

*Оценка функционального состояния
пациента. Наблюдение за
пациентами*



Вопросы, разбираемые на занятии:

- Режимы двигательной активности пациента, виды положения пациента в постели.
- Состояние сознания, состояние кожных покровов.
- Характеристика общего состояния пациента на основании состояния сознания, положения в постели, выражения лица и выраженности симптомов болезни.
- Определение понятия «отек»



Режимы активности больного. Положение больного в постели



Строгий постельный	Постельный	Полупостельный	Общий режим
Не двигается в постели, м/с кормит и осуществляет все гигиенические мероприятия	Поворачиваться разрешается, но не покидать постель, м/с выполняет гигиенические мероприятия и кормит	Передвигается в пределах палаты, кормление в палате, м/с помогает осуществлять гигиенические мероприятия или сам	Самостоятельно себя обслуживает, ходит в столовую, можно осуществлять прогулки по территории



Положение больного в постели, как правило, указывает на тяжесть заболевания. Положение больного может быть:

- активным;
- пассивным;
- вынужденным.



Активное положение больной может произвольно изменить, хотя и испытывает при этом болезненные или неприятные ощущения. Активное положение свойственно больному с легким течением заболевания.

Пассивное положение свидетельствует о тяжелом течении заболевания. Иногда это положение может быть неудобным для больного (опущена голова, подвернуты ноги), но самостоятельно изменить его в постели больной не может из-за сильной слабости или утраты сознания.



Вынужденное положение больной занимает для улучшения своего самочувствия. К примеру, при приступе бронхиальной астмы больной садится на край кровати, упираясь руками, и наклоняет туловище вперед. При болях в желудке больной принимает коленно-локтевое положение. При плеврите, крупозной пневмонии, пневмотораксе (воздух в грудной клетке) больной лежит на больном боку, облегчая тем самым дыхательную экскурсию здорового легкого.



Состояние сознания, состояние кожных покровов



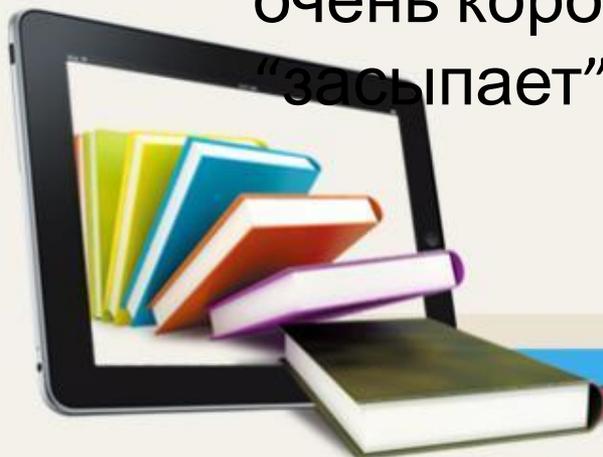
В терапевтических отделениях медицинские сестры в основном имеют дело с больными в *ясном сознании*. При этом больной полностью ориентируется в окружающей обстановке, четко отвечает на поставленные вопросы.

Помраченное (неясное) сознание проявляется в равнодушном, безразличном отношении больного к своему состоянию, на вопросы он отвечает правильно, но с некоторым опозданием.



Ступор (оглушение) - больной плохо ориентируется в окружающем, вяло, медленно отвечает на вопросы, иногда не по существу, и тут же начинает дремать, впадает в состояние оцепенения.

Сопор - глубокое помрачение сознания. При таком виде нарушения сознания больной находится в состоянии “спячки”. Только громкий окрик, болевое воздействие (укол, щипки и т.д.) могут вывести его из такого состояния, но на очень короткое время, затем он вновь “засыпает”.



Кома - полная утрата сознания. Больной не реагирует на болевые и звуковые раздражители, отсутствуют рефлексы. Кома свидетельствует о значительной тяжести заболевания. Она развивается, например, при тяжелом течении сахарного диабета, при почечной и печеночной недостаточности, при отравлении алкоголем.



Бред - это ложное, абсолютно не корригируемое суждение. Различают тихий и буйный бред. При буйном бреде больной крайне возбужден, вскакивает с постели, и в таком состоянии могут принести вред как себе, так и окружающим их больного.

Галлюцинации бывают слуховые, зрительные, обонятельные, тактильные. При слуховых галлюцинациях больной разговаривает сам с собой или с мнимым собеседником. При зрительных галлюцинациях больной видит то, чего на самом деле нет. Обонятельные галлюцинации сопровождаются у больного ощущением неприятных запахов, изменением вкуса. Тактильные галлюцинации – это ощущение ползания по телу насекомых, микробов и т. д.



При осмотре *кожных покровов* обращают внимание на их окраску, наличие на коже сыпи, рубцов, расчесов, влажность, эластичность и др., например, расчесы на коже бывают при заболеваниях печени, при почечной недостаточности. Окраска кожных покровов зависит от степени кровенаполнения сосудов, толщины и прозрачности кожи. У здоровых людей кожа бледно-розового цвета.

При заболеваниях она может быть бледной, гиперемированной (красной), синюшной, желтушной.



Бледная окраска кожи связана с недостаточным наполнением кожных сосудов кровью (спазм сосудов, уменьшение объема крови из-за кровопотери).

Гиперемия кожи (красная окраска) может иметь кратковременный характер (стыд, гнев, волнение), она возникает под влиянием психического возбуждения, при лихорадке и др.



Синюшная окраска (цианоз) кожных покровов обусловлена плохим насыщением крови кислородом или замедлением кровотока.

Цианоз бывает общий и местный. Общий цианоз встречается при заболеваниях легких, сердца. Кожа при этом имеет голубовато-синеватый или темно-фиолетовый цвет. Местный цианоз является следствием локального застоя крови в венах и затрудненного ее оттока. Если цианоз располагается на губах, кончике носа, ушных раковинах, щеках, он носит название *акроцианоза*



Темно-бурая окраска кожи наблюдается при надпочечниковой недостаточности.

Желтушная окраска кожи и слизистых возникает при накоплении желчных пигментов (билирубин) в коже и слизистых оболочках вследствие нарушения оттока желчи из печени в результате закупорки желчного протока (камнем при желчно-каменной болезни, опухолью при раке), заболеваниях печени (гепатит, цирроз) или гемолизе (разрушении) эритроцитов.



**Характеристика общего
состояния пациента на
основании состояния сознания,
положения в постели, выражения
лица и выраженности симптомов
болезни**



Общее состояние больного оценивается на основании его сознания, положения в постели, выражения лица и проявления симптомов заболевания.

Общее состояние больного может быть удовлетворительное, средней тяжести и тяжелое.



При *удовлетворительном состоянии* положение больного активное, выражение лица без особенностей, сознание ясное. Больной активен, может обслужить себя, активно беседует с соседями по палате. Могут определяться многие симптомы болезни, но они не мешают проявлять активность.



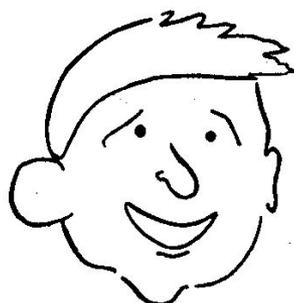
При *состоянии средней тяжести* сознание больного ясное, выражение лица болезненное. Большую часть времени он находится в постели, так как активные действия усиливают общую слабость и болезненные симптомы. Более выражены симптомы основного заболевания и патологические изменения внутренних органов и систем.



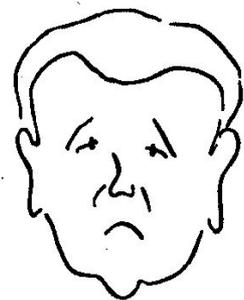
При *тяжелом состоянии* положение больного в постели пассивное, возможны различные степени угнетения сознания, жалобы и симптомы заболевания выражены значительно, выражение лица страдальческое.



Выражение лица
больного отражает
его состояние,
переживание,
страдание.



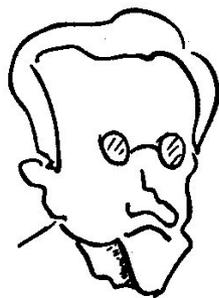
Радость



Страдание
(грусть)



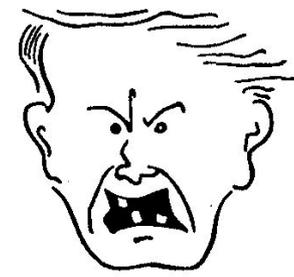
Удивление



Отвращение
(пренебрежение)



Страх



Гнев



Определение понятия «оте́к»



Отек - это скопление жидкости в тканях. При наличии отеков у пациента необходимо обратить внимание на их локализацию, консистенцию, степень выраженности.



Характеристики дыхания, ТИПЫ ДЫХАНИЯ



Дыхание — это основной жизненный процесс, который обеспечивает непрерывное поступление кислорода в организм и выделение из организма углекислоты и водяных паров.



Различают следующие типы дыхания у человека в зависимости от вовлечения в процесс отделов грудной клетки.

Грудной – дыхательные движения осуществляются в основном за счет сокращения межреберных мышц. При этом грудная клетка во время вдоха расширяется и слегка приподнимается, а во время выдоха суживается и незначительно опускается. Такой тип дыхания характерен для женщин.



Брюшной – дыхательные движения осуществляются за счет сокращения мышц диафрагмы и мышц брюшной стенки. Этот тип дыхания встречается преимущественно у мужчин.

Смешанный – дыхательные движения осуществляются одновременно при помощи сокращения межреберных мышц и диафрагмы. Такой тип дыхания встречается чаще у спортсменов.



По глубине:

Поверхностное дыхание: -

проявляется снижением амплитуды дыхательных движений;

Глубокое дыхание: - характеризуется увеличением амплитуды дыхательных движений грудной клетки.



По частоте:

- Нормальное дыхание – частота 16 – 20 в 1 минуту;
- Брадипноэ - редкое дыхание с частотой менее 16 в 1 минуту;
- Тахипноэ - учащенное дыхание с частотой более 20 в 1 минуту.



**К патологическим типам
дыхания относятся дыхание
Чейна-Стокса, Кулссмауля, Биота.**



Дыхание Чейна-Стокса

характеризуется тем, что у пациента после некоторого количества дыхательных движений наступает длительное апноэ (от 0,5 до 1 мин.), а потом появляется редкое поверхностное дыхание, которое постепенно учащается и углубляется, пока не достигнет максимальной глубины. Затем дыхание становится более редким и поверхностным вплоть до полного прекращения и наступления новой паузы



Дыхание *Куссмауля* - это редкое, но шумное и глубокое дыхание.

При дыхании *Биота* - дыхательные движения время от времени прерываются паузами (апноэ), которые длятся от нескольких секунд до 0,5 мин.



Одышка – это нарушение частоты, ритма, глубины дыхания, проявляющегося субъективным ощущением нехватки воздуха. Различают физиологическую и патологическую одышку. Физиологическая одышка возникает у здорового человека после физической нагрузки, нервного стресса, патологическая - при заболевании органов дыхания и сердечно-сосудистой системы.



Различают следующие виды патологической одышки:

- - инспираторную - затруднен вдох, возникает при механических препятствиях в верхних дыхательных путях (стеноз гортани, спазм голосовой щели, сдавление крупного бронха опухолью и т.д.) ;
- - экспираторную - затруднен выдох, возникает при сужении мелких бронхов (например, у больных бронхиальной астмой);
- - смешанную (затруднены и вдох, и выдох).

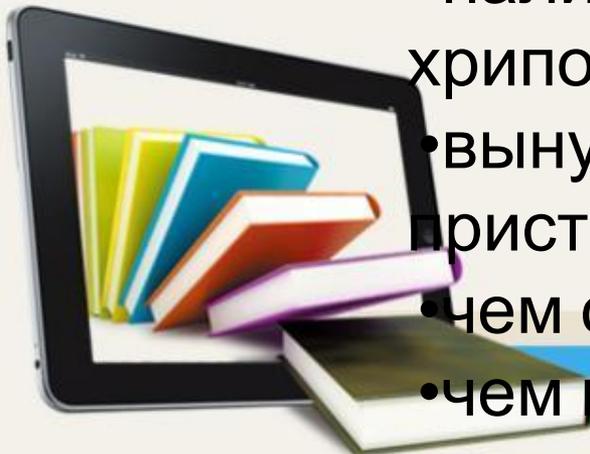


Удушье (астма, asthma) – внезапно возникающее и резко выраженное ощущение недостатка воздуха, не связанное непосредственно с физической нагрузкой. Удушье, также как и одышка, относится к ощущению дыхательного дискомфорта, к ощущению «недостатка воздуха». Однако, в отличие от одышки, это всегда острая ситуация, требующая неотложной помощи. Больной чаще всего не различает тяжелую одышку и удушье, но дифференциация совершенно необходима врачу, как для диагностики, так и для выработки правильной лечебной тактики.



Схема характеристики приступа удушья:

- характер удушья, который, также как и характер одышки, определяется как инспираторный, экспираторный и смешанный;
- с чем непосредственно связано возникновение удушья (резкие запахи, простудные заболевания, прием пищи или определенных лекарств и т.п.);
- наличие и тональность дистанционных хрипов;
- вынужденное положение во время приступа удушья;
- чем сопровождается приступ удушья,
- чем купируется приступ удушья.
- как оканчивается приступ удушья



Клиническая оценка приступа удушья.

Удушьем инспираторного характера клинически проявляется отек гортани и/или трахеи аллергического или токсического генеза. Реже, обычно у детей, стридор может быть обусловлен вдыханием инородного тела в трахею или в крупный бронх. Для стридора, также как и для стридорозного дыхания, характерен шумный вдох, иногда – свистящие хрипы на вдохе.



Подсчет дыхательных движений

