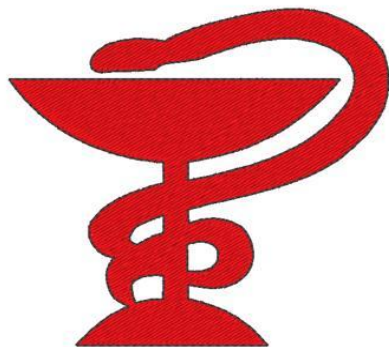


ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н. Ляпиной»

## ЛЕКЦИЯ

*по ПМ Выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больным*  
*МДК 01 Теория и практика сестринского дела*

## Оценка функционального состояния пациента



для специальностей:  
31.02.01 Лечебное дело  
31.02.02 Акушерское дело  
34.02.01 Сестринское дело

Составили преподаватели:  
Головко Д.А.  
Шевченко Л.А.

Самара, 2018

# *Сестринское обследование -*

это сбор информации о пациенте, его личности, образе жизни и отражение полученных данных в сестринской истории болезни.



- Цель сестринского обследования пациента — выявление нарушенных потребностей человека для планирования сестринского ухода.

Сестринское обследование является независимым и не может подменяться врачебными, так как перед ними стоят разные задачи



Методика сестринского обследования пациента основана на модели Вирджинии Хендерсон. Данная модель направлена на выявление физиологических, а также психологических и социальных потребностей пациента, которые могут быть удовлетворены благодаря сестринскому уходу.



Virginia Henderson  
1897-1996



# Несколько правил терапевтического общения с пациентом.

- Не забудьте представиться пациенту и сообщить ему цель беседы. Будьте вежливы, обращайтесь к пациенту на "Вы" и по имени и отчеству.
- При общении с пациентом смотрите ему в лицо, найдите его глаза, улыбайтесь, одобрительно кивайте.
- Внимательно слушайте.
- Проявляйте сочувствие, искренний интерес и участие, будьте естественны.
- Говорите внятно, доходчиво и неторопливо.
- Пользуйтесь исключительно положительной интонацией Вашего голоса. Это очень важно.
- Не раздражайтесь и не повышайте голоса!
- Не требуйте точной идентификации имен медперсонала, названий предметов или лекарств.
- Не оценивайте поведение пациента, как личное отношение к Вам.
- Никогда не ругайтесь и не спорьте с пациентом.
- Не показывайте своих чувств, особенно если расстроены.

## Цель субъективного обследования:

- Установление доверительных отношений;
- Выработка адекватной самооценки пациентом его беспокойства и тревоги;
- Определение ожиданий пациента от планируемого лечения.



- проводите его в отдельном помещении (например смотровой комнате), где тепло, тихо и имеется хорошее естественное освещение;
- создайте доброжелательную и удобную обстановку;
- соблюдайте конфиденциальность;
- внимательно выслушивайте пациента, чтобы понять его запросы и нужды
- соблюдайте принципы деонтологии
- планируйте свою деятельность в виде письменного плана

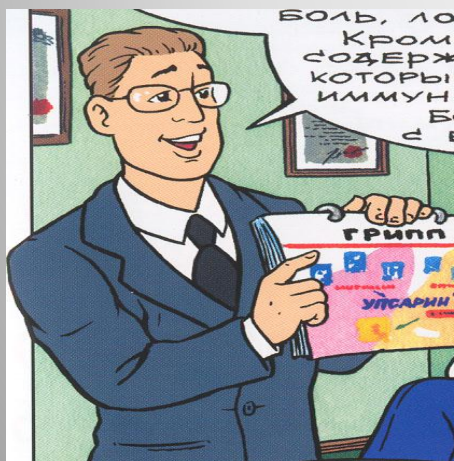
Медицинская сестра задает вопросы, а пациент на них отвечает. Данные расспроса заносятся в сестринскую карту наблюдения. Для каждой из нарушенных потребностей существует примерный перечень вопросов, задаваемых медицинской сестрой.

# Субъективное обследование

- Источники информации
- Пациент

- Немедицинское окружение пациента

- Медицинское окружение пациента





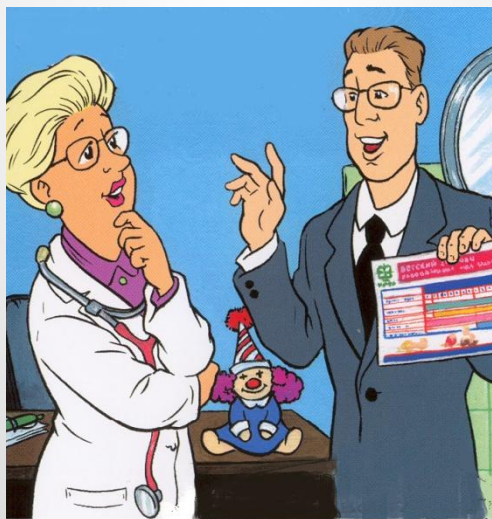
# Интервью - расспрос

**Жалобы**

**Анамнез болезни  
(Anamnesis morbi)**

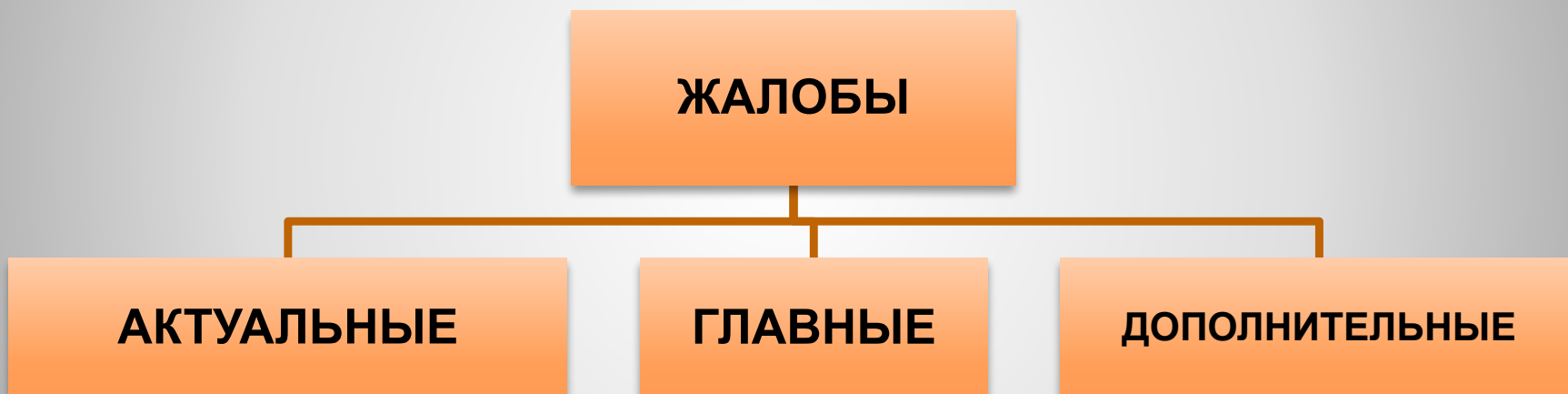
**Анамнез жизни  
(Anamnesis vitae)**

**Расспрос по  
системам**



**Жалобы пациента дают возможность выяснить причину заставившую обратиться к врачу.**

**Жалобы – это то что беспокоит пациента в настоящий момент:**



Главные жалобы - это те проявления заболевания, которые больше всего беспокоят пациента, более резко выражены. Обычно главные жалобы и определяют проблемы пациента и особенности ухода за ним.

# Анамнез болезни

*Anamnesis morbe* – первоначальные проявления болезни, отличающиеся от тех, которые пациент предъявляет, обратившись за медицинской помощью

- **Когда и как заболел:**
- Когда впервые были боли;
- Как были выявлены первые признаки;
- Предыдущее обращение к врачу;
- Предыдущее лечение.



# Анамнез жизни

*Anamnesis vitae* – позволяет выяснить, как наследственные факторы, так и состояние внешней среды, что может иметь прямое отношение к возникновению заболевания у данного пациента.

- Перенесенные заболевания (острые, хронические)
- Перенесенные операции
- Аллергологический анамнез (побочные действия лекарств – каких, какое)
- Условия и характер выполняемой работы;
- Вредные привычки.





# Распрос по системам

**Дыхательная  
система**

**Сердечно-  
сосудиста  
я  
система**

**Пищеварительная  
система**

**Моче-  
выделительна  
я  
система**

**одышка**

**кашель**

**мокрота**

**боли в сердце**

**изменения Д**

**аппетит**

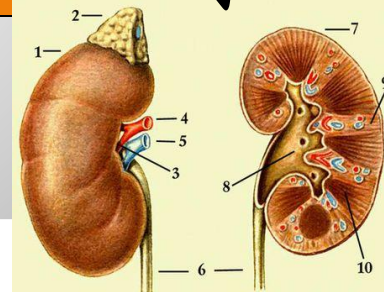
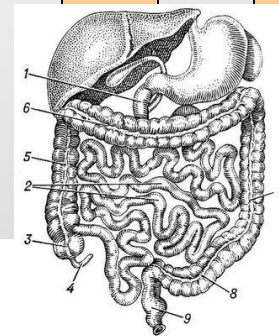
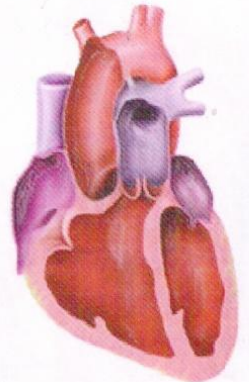
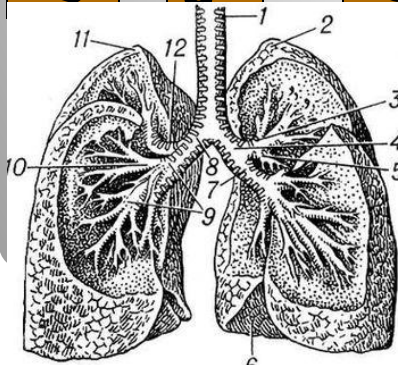
**глотание**

**стул**

**мочеиспускание**

**цвет мочи**

**прозрачность**



# Сбор информации при нарушении потребности дышать

- Примерный перечень вопросов, задаваемых медицинской сестрой при беседе с пациентом
  - Существуют ли у Вас проблемы с дыханием?
  - В чем они проявляются?
  - Были ли у Вас раньше приступы затрудненного дыхания (одышка)?
  - Что вызывает кашель?
  - Какой характер имеет кашель (мокрота есть или нет)?
  - От чего уменьшается кашель?
  - Курите ли Вы?
  - Сколько сигарет Вы выкуриваете в день?
  - Есть ли у Вас родственники, страдающие заболеваниями органов дыхания?
  - Связана ли Ваша работа с профессиональными вредностями?

# Сбор информации при нарушении потребности спать и отдыхать

- Примерный перечень вопросов задаваемые медицинской сестрой при беседе с пациентом:
  - Существуют ли у Вас проблемы со сном?
  - Не беспокоит ли Вас бессонница?
  - Длительность Вашего сна?
  - Ваш сон прерывистый?
  - Продолжительность Вашего рабочего дня?
  - Удобна ли для сна Ваша кровать?
  - На какой подушке предпочитаете спать?
  - Есть ли у Вас время отдохнуть днем?

## Сбор информации при нарушении потребности соблюдать личную гигиену

- Примерный перечень вопросов задаваемые медицинской сестрой при беседе с пациентом
  - Существуют ли у Вас проблемы с соблюдением личной гигиены?
  - Можете ли Вы ухаживать за своим внешним видом?
  - Способны ли Вы самостоятельно умываться?
  - Способны ли Вы самостоятельно ухаживать за полостью рта?
  - Способны ли Вы самостоятельно принимать душ и мыть свое тело?
  - Можете ли Вы самостоятельно переодеваться?
  - Нужна ли Вам посторонняя помощь?



## Методы обследования пациента

### субъективное обследование

Расспрос пациента о проблемах, связанных с его здоровьем.

### объективное обследование

- осмотр,
- наблюдение за пациентом,
- пальпация,
- перкуссия,
- аускультация,
- термометрия,
- измерение АД
- исследование пульса и др.

### дополнительное обследование

Результаты лабораторных и инструментальных методов обследования



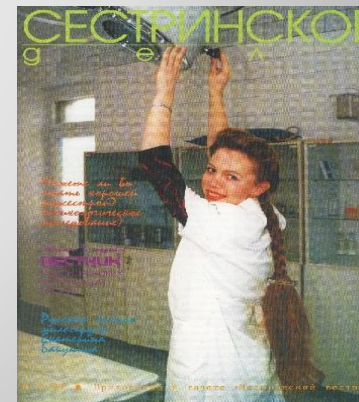
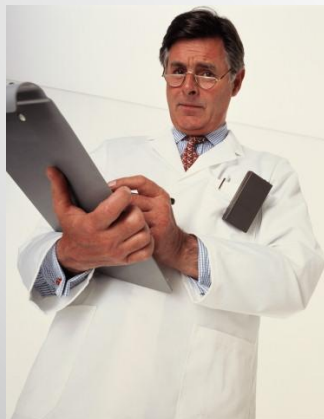
# Объективное исследование

- Источники информации
- Пациент

- Медицинская документация

- Медицинское окружение пациента

- Дополнительные источники (медицинская литература)



Начинают осмотр с оценки общего состояния пациента. Она основывается, на данных самочувствия пациента, состояния его сознания, активности, функции основных органов и систем. В большинстве своем принята оценка качественная, субъективная, но она позволяет четко определить четыре градации общего состояния пациента.



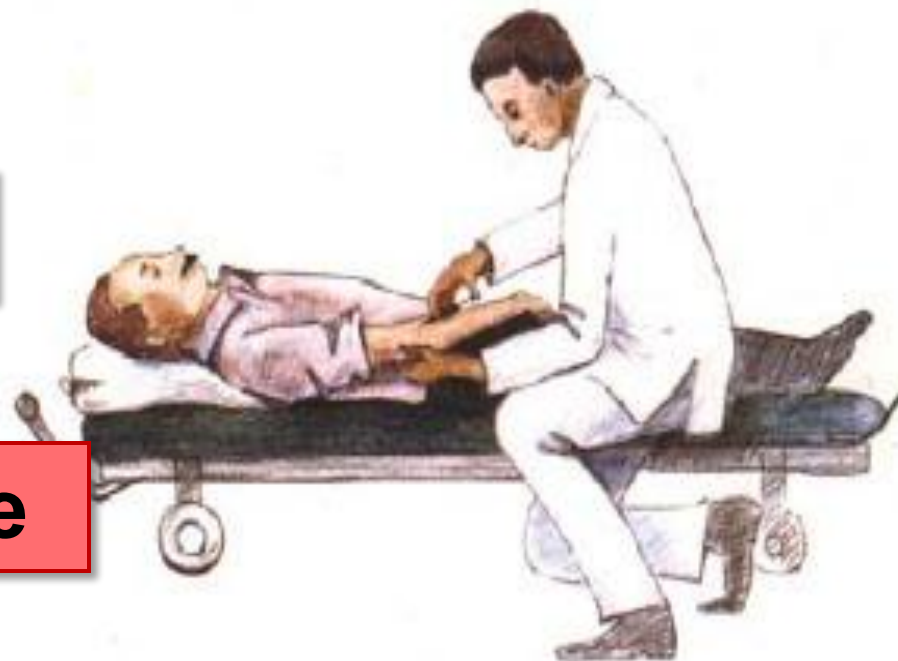
# Общее состояние

Удовлетворительное

Средней тяжести

Тяжелое

Крайне тяжелое





**Удовлетворительное состояние:** пациент в сознании, активен, контактен, цвет кожных покровов и слизистых оболочек обычный, функция сердечно-сосудистой и дыхательной систем не нарушена, общей реакции организма на локальный процесс не отмечается.

**Состояние средней тяжести:** сознание сохранено, но «неадекватно» по поведению — пациент угнетен или эйфоричен; цвет кожных покровов и слизистых оболочек умеренно изменен — бледный, сероватый, цианотичный или желтушный оттенок; отмечается общая реакция организма на локальный процесс в виде умеренного нарушения функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также, функциональных нарушений других органов переходящего характера.

***Тяжелое состояние:*** сознание нарушено по типу сопора или ступора; кожные покровы и слизистых оболочек с выраженным изменением окраски, нарушен температурный режим; полиорганные функциональные нарушения в состоянии субкомпенсации, особенно сердечно-сосудистой и дыхательной систем, печени и почек.

***Крайне тяжелое состояние:*** нарушение сознания в виде комы; цвет кожных покровов и слизистых оболочек резко изменен за счет декомпенсации функциональной деятельности всех органов и систем.

# СОЗНАНИЕ

ЯСНОЕ

СПУТАННОЕ

ОТСУТСТВУЕТ



СТУПОР

СОПОР

КОМА



**Сопор** (лат. sopor - беспмятство, бесчувственность) - состояние глубокого угнетения сознания с утратой возможности контакта с пациентом, но сохранением координированных защитных реакций и открыванием глаз пациента в ответ на болевой, звуковой или иной раздражитель.

**Ступор** - состояние психической и двигательной заторможенности, при котором отсутствует речевое обращение и снижены все виды чувствительности.

**Кома** — полное выключение сознания с невозможностью выведения пациента из этого состояния — «неразбудимость» — и полным отсутствием каких-либо признаков психической активности.

По тяжести различают три степени комы, которые, углубляясь, могут переходить одна в другую или сразу сформировать какую-то степень, сохраняя стабильность состояния.



# ПОЛОЖЕНИЕ ПАЦИЕНТА

- *Активное положение*
- *Пассивное положение*
- *Вынужденное положение*

- ***активное*** – пациент произвольно, самостоятельно меняет положение в постели исходя из своих потребностей;
- ***пассивное*** – пациент неподвижен, из-за резкой слабости не может самостоятельно изменить своё положение в кровати, также при бессознательном состоянии пациента;
- ***вынужденное*** – пациент принимает положение , облегчающее его состояние

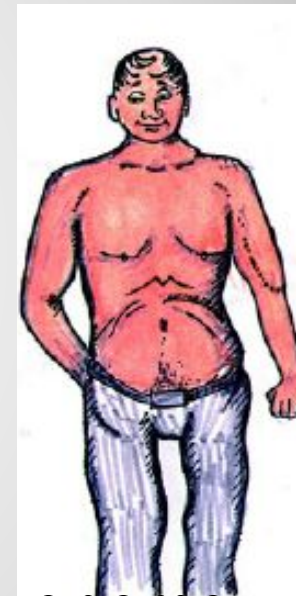
# Телосложение (конституция)



астеническая  
конституция



нормостеническая  
конституция



гиперстеническая  
конституция

***Гиперстеническая конституция:*** ее обладатель широкоплеч, имеет очень хорошо развитую грудь, крепкое телосложение. Жизнерадостен, общителен, энергичен, имеет хорошее здоровье.

***Астеническая конституция:*** характерны узкие плечи, слабо развитая грудь, хрупкое сложение в сочетании с повышенной возбудимостью нервной системы. К ним относятся церебротоники: форма головы треугольная вершиной вниз, широкий мозговой череп, узкий подбородок; часто замкнуты, имеют монотонный голос, сдержанны, мышление левополушарное. К полноте не склонны.

***Нормостеническая конституция:*** ее представители отличаются атлетическим телосложением в сочетании с уверенностью. Являются как бы средним звеном между двумя первыми типами конституции. Общителен, любит и принимает жизнь, чувствителен, имеет склонность к полноте.

- Цвет кожи и
- СЛИЗИСТЫХ
  - Бледно-розовый
  - Бледный
  - Красный (гиперемированный)
  - Синюшный





# Антропометрия

Определение  
массы тела

Измерение  
роста

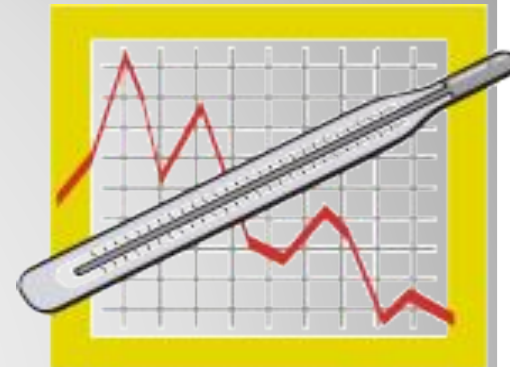
Измерение  
окружности  
грудной клетки



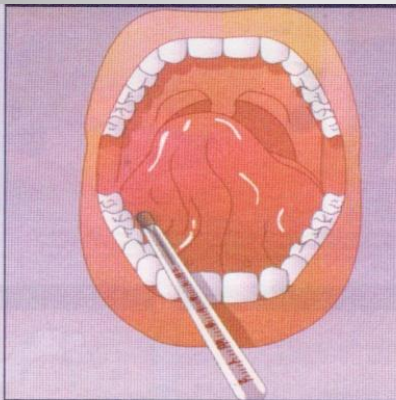
## Способы измерения температуры тела.

Температуру тела у пациента измеряют, , 2 раза в день: утром натощак (с 7 до 9) и вечером перед последним приёмом пищи (с 17 до 19).

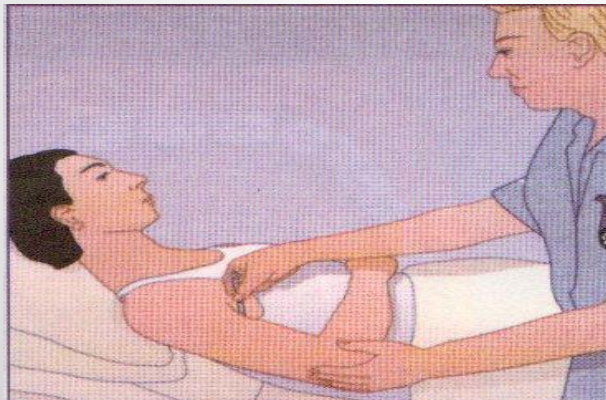
- Измерение температуры следует проводить в спокойном состоянии пациента, в присутствии медсестры.



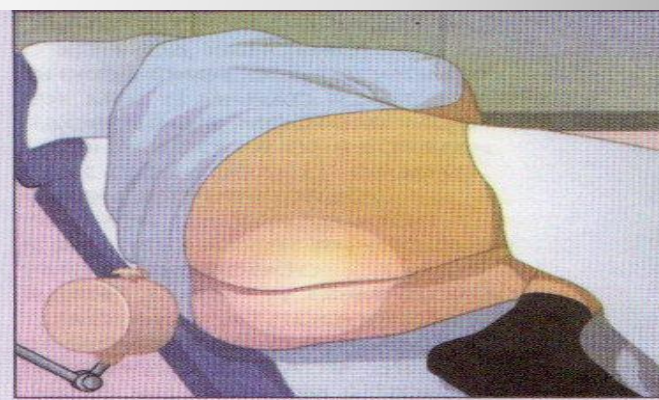
## Места измерения температуры



В ротовой полости



В подмышечной впадине



В прямой кишке

# Исследование ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ





# Измерение частоты дыхательных движений

- Частота - норма 16 – 20,  
учащение  $> 20$  – тахипноэ  
урежение  $< 16$  – брадипноэ
- Ритм – ритмичное, неритмичное
- Глубина – глубокое, поверхностное
  
- Тип дыхания – грудной, брюшной, смешанный
- Патологические типы:
  - Куссмауля
  - Биота
  - Чейна – Стокса.



**Патологическое дыхание** (лат. *Respiratio pathologica*) - нарушение дыхания с изменением ритма и глубины дыхательных движений, возникающих при различных патологических процессах в организме.

**Апноэ — длительное отсутствие дыхательных движений.**



## Дыхание Куссмауля

- патологическое дыхание, характеризующееся равномерными редкими дыхательными циклами, глубоким шумным вдохом и усиленным выдохом.

Обычно дыхание Куссмауля наблюдается у пациентов с нарушенным сознанием, находящихся в крайне тяжелом состоянии.



## Дыхание Биота

-форма дыхания, характеризующаяся чередованием равномерных ритмических дыхательных движений и длительных пауз.

-Дыхание Биота наблюдается при органических поражениях мозга, расстройствах кровообращения, интоксикации, шоке и других тяжелых состояниях организма, сопровождающихся глубокой гипоксией продолговатого мозга.



**Дыхание Чейна — Стокса** — поверхностные и редкие дыхательные движения становятся глубже и чаще и после максимума снова слабеют и урежаются.

После апноэтических пауз цикл повторяется снова. Встречается при тяжелых патологических процессах: нарушении кровообращения, кровоизлиянии в мозг, заболевании мозга, уремиической и диабетической коме, различных интоксикациях.



**Одышка** – нарушение ритма, глубины или частоты дыхательных движений.

**В зависимости от затруднения той или иной фазы дыхания различают три вида одышки:**

**□ Инспираторная – затруднен вдох.**

(При попадании в дыхательные пути инородного тела или при любом механическом препятствии).

**□ Экспираторная – затруднен выдох.**

(При бронхиальной астме, когда происходит спазм бронхов и бронхиол)

**□ Смешанная – затруднен и вдох и выдох**

(при заболеваниях сердца)

**Удушье** – резко выраженная одышка,  
заставляющая пациента занимать  
вынужденное сидячее положение.

*При значительной физической нагрузке возникает  
физиологическая одышка (непатологическая).*



**Кашель** - это защитный рефлекторный акт в виде резкого выдоха, при котором из дыхательных путей вместе с воздухом удаляются инородные вещества (слизь, мокрота, пыль), которые раздражают слизистую дыхательных путей

По характеру кашель бывает:

**постоянным, периодическим, приступообразным.**

*Постоянный* кашель наблюдается при хронических заболеваниях гортани, трахеи или бронхов, длительном застое крови в легких у сердечных больных.

*Периодический* кашель бывает у больных эмфиземой легких, пневмонией, бронхоэктатической болезнью, у курильщиков.

**Кашель, не сопровождающийся отделением мокроты, называют сухим.**

Такой кашель наблюдается в начальных стадиях острого бронхита, плеврита, туберкулеза легких или при застое в легких.

● **Кашель с отделением мокроты называется влажным**

Появляется после сухого кашля при бронхитах, пневмонии, туберкулезе легких и др

**Мокрота** - патологический продукт воспаленных слизистых оболочек трахеи, бронхов и легких. В мокроте также содержится слюна и секрет слизистых оболочек полости носа и околоносовых пазух.

Выделяется при влажном кашле и отхаркивании



# Мокрота имеет цвет и запах

Мокрота может быть бесцветной, желтоватой или зеленоватой .

- Ярко-жёлтая (канареечного цвета) мокрота наблюдается при эозинофильном инфильтративном процессе в лёгком, бронхиальной астме; такой цвет обусловлен большим количеством эозинофилов в трахеобронхиальном секрете.
- Ржавая мокрота может свидетельствовать о крупозной пневмонии, при которой наблюдается внутриальвеолярный распад эритроцитов с высвобождением гематина.

# Мокрота имеет цвет и запах

Мокрота может быть бесцветной, желтоватой или зеленоватой.

- Чёрная мокрота наблюдается при пневмокониозах и содержит угольную пыль.
- Мокрота с прожилками или сгустками крови (кровохарканье) может наблюдаться при различных заболеваниях — туберкулёзе, тромбоэмболии лёгочной артерии, бронхоэктатической болезни, и т. д.



Обычно мокрота лишена запаха. Гнилостный запах мокроты наблюдается при гангрене или абсцессе лёгкого и обусловлен ростом гнилостных микроорганизмов.

При патологическом процессе объём отделяемой мокроты может составлять от нескольких миллилитров до полутора литров в сутки.

## Консистенция и характер мокроты

**Слизистая мокрота бесцветна и прозрачна, наблюдается при заболеваниях дыхательных путей, сопровождающихся катаральным воспалением (начальные проявления острого воспалительного процесса или хронический воспалительный процесс в фазе ремиссии).**

**Серозная мокрота бесцветная, жидкая, пенистая, лишена запаха. Наблюдается при альвеолярном отёке лёгких вследствие трансудации плазмы в просвет альвеол. Может иметь розовый цвет при диапедезном кровотечении.**

**Слизисто-гнойная мокрота вязкая, желтоватая или зеленоватая. Может иметь резкий неприятный запах. Наблюдается при бронхите, пневмонии, бронхоэктатической болезни, туберкулёзе лёгких и т. д.**

**Гнойная мокрота имеет жидкую или полужидкую консистенцию, зеленоватый или желтоватый цвет, зловонный запах. Наблюдается при нагноительных процессах в лёгочной ткани — абсцессе, гнойном бронхите, гангрене лёгкого и т. д.**

# *Исследование сердечно-сосудистой системы*



# Исследование пульса

Артериальный пульс – это ритмичные колебания стенки артерии, обусловленные выбросом крови в артериальную систему.



## Характеристики пульса:

Частота – количество пульсовых волн в минуту.

В норме 60 – 80; > 80 – тахикардия; < 60 – брадикардия.

Ритм – интервалы времени между пульсовыми волнами.

В норме – ритмичный, при нарушениях – аритмия.

Наполнение – объем крови, образующий пульсовую волну.

В норме – полный, при нарушениях пустой или нитевидный.

Напряжение – сила с которой нужно прижать артерию, чтобы прекратить пульсацию. В норме – умеренного напряжения.

При высоком АД – твердый или напряженный. При низком АД – низкого напряжения или мягкий.

# Измерение артериального давления

Артериальное давление – это давление на стенки артерии во время систолы и диастолы.

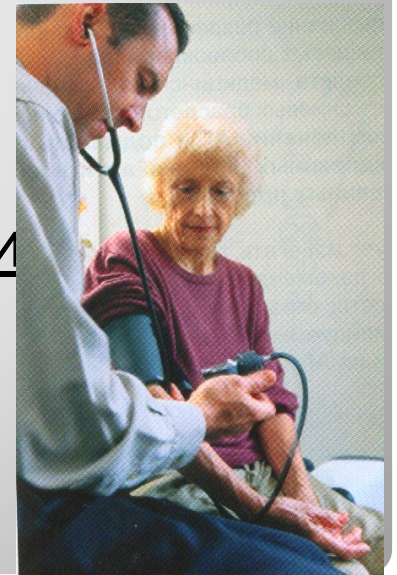
Различают:

Максимальное или систолическое –  
в норме от 90 до 130.

Минимальное или диастолическое –  
в норме от 60 до 80.

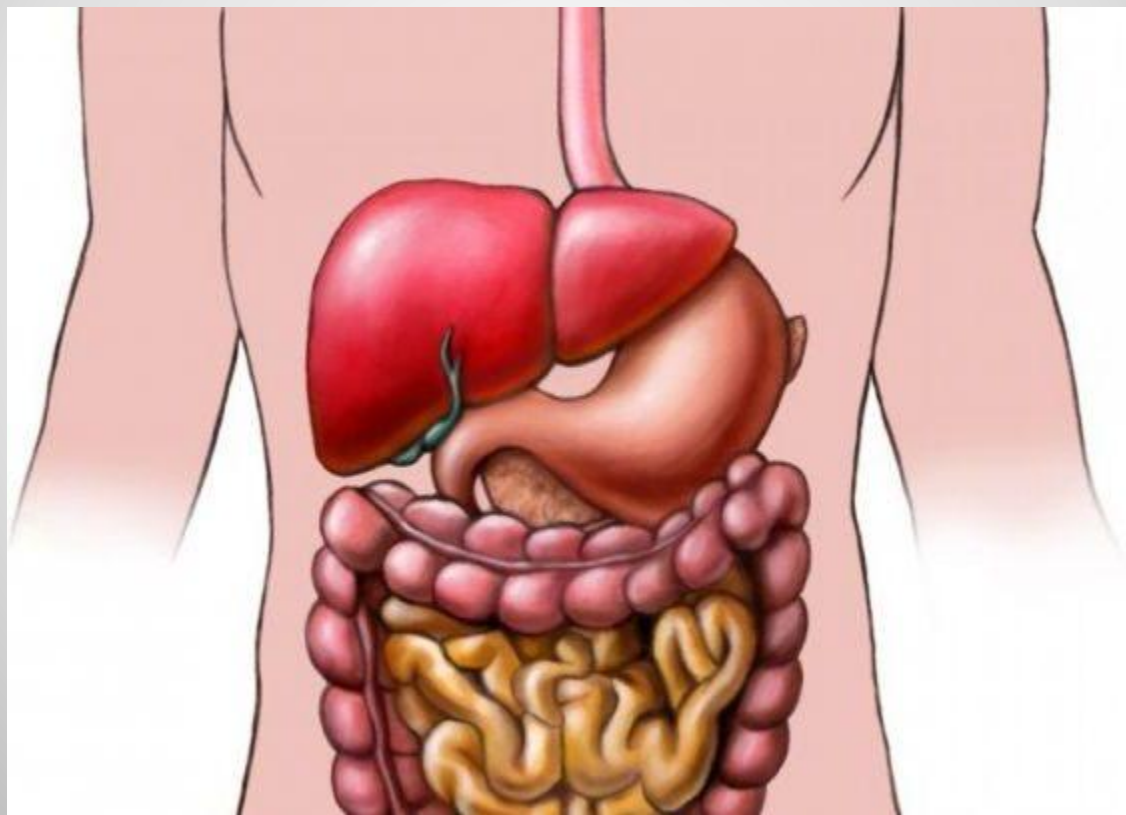
Повышение АД– называется гипертензией

Понижение АД– гипотензия.





# *Исследование желудочно-кишечного тракта*



**Ухудшение аппетита** - наблюдается при нарушении секреторных функций важнейших пищеварительных желез ЖКТ.

**Повышенный аппетит** - связано с нервными стрессами, беременностью, гормональными изменениями.

**Чрезмерно повышенный аппетит** нервного происхождения представляет собой вариант «болезни похудания», нервной анорексии.

**Изжога** – это ощущение жжения за грудиной и в верхней части эпигастральной области, возникающее в результате заброса кислого желудочного содержимого в пищевод.

Чаще встречается при избыточном количестве желудочного сока с повышенной кислотностью, но иногда бывает у людей с пониженной или нормальной кислотностью. Часто изжога сопровождает **гастрит или язвенную болезнь желудка.**



**Тошнота** - неприятное ощущение в верхней части живота (в подложечной области), чувство тяжести, иногда сопровождающееся бледностью лица, усилением потоотделения, сердцебиением, слюноотделением и замедлением дыхательных движений.

Тошнота часто предшествует рвоте.

**При тошноте** пациенту с пониженной кислотностью желудочного сока назначают 1 столовую ложку натурального желудочного сока во время еды или 1 таблетку «Церукала».

**При алкогольном отравлении** необходимо промыть желудок, при заболеваниях печени - обеспечить желчегонный эффект (после консультации с врачом).



**Запор** - задержка стула вследствие замедления опорожнения кишечника. Чаще всего возникает из-за ослабления кишечной мускулатуры и перистальтики, снижения тонуса кишечника, атонии брюшных мышц.



**Частый жидкий стул (диарея) возникает при усиленной перистальтике и повышенной секреторной функции кишечника.**

### **Причины диареи:**

- **воспаление слизистой оболочки кишечника;**
- **понижение кислотности желудочного сока;**
- **возбуждение нервной системы;**
- **плохое всасывание питательных веществ и воды.**

**Метеоризм** - это усиленное газообразование в кишечнике, вызывающее резкое вздутие живота. Иногда встречается при усиленном заглатывании воздуха или нарушении двигательной активности кишечника. Метеоризм усиливает потребление в пищу черного хлеба, квашеной капусты, молока.

#### Причины метеоризма:

- ❑ Операции на брюшной полости,
- ❑ Воспалительные заболевания кишечника,
- ❑ Сердечная недостаточность
- ❑ Цирроз печени



**Недержание мочи** - это непроизвольная потеря мочи, объективно доказуемая и вызывающая социальные или гигиенические проблемы. Широко распространено, причем чаще встречается у женщин, чем у мужчин.

## Причины, приводящие к недержанию мочи

### **Временные причины:**

Инфекция мочевого тракта

Запоры

Некоторые медикаментозные препараты

Повышенное потребление кофеина, алкоголя, искусственных пищевых добавок и газированных напитков

### **Постоянные причины**

Слабость мышц, которые удерживают мочевой пузырь на месте

Слабость мочевого пузыря и/или мышц сфинктера

Гиперактивность мышцы мочевого пузыря

Изменение в гормональном фоне

Неврологические нарушения



## *Острая задержка мочи*

### **Причины:**

- Первые часы после операций и родов
- После травм
- Психологическая реакция на необходимость пользоваться мочеприемником.

