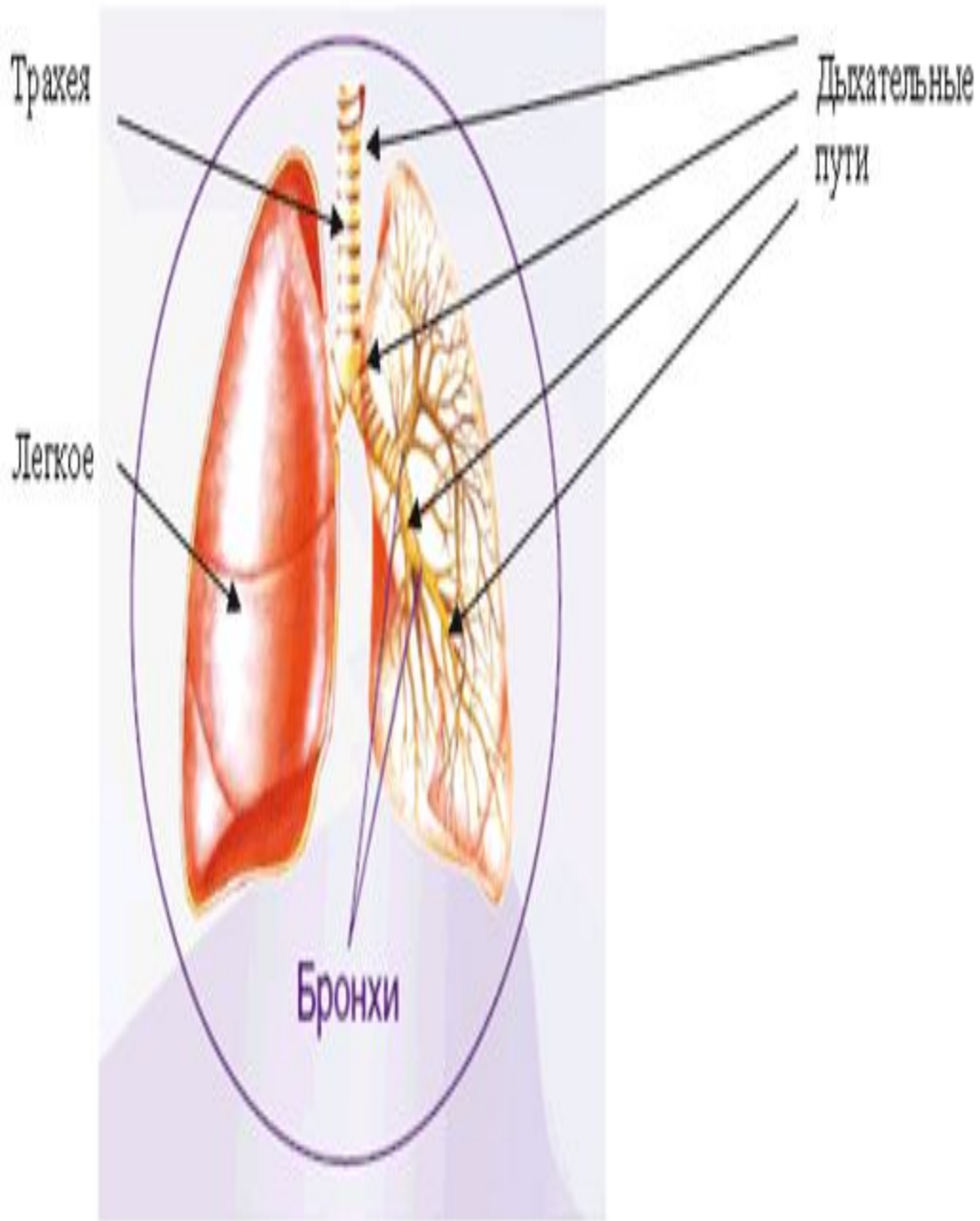
1. Астмалық статус.
2. Жедел, жеделдеу өкпетекті жүрек.
3. Өкпе эмфиземасы.
4. Ұстаманың шыңында дамуы мүмкін спонтанды пневмоторакс.
5. Ателектаз.
6. Миокардтың дистрофиясы.



Нормальная
бронхиальная
трубка



Бронхиальная
трубка при
бронхиальной
астме



Бронх демікпесінің ауырлық дәрежелері

Аурудың түрлері	Клиникалық көрінісі	Сыртқы тыныстық көрсеткіштер
Жеңіл эпизодтық (интермиттеуші)	Жеңіл тез басылатын ұстамалар шамамен аптасына бір реттен немесе одан сирек. Өршулері қысқа.	ТШТК/ТШТК, қалыпты деңгейде
Орташа ауырлықты	Ұстамалар аптасына 1-2рет жиі. Дене қызметінің шектелуі мен ұйқының бұзылысы болады.	тштк/тштк Тиісті көрсеткіші 80% артық, көрсеткіштің тәуліктік тербелісі 20% кем.
Ауыр түрі	Ұстамалар аптасына 5-тен көп.Күрделі ауытқулар тән.	тштк/тштк Тиістіден 60-80%, тәуліктік тербеліс20-30%.

Емі мен күтімі.

- Ұстама кезінде және ұстама арасындағы кезеңде бронхоспазмды жою үшін пуриндерге (эуфиллин, диафиллин, дипрофиллин және т.б.) көңіл бөледі, оларды парентеральды және аэрозольді түрде енгізуге болады. Адреналинге қарағанда бұл препараттарды тағайындаудың артықшылығы, оларды гипертониялық ауру, жүрек демікпесі, жүректің ишемиялық ауруы, бас миы тамырларының атеросклерозында енгізуде қарсы көрсеткіштері жоқ. Сонымен бірге эуфиллин және осы топтың басқа препараттары коронарлық, бүйректік қанайналымды жақсартады. Осылардың барлығы олардың гериатриялық тәжірибеде кеңінен қолданылуына себеп болады.

Адреналин бронхоспазмды тез басып, ұстаманы тыюды қамтамасыз ететіндігіне қарамастан, оны қарт және егде жастағы адамдарға, олардың гормоналды препараттарға жоғары сезімталдығын ескере отырып, абайлап тағайындаған жөн. Тері астына немесе бұлшықетке адреналинді енгізуді, тек бронх демікпесін ешқандай дәрілік заттармен тыю мүмкін болмаған жағдайда ғана қолданады. Препараттың дозасы 0,1% ерітіндінің 0,2–0,3 мл-нен аспауы тиіс. Адреналиннен тиімділік болмаған кезде, оны дәл сол дозада тек 4 сағат өткеннен кейін ғана енгізуге болады. Эфедринді тағайындағанда, ол жай, бірақ ұзақ әсер ету тиімділігін қамтамасыз етеді. Эфедрин қуықасты безінің аденомасында қарсы көрсеткіш екенін ескерген жөн. Бронхолитикалық әсерге изопропилнорадреналин дәрілері (изадрин, арципреналин сульфаты, новодрин және т.б.) ие болып келеді.

- Трипсин және химотрипсин аэрозольдері және басқа қақырықты түсіретін заттарды қолданғанда, протеолиз өнімдерінің сіңірілуімен байланысты, аллергиялық реакциялар болуы мүмкін. Терапия барысында, оларды енгізер алдында гистаминге қарсы препаратты тағайындау керек. Бронх өткізгіштігін жақсарту үшін бронхолитикалық заттар қолданады.

Таңдау дәрісіне холинолитиктер жатады. Адреномиметиктерді (изадрин, эфедрин) көтере алмағанда, көп мөлшердегі қақырық және бронх демікпесі және ЖИА (брадикардиямен, атриовентрикулярлы өткізгіштіктің бұзылуымен жүретін) қосарлануы кезінде, холинолитиктер (атровент, тровентол, трувент, беродуал) тағайындалады.

Бронх демікпесінің кешенді еміне антигистаминді дәрілер (димедрол, супрастин, дипразин, диазолин, тавегил және т.б.) енеді. Кейбір науқастарда новокаин: 0,25 – 0,5% ерітіндісінің 5 – 10 мл к/т немесе 2% ерітіндісінің 5 мл б/е енгізу қолайлы әсер етеді. Ұстаманы тыю үшін А.В.Вишневский бойынша біржақты новокаинды вагосимпатикалық бөгемені оңтайлы қолдануға болады. Екі жақты бөгеме ұсынылмайды, себебі, ол жиі жанама әсерлер (ми қан айналымының, тыныстың және т.б. бұзылуы) тудырады.

Қарт жастағы науқастарға ганглиоблокаторлар гипотензивті реакция туындауына байланысты ұсынылмайды.

Бронх демікпесі стенокардиямен қосарланса енгізу жылдамдығы 8-12 л/мин болатын оттегі (25-30%) және азот тотығымен (70-75%) ингаляция көрсетілген. Бронх демікпесінің ұстамасы негізінде бронхолитикалық заттармен бірге жүрек-тамыр дәрілерін қолдану керек, себебі бронх демікпесінің ұстамасы қарт адамның жүрек-тамыр жүйесінің салыстырмалы компенсациялық жағдайынан тез шығаруы мүмкін.

Гормондармен (кортизон,гидрокортизон) емдеу бронх демікпесінің ұстамасын тыю және оның алдын алуда жақсы нәтиже береді. Бірақ кәрі жастағы науқастарға глюкокортикостероидтарды жас адамдармен салыстырғанда 2-3есе аз мөлшерде енгізген жөн. Емдеу барысында минималды тиімді мөлшерін анықтаған дұрыс.

Гормоналды емді жанама әсерлерінің мүмкіндігіне орай 3 аптадан ұзақ бермеген жөн. Глюкокортикостероидтармен бірге бронхолитиктерді қолдану керек, кейбір жағдайларда, ол гормоналды дәрілердің мөлшерін төмендету мүмкіндігін береді. Екіншілік инфекция кезінде, кортикостероидтармен қатар, антибиотиктер де көрсетілген. Кәрі адамдарда тіпті ең төмен мөлшердегі кортикостероидтардың өзі жанама әсер беруі мүмкін. Сондықтан глюкокортикостероидтарды тек келесі жағдайларда:

- басқа дәрілерге қоймайтын, бронх демікпесінің ауыр ағымы;
- астматикалық жағдай; интеркурентті ауру кезіндегі науқас жағдайының бірден нашарлауында қолданылады.

Жүрек жеткіліксіздігі дамығанда жүрек гликозидтері, диуретиктер тағайындалады.

Өте мазасыз науқастарға транквилизаторлар (триоксазин), бензодиазепин туындылары (хлордиазепоксид, диазепам, оксазепам), дифенилметан туындылары (амизил, метамизил) қолдануға болады. Қақырық түсіретін және секретолитикалық заттар ретінде жиі бромгексин, ацетилцистеин және физиотерапия қолданады.

Бронх демікпесін емдеуде емдік дене тәрбиесі, тыныстық жаттығуларға басты назар қойған жөн. Физикалық жаттығулар түрлері мен көлемі әр науқасқа жеке анықталады

Қорытынды

Бронх демікпесі-емделмейтін ауру. Терапияның басты мақсаты-күнделікті өмірдің дұрыс сақталуы, физикалық белсенділікті қоса. Приступ басталған жағдайда мейірбикенің көмегі, яғни науқасты ыңғайлы жерге төсек немесе диванға жатқызып, таза ауа бар жоғын қадағалап, кеудесі мен аяғына горчичник басады. Қазіргі кезде астмамен ауыратындар көбінесе қалталық ингаляторларды арнайы заттар қоспасын қолданады. Науқаста бронх демікпесі басталған сәтінде, ол қатты қорқыныш сезімінде болады, мейірбике науқасты тыныштандыру керек. Қазіргі кезде курорттық емдеу орындары өте көп, мұнда аллергиялық ауруларды емдеу шаралары жүргізіледі.

Қолданылған әдебиеттер

1. И.Г.Формина “Общий уход за больными”
2. А.А.Шептулин, А.М.Хохлов, А.Я.Гребенов “Основы общего ухода за больными ”
3. И.В.Яромвич “Сестринское дело.”
4. С.А.Мухина “Общий уход за больными.”
5. «Внутренние болезни» I том, глав.редакторы: А.И. Мартынов, Н.А.Мухин, В.С.Моисеев. Москва Гэотар-МЕД 2004
6. А.И.Башмакова “Азбука первой помощи”
7. В.Г.Веденко “Палатная медицинская сестра”
8. www.google.ru