

СЕСТРИНСКАЯ РАБОТА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

*Мингабаева Саида Рустамбековна,
Андижанский техникум общественного
здравоохранения имени Абу Али Ибн Сины
Преподаватель*

Пациенты с заболеваниями органов дыхания нуждаются в регулярном проветривании помещения, где они находятся, и притоке свежего воздуха.

Система органов дыхания выполняет жизненно важную функцию – насыщение крови, протекающей через легкие, кислородом и удаление из неё избытка углекислого газа. Этот процесс складывается из лёгочной (альвеолярной) вентиляции, т.е. непрерывного обновления воздуха в альвеолах, и диффузии газов через альвеолярно-капиллярную мембрану. При заболеваниях органов дыхания могут поражаться бронхи, лёгочная альвеолярная ткань, кровеносные сосуды, плевра, что сопровождается появлением различных симптомов и нередко приводит к нарушению функции лёгких.

Заболевания дыхательной системы являются одними из наиболее частых, нередко протекают тяжело и являются причиной инвалидизации и смерти больных. Эффективность лечения таких больных во многом зависит от тщательного ухода за ними. Особенности ухода за больными с заболеваниями органов дыхания в основном обусловлены их главными симптомами.

Кашель является одним из наиболее частых симптомов при заболеваниях органов дыхания. Это защитный рефлекс, направленный на эвакуацию патологического содержимого бронхов – мокроты, а также инородных тел. Реже кашель возникает при воспалении плевры или раздражении рецепторов бронхов при сдавлении опухолью или увеличенными лимфоузлами. В таких случаях кашель по характеру сухой и защитно-приспособительного значения не имеет.

При отделении мокроты необходимо учитывать её количество и характер (серозная, слизистая, слизисто-гнойная, кровянистая, гнилостная). Сплевывать мокроту больной должен в специальную плевательницу из тёмного стекла с завинчивающейся крышкой или чистую баночку. После осмотра мокроты плевательница для обеззараживания заливается на 1 час раствором антисептика (3% хлорамин), а затем содержимое сливается в канализацию, плевательница тщательно промывается и подвергается кипячению в 2% растворе гидрокарбоната натрия в течение 15 минут.

Для исследования в лабораторию направляют утреннюю мокроту, а при скудном её отделении – всё суточное количество. Перед сбором мокроты

больной должен почистить зубы и прополоскать рот, чтобы исключить загрязнения мокроты содержимым полости рта.

Недопустимо сплёвывание мокроты на пол, в платок, полотенце, так как это может привести к заражению окружающих предметов и воздуха патогенной микрофлорой, а также появлению неприятного запаха в палате. Лишь в некоторых случаях, когда тяжелобольной не может сплёвывать мокроту в плевательницу, медсестра может дать ему чистую салфетку или марлю, которую своевременно должна заменять, протирая загрязнённую кожу лица. При отделении мокроты со зловонным запахом в плевательницу рекомендуется добавить небольшое количество раствора перманганата калия.

Для обеспечения чистоты воздуха в палате ежедневно должны проводиться: влажная уборка (3 раза в день), облучение палаты 30-40 минут кварцевой лампой. Палата должна своевременно проветриваться.

С целью разжижения мокроты и облегчения её отделения больным, если нет противопоказаний, назначается обильное тёплое питьё. При некоторых заболеваниях (bronхоэктатическая болезнь, абсцесс лёгкого) мокрота лучше отходит в определённом положении больного, оттекая в крупные бронхи под действием силы тяжести. Медсестра должна помочь больному 2-3 раза в день на короткое время принять такое положение. Обычно это положение на здоровом боку, если же имеется двусторонний процесс, то положение больного меняется с одной стороны на другую и затем голова опускается ниже уровня ног, при этом она свисает с кровати на 10-15 и более минут в зависимости от состояния больного. Это носит название дренаж положением (постуральный дренаж).

При сухом непродуктивном кашле по назначению врача могут назначаться обезболивающие или противокашлевые средства, а также отвлекающие процедуры- горчичники, банки.

Одышка – частый симптом болезней органов дыхания, она может быть лишь субъективным ощущением недостатка воздуха, затруднённого дыхания или регистрироваться объективно по учащению дыхания. По характеру различают одышку инспираторную, экспираторную (соответственно ощущению затруднения вдоха и выдоха) и смешанную. Причинами одышки могут быть нарушение движения воздуха по бронхам, выключение из дыхания части легочной ткани (воспалительный процесс, развитие соединительной ткани).

Глубокому дыханию препятствуют боли в грудной клетке, возникающие при сухом плеврите. Крайнюю степень одышки представляет удушье при бронхиальной астме, возникающее обычно приступообразно. Появление одышки, как правило, указывает на наличие дыхательной недостаточности, поэтому медсестра, заметив появление или усиление у больного одышки, должна сообщить об этом врачу.

Тяжесть одышки можно оценить по частоте дыхания. У взрослого частота дыхания в покое не превышает 20 в одну минуту. Подсчитывать частоту дыхания следует так, чтобы больной не заметил этого, например, при исследовании пульса или положив руку на грудную клетку больного. Кроме частоты дыхания, медсестра должна следить за ритмичностью дыхательных движений, так как при расстройствах дыхания может нарушаться его ритмичность.

При выраженной одышке или удушье тяжёлому больному необходимо помочь принять в постели полусидячее или сидячее положение, освободить его от тяжёлого одеяла, стесняющей одежды. При возможности следует открыть форточку или окно, но надо следить за тем, чтобы больной при этом не охладился и не простудился.

Действенной мерой борьбы с дыхательной недостаточностью является оксигенотерапия (лечение кислородом). Наиболее распространённым является способ подачи кислорода через носовой резиновый или пластиковый (№10) катетер, укреплённый лейкопластырем у носового отверстия больного. Кислород подводится по централизованной системе или из индивидуального баллона со скоростью 2-3 л в минуту. Предварительно для увлажнения его пропускают через аппарат Боброва с водой или, лучше, - через ультразвуковой распылитель. При тяжёлой дыхательной недостаточности для повышения концентрации кислорода во вдыхаемой смеси до 40-50% используют подачу кислорода через кислородные маски. Во время транспортировки больных при отсутствии портативных дыхательных аппаратов могут использоваться кислородные подушки.

Длительное вдыхание обогащённой кислородом смеси в ряде случаев приводит к нежелательному урежению и уменьшению глубины дыхания вследствие угнетения дыхательного центра. При этом в крови накапливается избыток углекислого газа. Для профилактики этого явления по назначению врача делаются перерывы между ингаляциями кислородно-воздушной смеси.

Кровохарканье- выделение с кашлем чистой крови (до 50 мл в сутки) или мокроты с примесью крови. Этот симптом требует серьёзного внимания, так как кровохарканье может перейти в угрожающее жизни лёгочное кровотечение. Источником кровотечения являются бронхиальные артерии (бронхоэктатическая болезнь) или лёгочные артерии (туберкулёз, абсцесс, рак лёгкого, инфаркт, пневмония). При значительной кровопотере наблюдаются бледность кожи, холодный пот, частый пульс, снижение артериального давления. При обнаружении кровохарканья медсестра должна немедленно сообщить об этом врачу. Назначается строгий постельный режим или ограничение двигательного режима. При лёгочном кровотечении больному запрещается разговаривать. Рекомендуются положение в постели с приподнятым

головным концом. Отменяются отхаркивающие средства, банки, горчичники. При сильном кашле назначаются противокашлевые средства. Еда и питьё должны быть холодными, пища - полужидкой. Медсестра должна проводить тщательное наблюдение за общим состоянием больного, контролировать пульс и артериальное давление. Все врачебные назначения должны выполняться пунктуально. Необходимо иметь наготове стерильные шприцы и иглы, системы для инфузионной терапии, переливания крови.

Боли в грудной клетке. Лёгочная ткань и бронхи лишены болевых рецепторов, поэтому боли при заболеваниях органов дыхания появляются при поражении плевры. Они имеют колющий характер, усиливаются при дыхании, кашле. Медсестра должна помочь больному найти положение, в котором дыхательные экскурсии грудной клетки на больной стороне минимальны, например, лёжа на больном боку, хорошо укрыть его. При сильных болях назначаются обезболивающие средства.

Повышение температуры тела. При воспалительных заболеваниях органов дыхания часто наблюдаются лихорадка. Повышение температуры сопровождается ознобом. Медсестра должна следить за тем, чтобы больной был тепло укрыт. Можно обложить его тёплыми грелками, дать горячее питьё. В помещении должно быть тепло. Это следует учитывать при проветривании в холодное время года. На фоне снижения температуры нередко наблюдается сильное потоотделение. Такие больные нуждаются в частой смене белья. Потеря жидкости с потом должна компенсироваться обильным питьём (чай, клюквенный морс, соки).

У некоторых больных острой пневмонией, особенно злоупотребляющих алкоголем, на фоне выраженной интоксикации, лихорадки могут развиваться острые психозы. У них наблюдается неадекватное поведение, зрительные и слуховые галлюцинации, выраженное двигательное возбуждение. Такие больные нуждаются в тщательном наблюдении. Иногда организуется индивидуальный сестринский пост. При двигательном возбуждении, агрессивных действиях, суицидных попытках больных следует фиксировать в кровати специальными ремнями. Медсестра должна следить, чтобы, фиксирующие ремни не вызывали расстройства кровообращения в конечностях.

Пациенты с заболеваниями органов дыхания нуждаются в регулярном проветривании помещения, где они находятся, и притоке свежего воздуха.

Нельзя допускать появления резких запахов в помещении, где находятся больные бронхиальной астмой и хроническими обструктивными заболеваниями легких. Запахи косметики, дезсредств могут спровоцировать приступ удушья или кашля.

Необходимо регулярно менять положение тела в кровати, присаживать больных, проводить перкуссионный массаж грудной клетки. Хороший эффект дают комплексы дыхательной гимнастики, надувание мягких резиновых игрушек, воздушных шариков.

Родственники и ухаживающий персонал должны обращать внимание на мокроту: количество, запах, цвет, наличие крови. При любых изменениях в ее характере необходимо поставить в известность лечащего врача.

Мокроту нужно собирать в специальные «плевательницы» с завинчивающейся крышкой и заполненной на треть 5% раствором хлорамина.

Поскольку распространение туберкулеза в настоящее время приобрело эпидемический характер, следует обращать внимание на такие жалобы пациентов:

- немотивированный подъем температуры до субфебрильных цифр, чаще в первой половине дня;
- повышенное потоотделение ночью;
- снижение аппетита, слабость и потеря веса.

Литература:

1. Дыхательная система // Малая медицинская энциклопедия (том 10+, стр. 209).
2. Книпович Н. М. Дыхательные органы // Энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона : в 86 т. (82 т. и 4 доп.). — СПб., 1890—1907.
3. Самусев Р. П. Атлас анатомии человека / Р. П. Самусев, В. Я. Липченко. — М., 2002. — 704 с.: ил.
4. Дыхательный коэффициент // Большая Советская энциклопедия (в 30 т.) / А. М. Прохоров (гл. ред.). — 3-е изд. — М.: Сов. энциклопедия, 1972. — Т. VIII. — С. 564. — 592 с.