

Леція №9

Спостереження та догляд за
пацієнтами з порушенням
кровообігу, тяжкохворими й
агонуєчими



Професор кафедри внутрішньої медицини
Пасечко Н. В.

Основні проблеми у хворих із захворюваннями серця:

- Біль у ділянці серця
- Задишка
- Серцебиття і перебої в роботі серця
- набряки
- Відчуття важкості в правому підребер'ї, розлади травлення
- Головний біль

- *Болі* в ділянці серця – кардіалгії можуть бути
- пов'язані з ураженням коронарних судин - коронарогенні (а - болі запального характеру - васкулітні; б - обтураційного характеру - ішемічні); з ураженням міокарду, перикарду, ендокарду.
- Ішемічні болі (стенокардитичні) - з'являються інтенсивні стискуючого характеру болі за грудниною, тривалість яких від кількох секунд до 15 хв, які віддають в ліву половину тіла, інколи супроводжуються страхом смерті. Стан, при якому болі виникають під час фізичного навантаження, називається стенокардією напруги. Часто при стенокардії спокою болі з'являються вночі. При стенокардії напруги - частіше вранці, наприклад, після сніданку, на шляху до роботи.
- Ішемічні болі: при інфаркті міокарда. Хворі відчувають інтенсивні стискаючі або пекучі болі в ділянці серця, які часто віддають в ліву половину тіла.
- При сухому перикардиті, біль колючо-деручого характеру по обидва боки від груднини.
- При ексудативному перикардиті хворий відчуває стискування в ділянці серця, деколи відчуття розпирання грудної клітки.
- Некоронарогенні болі: 1) захворювання нервової системи і м'язів плечового поясу;
- 2) патології ребер;
- 3) захворювання органів черевної порожнини;
- Вертеброгенні кардіалгії - це найчастіша причина кардіалгій після ІХС. Виникають вони внаслідок здавлення нервових корінців при остеохондрозі шийного і грудного відділів хребта.

- Біль у ділянці серця, причина якого не встановлена, а також напади стено-кардії, що затягнулись, треба розцінювати як загрозу інфаркту мюкарда. До приходу лікаря хворому з больовим синдромом в ділянці серця дають валідол або нітрогліцерин. Для цих ліків настає швидко, через 1-2 хв. Якщо причина болю не вщома, не можна проводити промивання шлунка, навіть якщо хворий скаржиться на болі в животі, нудоту і блювання.

- *Задишка* є ознакою недостатності серця. Вона може виникати гостро, у вигляді приступів задухи, часто вночі, що характерно переважно для недостатності лівого шлуночка.
- Задишка може виникати в спокої (при хронічній лівошлуночкової недостатності) або при фізичному навантаженні (в ранніх стадіях серцевої недостатності).
- Серцева астма - характеризується нападом задухи або відчуттям нехватки повітря. Вона розвивається раптово в стані спокою або через деякий час після фізичного чи емоційного напруження, часто вночі, під час сну, внаслідок швидкого наростання застою в малому колі кровообігу. Вона може ускладнитись набряком легень, внаслідок переходу рідкої частини крові із судинного русла і інтерстиціальної тканини в повітряносні шляхи.

- При задусі необхідно:
- а) покласти хворого з підвищеним головним кшцем;
- б) накладати джгути на нижні кінцівки;
- в) застосувати оксигенотерапію;
- г) терміново викликати лікаря.

- *Підсилене серцебиття* – відчуття хворим скорочень серця. Воно пов'язане з підвищеною збудливістю нервового апарату, що регулює серцеву діяльність. У здорових людей підсилене серцебиття спостерігається після фізичного навантаження. У хворих воно відмічається при лихоманці, після інфекцій, захворювань серця.
- Особи з тяжкими ураженнями серця серцебиття можуть відчувати постійно або воно може проявлятися нападом пароксизмальної тахікардії.
- *Перебої (arhythmia)* – відчуття короткочасної зупинки серця, завмирання його з “пустотою” в грудях. Частіше вони зумовлені екстрасистолією. Ці явища часто викликають у хворих страх.

- Якщо серцебиття виникло раптово, то хворому надають положення напівсидячи, дають серцеві засоби (валокордин і т. д.).
- При перебоях в роботі серця хворого заспокоюють, надають йому положення напівсидячи, забезпечують доступ свіжого повітря, дають випити 20-30 крапель настоянки валеріани, валокордину або корвалолу, забезпечують спокій та тишу в палаті.

- *Набряки* при захворюваннях серця є проявом правошлуночкової недостатності. Вони спочатку появляються під вечір, більше на нижніх кінцівках, а впродовж ночі проходять. Серцеві набряки сині, холодні.
- Набряки зменшуються або зникають після призначення сечогінних препаратів.
- При виражених набряках швидко виникають пролежні. Проводити ін'єкції лікарських речовин в набряклу підшкірну основу не потрібно, тому що препарат повільно всмоктується, через прокол просочується набрякова рідина і легко проникає інфекція.

- *Кашель* виникає внаслідок застою крові в малому колі кровообігу. Кашель сухий, іноді виділяється невелика кількість харкотиння. Сухий, часто надсадний кашель спостерігається у разі збільшення серця, головним чином лівого передсердя, або за наявності аневризми серця.
- *Кровохаркання* виникає внаслідок різкого застою крові в системі легеневої артерії, що часто спостерігається при стенозі мітрального отвору.
- *Головний біль* у хворих з захворюваннями серцево-судинної системи може бути ознакою гіпертонії. Головний біль у цих хворих зв'язаний з вираженим венозним застоєм в мозку і часто спостерігається зранку після сну. При різкому загостренні хвороби (гіпертонічна криза) головний біль посилюється, супроводжується головокружінням, шумом в вухах, блюванням і т. д. Головний біль буває у хворих з пониженим артеріальним тиском (нейроциркуляторна гіпотонія), при атеросклерозі мозкових судин.

- Догляд за хворими з недостатністю кровообігу:
- Позитивну дію має інгаляційне введення кисню. У хворих значно зменшуються задишка і задуха. Треба слідкувати, щоб повітря в палаті було свіжим, нормальної температури і вологості.
- Догляд за хворими на ліжковому режимі переблачає проведення гігієнічних процедур, утримання ліжка у належному стані та профілактику пролежнів.
- Їжа повинна бути зниженої калорійності з підвищеним вмістом вітамінів групи В і С. Кількість рідини і солі повинна бути обмежена. Солі калію мають сечогінний ефект, тому рекомендують вживати картоплю, курагу, інжир, капусту, тобто продукти, яю містять багато калію. Сечогінну дію має дієта Карреля, при якій хворому дають по 100-150 мл молока 6 разів на день.

- Хворих з недостатністю кровообігу треба щоденно зважувати, а також слідкувати за діурезом і кількістю випитої рідини (включаючи супи). Розрахунок добового діурезу, кількості вжитої рідини і даних зважування дозволяють судити про збільшення набряків або їх зменшення.
- Треба пам'ятати, що хворий без підвищення температури втрачає за добу 0,5-1 л рідини з потом, через дихальні шляхи з нього виходить коло 200 мл і з калом - близько 100 мл рідини. У хворих з підвищеною температурою тіла виведення води з потом значно зменшується. Вимірюють кількість сечі, зібраної за добу в одну посудину або порціями, і дані записують в температурний лист.
- При виявленні прихованих набряків вимірюють кількість денної і нічної сечі. Для цього збирають дві порції сечі: одну - з 8 до 20 год і другу - з 20 до 8 год. У здорових осіб кількість денної сечі більша, ніж нічної, а при наявності прихованих набряків - навпаки.
- При наявності виражених набряків, особливо асцитів, треба слідкувати за кількістю вжитої їжі, оскільки апетит у цих хворих знижений. Якщо хворі скаржаться на закрепи, то застосовують послаблюючі клізми.

Загальний і спеціальний догляд за тяжкохворими і агонуючими.

- За тяжкохворими, які знаходяться на лікуванні у відділенні, необхідно організувати невідступний нагляд вдень і вночі. Середній медичний персонал зобов'язаний знати стан усіх тяжкохворих у будь-який момент. При цьому слід контролювати забарвлення шкіри і слизових (наростання інтенсивності чи розширення ціанозу шкіри і слизових оболонок, поява раптової блідості чи інтенсивного плеторичного забарвлення), частоту пульсу, величину артеріального тиску і його зміни, частоту і зміни глибини дихання. Про всі виявлені зміни слід негайно повідомляти лікуючого або чергового лікаря.
- Велике значення для тяжкохворих мають гігієнічні заходи. Кожному такому хворому потрібно щоденно обтирати тіло теплою водою з додаванням спирту, оцту чи одеколону. Під простирadlo підкладають клейонку. Для запобігання переохолодження шкіру відразу витирають насухо. Неохайним хворим, а також, при мимовільному сечопуску і нетриманні випорожнень обтирання повторюють після кожного забруднення шкіри. За відсутності протипоказів хворий з допомогою медичної сестри чи санітарки вмивається вранці і миє руки перед прийомом їжі.

- Тяжкохворим необхідно протирати зуби і язик, промивати ротову порожнину, особливо, якщо хворий дихає ротом або при обмеженому вживанні рідини. Язик захоплюють стерильною марлевою серветкою і лівою рукою витягують з рота, а правою рукою серветкою, змоченою слабким розчином натрію гідрокарбонату, затиснутою пінцетом, обтирають язик, ясна. При ознаках стоматиту використовують 7% розчин бури у гліцерині. Для запобігання запалення вивідних протоків слинних залоз не рекомендують протирати слизову щік, а хворому дають смоктати кусочки лимона, що збільшує слиновиділення.
- Для промивання ротової порожнини, за відсутності протипоказів, хворому допомагають звестися в ліжку з нахиленою допереду головою. Шию і груди прикривають клейонкою, під підборіддя підкладають лотік. В іншому випадку хворий зберігає горизонтальне положення, а голову повертають набік. Кутик рота відтягують шпателем і промивають рот, використовуючи шприц чи гумовий балон слабким (0,5-1%) розчином натрію гідрокарбонату, бури (2-3%), калію перманганату (1: 10000). Слід остерігатися попадання рідини в дихальні шляхи. Перед протиранням язика і промиванням рота слід вийняти знімні зубні протези. Їх ретельно мють і зберігають сухими. Зубні протези обов'язково знімають у хворих без свідомості.

- Здійснюють догляд за очима, носом, вухами.
- Ліжко хворого повинно бути зручним і чистим, білизна без швів, добре розправлена, без складок. Кожні 2-3 год хворому допомагають змінити положення тіла. Чисту шкіру спини і попереково-крижової ділянки протирають камфорним спиртом. Щоб не створювати незручностей у догляді на хворого без свідомості вдягають сорочку-розлітайку або не одягають натільної білизни, а прикривають простирадлом. Ліжкова білизна повинна бути легкою.
- Важливою частиною догляду є забезпечення зручного положення хворого з використанням функціонального ліжка, яке може бути перетворене у крісло. При психоемоційному збудженні до ліжка приєднуються бокові стінки. Все, що є необхідним для пацієнта, (плювальниця, чашка з чаєм, серветки) на приліжковій тумбочці розміщують так, щоб хворий без напруження зміг дістати.
- Звільнення кишечника. Неспроможність звільнення кишечника створює дискомфорт. Чим тривалішим є відкладання акту дефекації, тим важчою стає ця процедура пізніше. Якщо дозволяє стан хворого, то за дозволом лікаря може бути використаний санітарний стілець, який має круглий отвір у сидінні під який підставляють відро чи судно. Медична сестра чи санітарка допомагають хворому перейти з ліжка на стілець. Після випорожнення кишечника проводять підмивання хворого і вкладають його в ліжко. Судно випорожнюють, миють, дезінфікують і повертають до ліжка тяжкохворого. За необхідності застосовують свічки з гліцерином, на ніч призначають 200 мл однодобового кефіру з 1 столовою ложкою рослинної олії, відварений чорнослив. При неефективності призначуваних заходів хворому проводять очисну клізму за загальноприйнятою методикою.

- Старанного догляду і нагляду потребують хворі, які перебувають в непритомному стані. Причини непритомного стану різноманітні: він може виникати при порушеннях мозкового кровообігу, лихоманці. Слід пам'ятати, що раптова втрата свідомості у хворого, стан якого до цього був задовільним дуже часто є ознакою грізного ускладнення: тромбозу великої судини, кровотечі, отруєння. Тому при раптовій втраті хворим свідомості необхідно негайно викликати лікаря, при цьому середній медичний персонал не може залишати хворого без нагляду. Наступні заходи залежать від тієї причини, яка викликала втрату свідомості.
- У тяжкохворих можуть спостерігатися судоми і паралічі. Судоми - це мимовільне скорочення м'язів певної ділянки або всього тіла. При догляді таких хворих не потрібно обмежувати в рухах, а для профілактики травм пацієнта кладуть на м'яку поверхню.
- При паралічі втрачається рухомість певної частини тіла. Паралічі виникають при ураженнях головного, спинного мозку чи периферичних нервів. Такі хворі змушені тривало перебувати в ліжку, при цьому у частині тіла, де є ознаки паралічу, значно погіршується живлення тканин, що сприяє швидкому виникненню пролежнів.

- *Інтенсивна терапія (ІТ)* - невідкладна частина сучасної прогресивної організації охорони здоров'я. ІТ використовує різні способи лікування, спрямовані на усунення порушень життєво-важливих функцій організму хворих, що знаходяться у критичному стані. У цих відділеннях працюють висококваліфіковані спеціалісти, які володіють сучасними технологіями підтримання життя хворого.
- У відділенні ІТ можуть лікуватися пацієнти з однаковим діагнозом, такі відділення називаються спеціалізованими (інфарктні, токсикологічні, ниркові). Створюють також відділення ІТ загального профілю для хворих, які потребують спеціального догляду та лікування. Тут можуть лікуватися хворі з гострою нирковою чи дихальною недостатністю, оперовані чи важкотравмовані, з післяопераційними ускладненнями чи метаболічними кризами. У такому відділенні найчастіше займаються синдромною терапією порушень, які є прогностично несприятливими для життя хворого. Сюди можуть госпіталізувати хворих з приймального відділення або переводити з інших відділень лікарні. При відновленні життєвих функцій хворих переводять у профільні відділення.
- Відділення ІТ оснащене контрольно-діагностичною апаратурою (монітори, сучасна апаратура для лабораторних досліджень). Тут є постійний запас лікувальних засобів (свіжа донорська кров, гормональні засоби, адреналін, інсулін, лазикс, наркотичні середники, міорелаксанти) та стерильних шприців і голок, систем крапельного вливання, обладнання для реанімації.
- Організовує роботу відділення лікар-анестезіолог. Медичні сестри повинні пройти спеціальне навчання і оволодіти навиками застосування відповідної апаратури і обладнання при загрозливих для життя хворого станах. Слід пам'ятати, що найсучасніша апаратура не може замінити візуального спостереження, яке є важливим методом оцінки стану хворого. Увагу зосереджують на таких ознаках: стан свідомості, наявність лихоманки, стан серцево-судинної системи (пульс і артеріальний тиск), частота дихання. Особливу увагу звертають на ознаки, яких попередньо не виявляли у хворого (болі в животі, блювота, кровотеча, аритмія).

- У відділенні 4-6 ліжок, які обслуговує одна сестра. На центральному пункті відділення розміщують сестринський пост. Тут є електронний реєстратор і контрольний пункт для моніторів усіх хворих відділення. Зручно розміщують аптечну шафу і сейф, невеликий лабораторний стіл, стіл з телефоном для роботи медсестри. У відділенні обладнують реанімаційний зал.
- До того часу, як денна зміна заступить на чергування, проводять спільний обхід з сестрами, що чергували вночі. Вивчають записи спостережень на кожного хворого. В першу годину після передачі чергування медсестри проводять забір проб для досліджень і виконують невідкладні призначення. Молодші медичні сестри збирають проби для досліджень, вимірюють виділену кількість сечі, виділень з дренажів і відправляють їх у лабораторію. Медичні сестри підраховують показники водно-електролітного обміну, на основі яких лікар визначить потребу в рідині та електролітах на наступну добу. Після цього лікарі виконують вранішній обхід, у разі потреби запрошують консультантів, проводять консіліуми, під час яких обгрунтовують терапію на наступні 24 год. Лікар у листочку призначень погодинно визначає послідовність діагностичних і лікувальних маніпуляцій і передає його медичній сестрі.
- Медичні сестри проводять індивідуальний догляд за хворими, у разі потреби змінюють положення тіла, відсмоктують слиз, здійснюють заходи, необхідні для функціонування катетерів чи проводять внутрішньовенні вливання. Втрата рідини з блювотою, кровотечею, з сечею, виділеннями з рани через дренажні трубки фіксується у листочку індивідуальних спостережень. При штучній вентиляції легень і при догляді за хворими з інтубаційною трубкою або трахеостомою виконують вказівки, зазначені лікарем у призначеннях.

- Медичні сестри забезпечують харчування хворих, найчастіше рідкою їжею з поїльника; у разі необхідності призначається парентеральне харчування.
- Санітари після вранішніх і вечірніх процедур провітрюють і прибирають палати, виносять використану білизну, порожні флакони. Інструменти та інші предмети миють і дезінфікують. Поповнюють запаси постільної білизни, миючих і дезінфікуючих засобів. Допомагають медичним сестрам виконувати поточні призначення.
- Спілкування медиків з хворими у відділенні ІТ має свої особливості. У відділення госпіталізуються хворі у важкому стані. Факт термінової госпіталізації більшості хворих заподіює психічну травму, викликає серйозні побоювання за життя, сприймається як катастрофа життєвих планів і надій. Часто психотравма поєднується з важкими фізичними стражданнями. Медичній сестрі, що тривало залишається наодинці з такими хворими, належить створювати сприятливий психологічний клімат, кріпити віру хворого в свої сили.
- Оточення хворого у відділенні інтенсивної терапії є чужим і лякаючим для нього. Важко відрізнити день від ночі, коли постійно увімкнуті лампи. Обмеження рухів внаслідок приєднання до електродів, крапельниць та інших приладів, відсутність спілкування з родичами і друзями видаються хворим обтяжливими. Медперсонал допомагає пацієнту справитись з усіма цими труднощами. Потрібна тиша, використовують штори, щоб пацієнт міг бачити лише персонал, а не сторонніх. У разі потреби, використовують місцеве світло. Відчуття ізоляції хворого зменшують знайомі йому предмети, які дозволяється поставити на тумбочку біля ліжка (годинник, радіо, фото).
- Медична сестра є посередником між хворим і відвідувачами. Потрібно готувати родичів до зустрічі з хворим: попередити про його стан, про необхідність утриматись від несприятливої для нього інформації. Медсестра має право перервати візит, якщо відвідувачі змушують хворого проти його волі підписати документ чи заповіт. Про причину, з якої був перерваний візит, повідомляють лікаря.

- Робота медичного персоналу у відділенні ІТ має свою специфіку, яка зумовлена малим робочим простором, важким контингентом хворих, високою смертністю, частими критичними ситуаціями. Зважаючи на це, медичний персонал повинен вивчати не тільки новітні технології допомоги, але і психологію пацієнтів і свою власну. Складні діагностичні прилади, увага до них, заступають особистість пацієнта і його переживання. Прилади і стрічки можуть робити медиків холодними і байдужими. Всі призначення необхідно виконувати з м'якою настирністю, впевнено, без тіні переляку і розгубленості в очах, якими б не були обставини. Хворі болісно сприймають недостатньо аргументований оптимізм. Необхідно орієнтувати їх на те, що захворювання важке, але хворий перебуває під надійним захистом і пильною увагою і повинен розуміти необхідність виконання вказівок медичного персоналу.
- Слід пам'ятати, що хворий слідує за словами і мімікою, тому всі службові розмови ведуться поза палатою. Пацієнт з потьмареною свідомістю може чути, якщо до нього звернутися з поясненням що з ним сталося. Для хворого є стресом, коли він бачить перешіптування лікаря і медичної сестри замість того, щоб говорити з ним самим. Неминуче деякі пацієнти помруть. Медичні працівники повинні привести в порядок оточення ліжка і померлого до прощального огляду родичами, якщо вони бажають цього.



Дякую за увагу!

