

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Волгоградский
государственный медицинский университет» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

ОЦЕНКА 64 БАЛЛОВ
КВ КОЖЕВНИКОВА



Научно-исследовательская работа на тему
«Уход за больными с заболеваниями органов дыхания»

Выполнил:

Обучающийся 1 курса 2 группы

По специальности 31.05.02 Педиатрия

Хакунов Довлет Анзорович

2018

Содержание

Оглавление

Введение.....	3
Цель научно-исследовательской работы:	3
Задачи научно-исследовательской работы:	3
Основные понятия и определения:	3
Теоретическая часть при уходе за больными с заболеваниями органов дыхания.	4
Роль медицинского персонала.....	9
Вывод:	12
Список литературы:	12

Введение

В повседневной жизни под уходом за больными обычно понимают оказание больному помощи в удовлетворении им различных потребностей. К ним относятся еда, питье, умывание, движение, освобождение кишечника и мочевого пузыря. Уход подразумевает также создание больному оптимальных условий пребывания в стационаре или дома - тишины и покоя, удобной и чистой постели, свежего нательного и постельного белья и т.д. Значение ухода за больными трудно переоценить. Нередко успех лечения и прогноз заболевания всецело определяются качеством ухода. Так, можно, безукоризненно выполнить сложную операцию, но затем потерять больного из-за прогрессирования застойных воспалительных явлений в легких, возникших в результате его длительного вынужденного неподвижного положения в постели.

Цель научно-исследовательской работы:

Изучить правила ухода за больными с заболеваниями органов дыхания.

Задачи научно-исследовательской работы:

1. Прочитать медицинскую литературу где подробно указывается, как правильно оказывать уход за больным с заболеваниями органов дыхания.
2. На практике освоить уход за больными с заболеваниями органов дыхания, с помощью младшего медицинского персонала.

Основные понятия и определения:

Кашель, мокрота, кровохаркание, легочное кровотечение, отдышка, удушье.

Теоретическая часть при уходе за больными с заболеваниями органов дыхания.

Современный арсенал диагностических и лечебных средств, применяемых при обследовании и лечении больных с заболеваниями органов дыхания, является весьма обширным.

Весьма информативными являются различные рентгенологические методы исследования дыхательной системы: рентгеноскопия и рентгенография органов грудной клетки, флюорография (рентгенологическое исследование с помощью специального аппарата, позволяющего делать снимки размером 70X70 мм, применяющиеся при массовых профилактических обследованиях населения), томография (метод прослойного рентгенологического исследования легких, точнее оценивающий характер опухолевидных образований), бронхография, дающая возможность с помощью введения в бронхи через катетер контрастных веществ получить четкое изображение бронхиального дерева.

Важное место в диагностике заболеваний органов дыхания занимают эндоскопические методы исследования, представляющий собой визуальный осмотр слизистой оболочки трахеи и бронхов и помощью введения в них специального оптического инструмента - бронхоскопа. Бронхоскопия позволяет установить характер поражения слизистой оболочки бронхов (например, при бронхитах и бронхоэктатической болезни), выявить опухоль бронха и взять с помощью щипцов кусочек её ткани (провести биопсию) с последующим морфологическим исследованием, получить промывание воды бронхов для бактериологического или цитологического исследования. Во многих случаях бронхоскопию проводят и с лечебной целью. Например, при бронхоэктатической болезни, тяжелым течением бронхиальной астмы можно осуществить санацию бронхиального дерева с последующим отсасыванием вязкой или гнойной мокроты и введением лекарственных средств.

Кашель представляет собой сложнорефлекторный акт, в котором участвует ряд механизмов (повышение внутригрудного давления за счет напряжения дыхательной мускулатуры, изменения просвета голосовой щели т.д.) и который при заболеваниях органов дыхания обусловлен обычно раздражением рецепторов дыхательных путей и плевры. Кашель встречается при различных заболеваниях дыхательной системы - ларингитах, трахеитах, острых и хронических бронхитах, пневмониях и др. Он может быть связан также с застоем крови в малом кругу кровообращения (при пороках сердца), а иногда имеет центральное происхождение.

Кашель бывает сухим или влажным и выполняет часто защитную роль, способствуя удалению содержимого из бронхов (например, мокроты). Однако сухой, особенной мучительный кашель, утомляет больных и требует применения отхаркивающих (препараты термопсиса, и пекакуаны) и противокашлевых средств (либексин, глауцин и др.). В таких случаях больным целесообразно рекомендовать тёплое щелочное тепло (горячее молоко с боржомом или с добавлением S чайной ложки соды), банки, горчичники).

Нередко кашель сопровождается выделением мокроты: слизистой, бесцветной, вязкой (например, при бронхиальной астме), слизисто-гнойной (при бронхопневмонии), гнойной (при прорыве абсцесса легкого в просвет бронха).

При наличии мокроты необходимо определять её суточное количество, которое может колебаться от 10-15 мл (при хроническом бронхите) до 1 л и более (при бронхоэктатической болезни). Больной должен сплевывать мокроту в индивидуальную плевательницу, на дно которой наливают небольшое количество 0,5% р-ра хлорамина. Плевательницы ежедневно опорожняют, тщательно промывают, дезинфицируют. Суточное количество каждый день отмечают в температурном листе.

Очень важно добиться свободного отхождения мокроты, поскольку её задержка (например, при бронхоэктатической болезни, абсцессе легкого) усиливает интоксикацию организма. Поэтому больному помогают найти положение (так называемое дренажное, на том или ином боку, на спине), при котором мокрота отходит наиболее

полно, т.е. осуществляется эффективный дренаж бронхиального дерева. Указанное положение больной должен принимать раз в день в течении 20-30 минут.

При наличии у больного мокроты возникает у необходимость ее повторных исследований - микроскопических, бактериологических и т.д. Наиболее достоверные результаты получаются в тех случаях когда мокроту получают при бронхоскопии. При этом в неё не попадает слюна, микроорганизмы полости рта.

Однако часто больной сам сдает мокроту сплевывая её в чистую стеклянную баночку. Поэтому перед сбором мокроты, больной должен обязательно почистить зубы и прополоскать рот. Мокроты в количестве 4-5 мл собирают утром, когда она наиболее богата микрофлорой.

Кроме общего исследования мокроты, существуют некоторые обязательные анализы, предусматривающие определенные особенности ее получения и доставке в лаборатория.

Так при взятии мокроты для исследования на микробактерии туберкулёза необходимо иметь ввиду, что они обнаруживаются только в том случае, если содержание в 1мл мокроты составляет не менее 100 тысяч. Поэтому при взятии мокроты на анализ её накапливают в течении 1-3 сутки, сохраняя в прохладном месте.

Для выявления возбудителей воспалительных заболеваний дыхательной системы и их чувствительности к тем или иным антибактериальным средствам мокроту берут в спец. чашку Петри, заполненную питательной средой - кровяным сахаром, сахарным бульоном и др.

При взятии мокроты на атипичные (опухолевые) клетки следует помнить, что эти клетки быстро разрушаются в связи с чем, собранную мокроту нужно сразу направлять в лабораторию. Для большей вероятности попадания опухолевых клеток в мокроту иногда применяют предварительные ингаляции, способствующие выхождению мокроты из наиболее глубоких отделов бронхиального дерева.

Кровохарканье представляет собой выделение мокроты с примесью крови, примешанной равномерно (например, «ржавая» мокрота при крупозной пневмонии, мокрота в виде «малинового желе» при раке легкого) или расположенной отдельными прожилками). Выделения через дыхательных пути значительного количества крови (с кашлевыми толчками, реже - непрерывной струей) носит название легочного кровотечения.

Кровохарканье и лёгочное кровотечение встречается чаще всего при злокачественных опухолях, гангрене, инфаркте легкого, туберкулезе, бронхоэктатической болезни, травмах и ранениях легкого, а также при митральных пороках сердца.

При наличии лёгочного кровотечения его иногда приходится дифференцировать с желудочно-кишечным кровотечением, проявляющимися рвотой с примесью крови. В таких случаях необходимо помнить, что лёгочное кровотечение характеризуется выделением пенистой, алой крови, имеющей щелочную реакцию и свертывающиеся, тогда как при желудочно-кишечном кровотечении (правда, не всегда) чаще выделяются сгустки темной крови, по типу «кофейной гущи» смешанные с кусочками пищи, с кислой реакцией.

Кровохарканье и особенно лёгочное кровотечение являются весьма серьезными симптомами, требующими срочного установления их причины - проведения рентгенологического исследования органов грудной клетки, с томографией, бронхоскопией, бронхографией, иногда - ангиографии.

Кровохарканье и лёгочное кровотечение, как правило не сопровождаются явлениями шока или коллапса. Угроза для жизни в таких случаях обычно бывает связана с нарушением вентиляционной функции легких, в результате попадания крови в дыхательные пути. Больным назначают полный покой. Им следует придать полусидячее положение с наклоном в сторону пораженного легкого во избежание попадания крови в здоровое легкое. На эту же половину грудной клетки кладут пузырь со льдом. При интенсивном кашле, способствующим усилению кровотечения применяют противокашлевые средства. Для остановки кровотечения внутримышечно вводят викасол,

внутривенно - хлористый кальций, эпислон аминокaproную кислоту. Иногда при срочной бронхоскопии удается тампонировать кровоточащий сосуд специальной кровоостанавливающей губкой. В ряде случаев встает вопрос о срочном хирургическом вмешательстве.

Одним из наиболее частых заболеваний дыхательной системы является одышка, характеризующаяся изменением частоты, глубины и ритма дыхания.

Одышка может сопровождаться резким учащением дыхания, вплоть до его остановки. В зависимости от того, какая фаза дыхания оказывает затруднённой, различают инспираторную одышку (проявляется затруднением вдоха, например, при сужении трахеи и крупных бронхов), экспираторную одышку (характеризуются затруднением выдоха, в частности, при спазме мелких бронхов и скопление в их просвете вязкого секрета) и смешанную.

Одышка встречается при многих острых и хронических заболеваниях дыхательной системы. Причина её возникновения в большинстве случаев возникает с изменением газового состава крови - повышением содержания углекислого газа и снижением содержания кислорода, сопровождающимся сдвигом рН крови в кислую сторону, последующим раздражением центральных и периферических хеморецепторов, возбуждение дыхательного центра и изменения частоты и глубины дыхания.

Одышка является ведущим проявлением дыхательной недостаточности - состояние, при котором система внешнего дыхания человека не может обеспечить нормальный газовый состав крови или когда этот состав поддерживается лишь благодаря чрезмерному напряжению всей системы внешнего дыхания. Дыхательная недостаточность может возникать остро (например, при закрытии дыхательных путей инородным телом) или протекать хронически, постепенно нарастая в течение длительного времени (например, при эмфиземе легких).

Внезапно возникающий приступ сильной одышки носит название удушья (астмы). Удушье, которое является следствием острого нарушения бронхиальной проходимости - спазма бронхов, отёка их слизистой оболочки, накопления в просвете вязкой мокроты, называется приступом бронхиальной астмы. В тех случаях, когда обращение вследствие слабости левого желудочка принято говорить о сердечной астме, иногда переходящей в отёк лёгких.

Роль медицинского персонала.

Больные с заболеваниями органов дыхания должны находиться в светлых, просторных, хорошо вентилируемых палатах.

Медицинская сестра обязана следить, чтобы младший, медицинский персонал ежедневно производил влажную уборку помещения. Кровать должна быть удобной, с немного приподнятым головным концом.

Желательно, чтобы в палату была подведена стационарная установка кислорода, а при отсутствии ее медицинская сестра должна обеспечить пост достаточным количеством кислородных подушек. Медицинская сестра следит за состоянием кожи больных и принимает меры для профилактики пролежней. Очень важно вызвать у больного хороший аппетит, чему способствуют красивая сервировка, любимые блюда небольшими порциями в теплом виде и др.

Больные, которым назначены сульфаниламидные препараты (этазол, сульфадиметоксин и др.), должны получать их регулярно, через определенные промежутки времени. Медицинская сестра по указанию врача будит для этого больного и в ночное время. В особом внимании нуждаются больные с легочным кровотечением. Медицинская сестра должна внимательно следить за их общим состоянием, частотой пульса, уровнем артериального давления, своевременно и точно выполнять все назначения врача.

Большое внимание необходимо уделять больным с бронхиальной астмой, у которых спазм бронхов может привести к удушью. Больные задыхаются, синеют, мечутся, стараются облегчить свое состояние. Медицинская сестра, оказывая первую доврачебную помощь, должна удобно усадить больного в постели, с приподнятым изголовьем, дать приток свежего воздуха, не переохлаждая больного, давать дышать кислородом.

Хороший эффект оказывают постановка банок, горчичников на грудную клетку, а также горчичные ножные ванны. При наличии кашля медицинская сестра строго выполняет назначения врача, дает пить теплое молоко со щепоткой гидрокарбоната натрия, отхаркивающую микстуру, хорошо укрывает больного, оберегая его от переохлаждения. Больным, у которых выделяется большое количество мокроты, дают карманную плевательницу с хорошо привинчивающейся пробкой. Ему не разрешают сплевывать мокроту в носовой платок, а тем более на пол во избежание инфицирования остальных больных. Плевательницу ежедневно опорожняют, хорошо моют, а в некоторых случаях и кипятят. Для дезинфекции мокроты на дно плевательницы наливают небольшое количество 0,5% раствора хлорамина.

Заболевания органов дыхания очень часто сопровождаются лихорадкой и ознобом. При этом необходимо согреть больного, обложить его грелками, хорошо укутать, напоить горячим сладким крепким чаем. При значительном повышении температуры тела на голову можно положить пузырь со льдом. Снижение температуры нередко сопровождается обильным потоотделением. В таких случаях больного следует протереть сухим полотенцем, сменить белье и следить, чтобы он ни одной минуты не находился в мокром белье. Медицинская сестра должна регулярно считать пульс, измерять артериальное давление, следить за дыханием и при малейшем ухудшении срочно вызывать врача.

Уход за больными, страдающими одышкой, предусматривает постоянный контроль за частотой, ритмом и глубиной дыхания. Определения частоты дыхания (по движению грудной клетки или брюшной стенки) проводят незаметно для больного (в этот момент положением руки можно имитировать определенные частоты пульса). У здорового человека частота дыхания колеблется от 16 до 20 в 1 минуту, уменьшаясь во время сна и увеличиваясь при физической нагрузке. При различных заболеваниях бронхов и легких частота дыхания может достигать 30-40 и более в 1 минуту. Полученные результаты подсчета частоты дыхания ежедневно вносят в температурный лист. Соответствующие точки соединяют синим карандашом, образуя графическую кривую частоты дыхания.

При появлении одышки больному придают возвышенное (полусидячее) положение освобождая его от стесняющей одежды, обеспечивают приток свежего воздуха за счет регулярного проветривания. При выраженной степени дыхательной недостаточности проводят оксигенотерапию.

Вывод:

Правильный уход за больными с заболеваниями органов дыхания предполагает как хорошее знание общих вопросов ухода, так и овладение некоторыми специальными навыками.

Список литературы:

1. Л.С. Заликина «Общий уход за больными» - ?
2. Гребнев А.Л., Шептулин А.А. «Основы общего ухода за больными» - ?
3. Баешко А. А., Гайдук Ф. М. «Неотложные состояния» - ?
4. Ослопов, Богоявленская «Общий уход за больными терапевтического профиля. Учебное пособие» - ?
5. Тамара Обуховец «Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи» - ?

Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная программой практики «Производственная практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (помощник младшего медицинского персонала, научно-исследовательская работа)» обучающегося 1 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия

Жакунов Довлет Амурович 2 группы

Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведенного анализа выявлены принципиальные недостатки.

Все разделы отражают вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует низкое знание современного состояния изучаемой проблемы.

Обзор литературы основан на анализе нескольких литературных источников, отражает актуальные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на низкий уровень знаний автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы. Сформулированные выводы вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым языком, материалы изложены несвязно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал недостаточно обширен.

Выводы соответствуют полученным результатам, анализ недостаточно глубокий.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики:



К.В. Кожевникова