Работа медицинской сестры отделения реаниматологии и анестезиологии

Анестезиология - раздел медицины, занимающийся изучением средств и методов обеспечения анестезии (то есть потери чувствительности, в том числе болевой) при различных острых болевых синдромах, шоковых состояниях, травмах, хирургических вмешательствах.

Основная задача анестезиологии - защита пациента от операционной травмы и создание оптимальных условий для работы хирурга.

Реаниматология (интенсивная терапия) - это теоретическая дисциплина, научные выводы которой используются при реанимации в клинике, или, точнее наука, изучающая закономерности смерти и оживления организма с целью выработки наиболее эффективных методов профилактики и восстановления угасающих или только что угасших жизненных функций организма.

Реаниматология - прежде всего наука, изучающая закономерности терминального периода жизнедеятельности организма и методы лечения больных, находящихся в терминальном состоянии. Однако эта задача оказалась не единственной и не самой главной. По мере развития реаниматологии, ее методы стали применять не только у пациентов, находящихся в терминальном состоянии, но и у больных с резко нарушенными жизненно важными функциями.

Основная задача реаниматологического лечения больных, находящихся в терминальном состоянии и клинической смерти (реанимация) и больного с тяжелыми нарушениями жизненно важных функций ( интенсивная терапия).

Реанимационное отделение Еланской ЦРБ развернуто на 6 коек, было открыто в 1990 году (приказ № 128 от 5.11.1990 г).

В отделении работают:

- Врач-реаниматолог;

- Старшая сестра;

- Медицинская сестра;

- Младшая медсестра;

- Сестра-хозяйка.

Отделение анестезиологии и реанимации является многофункциональным подразделением Еланской ЦРБ.

Основными задачами отделения являются:

- Осуществление комплекса мероприятий по реанимации и интенсивной терапии лицам с расстройством функций жизненно-важных органов, до стабилизации их деятельности, поступающим из других отделений больницы или доставленных скорой медицинской помощью;

- Оказание помощи пациентам, находящимся в терминальном состоянии.

Терминальное состояние это:

- Состояние обратимого угасания жизнедеятельности организма, предшествующее биологической смерти;

- Критический уровень расстройства жизнедеятельности с катастрофическим падением АД и глубоким нарушением газообмена и метаболизма.

За время своей работы в АРО я освоила комплекс мероприятий, проводимых в отделении. Своевременно и правильно оказанная помощь не только спасает жизнь пострадавшего, но и обеспечивает дальнейшее успешное лечение болезни или повреждения.

В отделении находятся больные:

. Хирургического профиля с послеоперационными, травматическими, внутренними и наружными кровотечениями, ожогами и отморожениями.

. Больные терапевтического профиля с острыми сердечно-сосудистыми патологиями, с острыми мозговыми нарушениями, нарушениями функций внешнего дыхания, с отравлениями.

. Больные гинекологического профиля (послеоперационные).

. Дети с дыхательной недостаточностью, отравлениями.

В отделении находятся две палаты интенсивной терапии: «чистая» (дети и больные в чистый послеоперационный период) и «грязная» (ожоговые больные с гнойными перитонитами). Эти палаты обслуживают два поста медицинских сестер и дежурный врач анастезиолог-реаниматолог. Дежурная бригада работает круглосуточно. Медперсонал отделения оказывает больным надлежащую, своевременную и квалифицированную медицинскую помощь. Работа реанимационного отделения сложная, напряженная и многообразная, она требует постоянной готовности к самым непредвиденным ситуациям и в любых самых сложных ситуациях наше отделение представляет собой единый отлаженный механизм. Такая слаженность крайне важна, так как речь идет о здоровье, а нередко и о самой жизни больного человека.

В отделении в начале года разрабатывается программа повышения квалификации и культурного уровня медперсонала. Регулярно проводятся занятия по технике безопасности, правилам учета и хранения наркоических и лекарственных веществ, по соблюдению правил асептики и антисептики.

Рабочий день в отделении начинается в 8-00 утра. Я принимаю сейф с наркотическими и сильнодействующими средствами. Принимаю больного непосредственно у постели - состояние, параметрические данные (АД, пульс, частота дыхания, температура). Веду документацию, которая находится на посту.

В 9-00 начинается обход с дежурным врачом и заведующим отделения. После врачебных назначений, начинаю выполнять их. В течение суток, о любом изменении состояния больного сообщаю дежурному врачу.

Важным в работе медицинской сестры реанимационного отделения, является уход и ведение больного в послеоперационном периоде.

Ранний послеоперационный период начинается с момента появления сознания по окончании операции и наркоза. При нормальном течении послеоперационного периода необходимо осуществлять меры по ликвидации послеоперационных болей, предупреждению дыхательной и сердечной недостаточности. Необходимо следить за адекватным дыханием, так как остановка может наступить за счет западения языка. Также у больного может начаться рвота. При перекладывании больного на кровать, надо следить за достаточным обезболиванием и осторожным перекладыванием, чтобы избежать остановок дыхания.

Острая дыхательная недостаточность

*Информация, позволяющая медицинской сестре заподозрить неотложное состояние.*

· Затрудненное шумное дыхание.

· Участие в дыхании вспомогательной мускулатуры

· Периоральный цианоз

|  |  |
| --- | --- |
| Действия | Обоснование |
| 1. Вызвать неотложную помошь 2. Попытаться разобраться в причине возникновения состояния 3. Возвышенное положение; расстегнуть одежду, маленького ребенка взять на руки 4. Осмотреть, освободить верхние дыхательные пути (отсосать слизь, рвотные массы) 5. Доступ свежего воздуха, дача кислорода | Оказание помощи по стандартам. Улучшение проходимости дыхательных путей Профилактика гипоксии |

*Оценка достигнутого.*

· Состояние без ухудшения - продолжать ранее начатые мероприятия до врачебной помощи.

· Состояние ухудшилось - действия по стандарту «Клиническая смерть»

*Подготовить аппаратуру, инструментарий:*

· Увлажненный кислород, мешок Амбу, шприцы, иглы, жгут.

В своей работе руководствуюсь пятью этапами сестринского процесса.

Сестринский процесс - это метод последовательного осуществления медицинской сестрой профессионального ухода.

. Медицинское сестринское обследование (включает оценку ситуации и определение проблем пациента):

- Провожу сбор необходимой информации;

- Определяю, нет ли у пациента симптомов, угрожающих жизни;

- Объясняю пациенту (если в сознании) цели сестринского обследования;

- Опрашиваю пациента;

- Провожу оценку состояния.

. Провожу анализ собранной информации:

- Уточняю какая помощь нужна пациенту;

- Выясняю в какой степени состояние пациента;

- Определяю явные и скрытые проблемы пациента;

- Разрабатываю первоочередные задачи ухода;

- Определяю первостепенную значимость каждой проблемы для пациента;

- Обсуждаю с пациентами выявленные проблемы и первоочередность оказания помощи и ухода;

- Делаю заключение о необходимости ухода;

- Информирую и обсуждаю полученную информацию с другими медицинскими работниками.

. Планирование сестринской помощи и ухода (выбор типа ухода).

- Определяю совместно с пациентом желаемые результаты ухода;

- Определяю типы сестринского вмешательства, необходимые пациенту;

- Обсуждаю с пациентом план ухода, если возможно;

- Знакомлю других с планом ухода, согласовываю и обсуждаю действия

. Реализация плана сестринского ухода .

- Осуществляю сестринский уход в соответствии с планом;

- Привлекаю пациента и семью в процесс ухода;

- Вношу в план дополнительную информацию, в связи с изменением состояния пациента;

- В документации указываю дату, время оказанной помощи, отмечаю выполненные действия, ставлю подпись

- Координирую уход с деятельностью других специалистов.

. Оценка сестринского ухода

- Оцениваю изменения в состоянии пациента;

- Сравниваю результаты достигнутого с запланированными;

- Если ожидаемые результаты не были достигнуты, провожу дальнейшую оценку ситуации и планирование;

- Записываю вновь выявленные проблемы, на которые надо обратить внимание

- Провожу критический анализ всех стадий сестринского процесса и вношу необходимые поправки.

Важную роль в достоверности оценки результатов сестринского ухода играет сопоставление и анализ полученных результатов.

Представление о развитии сестринского дела в обществе состоит в том, чтобы помочь отдельным людям развить свой физический потенциал и поддерживать его на соответствующем уровне в независимости от меняющихся условий проживания и работы.

В отделение очень часто поступают больные с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК). Самым тяжелым и опасным для жизни больного ОНМК является инсульт.

Инсульт - это стойкое нарушение мозгового кровообращения с очаговым поражением мозга. Различают две разновидности инсульта: Гемморагический и ишемический.

Геморрагический инсульт проявляется кровоизлиянием в ткань мозга (паренхиматозное) в поднаутинное пространство (субарахноидальное) или желудочковое (внутрижелудочковое).

Симптомы проявляются в виде парезов, параличей, нарушение чувствительности в конечностях, одной половины тела, расстройство речи, зрения, слуха. Могут появиться менингиальные симптомы, регидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского.

Ишемический инсульт возникает из-за прекращения или недостаточности кровоснабжения головного мозга по какому-либо сосуду. Встречается чаще геморрагического на фоне атеросклероза, артериальной гипотензии, заболеваний сердца, крови и др.

Больные с ОНМК госпитализируются в стационар, где им проводится комплексное лечение.

Острое нарушение мозгового кровообращения

*Информация, позволяющая медицинской сестре заподозрить ОНМК.*

· Острое нарушение сознания (кома, сопор) или нарастающее угнетение сознания.

· Тошнота, рвота без облегчения.

· Кратковременные судороги или другие гиперкинезы.

· Пульс - изменение частоты пульса (брадикардия, реже тахикардия), шумное дыхание, редкое.

· Артериальное давление - повышение или понижение артериального давления

· Очаговые неврологические симптомы: параличи, парезы, нарушения чуствительности, речи, глотания и т.д.

*Тактика медицинской сестры*

|  |  |
| --- | --- |
| Действия | Обоснование |
| 1. Вызвать врача 2. Измерить АД и пульс 3. Снять зубные протезы 4. Предупредить или устранить западание языка 5. Провести ИВЛ при угрожающей остановке дыхания 6. Дать увлажненный кислород | Контроль состояния Профилактика асфиксии Профилактика асфиксии Устранение гипоксии Устранение гипоксии |

*Подготовить аппаратуру и инструментарий*

Шприцы, иглы

*Оценка достигнутого*

· Состояние стабилизировалось, ухудшений нет

· Состояние ухудшилось, остановка дыхания, сердцебиение - действия по стандарту «Клиническая смерть».

Постоянно контролирую давление, пульс, дыхание, диурез, ставлю постоянный мочевой катетер.

Большую роль в лечении ОНМК играет уход:

Смена постельного белья (пациент в постели), 1 способ (выполняется двумя лицами)

*Оснащение:* наволочка, простыня, пододеяльник, непромокаемый мешок для загрязненного белья, перчатки.

|  |  |
| --- | --- |
| Этапы | Обоснование |
| Подготовка к процедуре 1. Подготовить комплект чистого белья 2. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры и получить его согласие на процедуру 3. Оценить возможности пациента, оказать помощь при перемещении в связи со сменой белья. 4. Вымыть руки, надеть перчатки Выполнение процедуры 5. Встать с обеих сторон кровати пациента. Опустить изголовье кровати. 6. Одна сестра осторожно подводит руки под плечи и голову пациента и слегка приподнимает его, другая сестра извлекает из-под головы подушку 7. Аккуратно положить голову пациента на кровать (без подушки) 8. Чистую простыню скатать как бинт в поперечном направлении: одна сестра приподнимает голову и плечи пациента, другая - скатывает грязную простыню со стороны изголовья до середины кровати, затем расправляет на освободившейся части кровати чистую простыню. 9. На чистую простыню положить подушку и опустить на нее плечи и голову пациента 10. Одна сестра последовательно поднимает таз пациента, затем ноги; а другая одновременно и также последовательно, сдвигает грязную простыню к ногам пациента и расправляет чистую 11. Положить грязную простыню в мешок для грязного белья 12. Заправить края простыни под матрац со всех сторон 13. Снять с пациента одеяло, укрыв его чистой простыней 14. Сделать складку для пальцев ног 15. Снять пододеяльник с одеяла и положить его в мешок для грязного белья. Надеть чистый пододеяльник на одеяло. Укрыть пациента. Заправить одеяло. Окончание процедуры 16. Снять перчатки и погрузить их в специальную емкость Вымыть и высушить руки | Обеспечение гигиенического комфорта и инфекционной безопасности. Мотивация пациента к сотрудничеству Соблюдение прав пациента Участие в процедуре обеспечивает поддержание чувства собственного достоинства Обеспечение инфекционной безопасности Обеспечение безопасности пациента и правильной биомеханики тела. Обеспечение безопасности больничной среды. Обеспечение безопасной больничной среды Подготовка к эффективному проведению процедуры. Обеспечение гигиенического комфорта Обеспечение физического комфорта Обеспечение безопасности больничной среды и правильной биомеханики тела. Обеспечение инфекционной безопасности Обеспечение комфорта Исключается дискомфорт, связанный с тем, что пациент лежит обнаженный Исключается давление на пальцы ног. Обеспечение инфекционной безопасности и гигиенического комфорта Обеспечение инфекционной безопасности Обеспечение инфекционной безопасности |

Кормление тяжелобольных ложкой

*Показания* Невозможность самостоятельно принимать пищу.

|  |  |
| --- | --- |
| Этапы | Обоснование |
| 1. Уточнить у пациента любимые блюда и согласовать меню с лечащим врачом или диетологом 2. Предупредить пациента за 15 минут о том, что предстоит прием пищи и получить его согласие 3. Проветрить помещение, освободить место на тумбочке или придвинуть прикроватный столик 4. Помочь пациенту занять высокое положение Фаулера 5. Помочь пациенту вымыть руки и прикрыть грудь салфеткой 6. Вымыть и осушить руки 7. Принести пищу и жидкость, предназначенные для еды и питья: горячие блюда должны быть горячими (60 градусов), холодные - холодными. 8. Спросить у пациента, в какой последовательности он предпочитает принимать пищу 9. Проверить температуру горячей пищи, капнув несколько капель себе на тыльную поверхность кисти. 10. Предложить выпить (лучше через трубочку) несколько глотков жидкости 11. Кормить медленно: · Называть каждое блюдо, предлагаемое пациенту · Наполнить ложку на 2/3 твердой (мягкой) пищей; · Коснуться ложкой нижней губы, чтобы пациент открыл рот; · Прикоснуться ложкой к языку и извлечь пустую ложку; · Дать время прожевать и проглотить пищу; · Предлагать выпить питье после нескольких ложек твердой (мягкой) пищи 12. Вытирать (при необходимости) губы салфеткой 13. Предложить пациенту прополоскать рот водой после еды 14. Убрать после еды посуду и остатки пищи 15. Вымыть и высушить руки | Обеспечение возможности адекватного и диетического питания. Увеличивается вероятность получения пациентом необходимого количества пищи и жидкости. Психологическая подготовка к приему пищи и обеспечение условия для приема пищи. Уменьшается опасность асфиксии Обеспечивается инфекционная безопасность Обеспечивается инфекционная безопасность Обеспечивается улучшение аппетита и вкусовых ощущений. Обеспечивание поддержания чувства собственного достоинства пациента. Обеспечивается безопасность пациента Уменьшается сухость во рту, облегчается пережевывание твердой пищи. Обеспечивается адекватное питание и питье Обеспечивание поддержания чувства собственного достоинства пациента Уменьшается скорость роста бактерий во рту Обеспечивается инфекционная безопасность Обеспечивается инфекционная безопасность |

Катетеризация мочевого пузыря мужчины резиновым катетером, в т.ч катетером Фолея

*Оснащение* Серильный катетер, перчатки - 2 пары (стерильные и нестерильные), стерильные салфетки (средние - 4 шт, малые - 2 шт), стерильный глицерин, шприц с 10 мл изотонического раствора, антисептический раствор, емкость для сбора мочи.

|  |  |
| --- | --- |
| Этапы | Обоснование |
| 1. Объяснить пациенту суть и ход предстоящей процедуры и получить его согласие. 2. Подстелить под таз пациенту впитывающую пеленку или клеенку и пеленку 3. Помочь пациенту занять необходимое для процедуры положение: лежа на спине или полусидя с разведенными ногами 4. Надеть перчатки. Произвести гигиеническую обработку наружного отверстия урерты и промежности. Снять перчатки и сбросить их в непромокаемую емкость 5. Надеть стерильные перчатки 6. Обернуть половой член стерильными салфетками 7. Оттянуть крайнюю плоть (если она имеется), захватить половой член сбоку левой рукой (если правша) и вытянуть его на максимальную длину перпендикулярно поверхности тела. 8. Обработать головку полового члена салфеткой, смоченной в антисептическом растворе - держать ее правой рукой. 9. Попросить помощника вскрыть упаковку с катетером. Извлечь катетер из упаковки: держать его на расстоянии 5-6 см от бокового отверстия I и II пальцами правой руки, наружный конец катетера держать IV - V пальцами. Выполнение процедуры 10. Попросить помошника обильно смазать катетер глицерином (или специальной желеобразной смазкой). 11. Продвигать катетер в урерту, прилагая небольшое равномерное усилие, пока катетер не достигнет мочевого пузыря и не появится моча. В том случае, если при продвижении катетера появляется препятствие, следует прекратить процедуру. 12. Наполнить баллон катетера Фолея 10 мл изотонического раствора. Если моча не появилась, попытаться ввести жидкость через катетер, чтобы убедиться в его правильном местонахождении, прежде чем заполнить баллон. Завершение процедуры 13. Возвратить на место крайнюю плоть. Соединить катетер с емкостью для сбора мочи (опустить непостоянный катетер в мочеприемник). Прикрепить трубку катетера Фолея пластырем к бедру 14. Убедиться, что трубки, соединяющие катетер Фоллея и емкость для сбора мочи, не имеют перегибов 15. Сбросить салфетки. Снять перчатки и вымыть руки. 16. Записать реакцию пациента на процедуру | Обеспечивается право пациента на информацию. Обеспечивается инфекционная безопасность Необходимое условие для выполнения процедуры. Обеспечивается инфекционная безопасность Обеспечиваются необходимые условия асептики. Уменьшается опасность внутрибольничной инфекции Распрямляется передний отдел урерты Уменьшается опасность внутрибольничной инфекции Облегчается введение катетера. Исключается травма слизистой уретры. При обструкции на пути катетера процедуру катетеризации выполняет врач. Обеспечивается фиксация катетера. Обеспечивается свободный отток мочи Исключается нарушение оттока мочи Обеспечивается инфекционная безопасность Обеспечивается преемственность ухода |

Кормление пациента через назогастральный зонд с помошью шприца Жане

*Оснашение:* Шприц Жане, шприц 50 мл, зажим, лоток, фонендоскоп, питательная смесь (t 38-40\* С, теплая кипяченая вода 100 мл.

|  |  |
| --- | --- |
| Этапы | Обоснование |
| 1. Ввести назогастральный зонд В том случае, если зонд был введен заранее, проверить правильность положения зонда. 2. Рассказать пациенту, чем его будут кормить 3. Набрать в шприц Жане питательную смесь. 4. Наложить зажим на дистальный конец зонда, соединить шприц с зондом, подняв его на 50 см выше головы пациента так, чтобы рукоятка поршня была направлена вверх. 5. Снять зажим с дистального конца зонда и обеспечить постепенный ток питательной смеси. При затруднении прохождения смеси использовать поршень шприца, смещая его вниз. 6. После опорожнения шприца пережать зонд зажимом 7. Над лотком отсоединить шприц от зонда. 8. Повторить пп. 3-7 до использования всего приготовленного количества питательной смеси. 9. Присоединить к зонду шприц Жане с кипяченой водой. Снять зажим и промыть зонд под давлением 10. Отсоединить шприц и закрыть заглушкой дистальный конец зонда. Прикрепить зонд к одежде 11. Помочь пациенту занять комфортное положение 12. Вымыть и осушить руки 13. Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента | Подготовка к кормлению Процедура позволяет подтвердить нахождение зонда в желудке. Возбуждение аппетита. Сохранение чувства достоинства пациента. Обеспечивается эффективное введение питательной смеси. Постепенное опорожнение шприца снижает риск развития диареи Предотвращается вытекание питательной смеси из зонда. Удовлетворение потребности пациента в адекватном питании и приеме жидкости Смываются остатки питательной смеси и предупреждается рост бактерий. Предупреждается вытекание желудочного содержимого между кормлениями. Обеспечивается правильная биомеханика тела. Обеспечивается инфекционная безопасность. Обеспечивается преемственность сестринского ухода. |

Стандартный план ухода при риске развития пролежней (у лежачего пациента)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Проблема | Цель | Сестринские вмешательства |
| 1. Риск развития пролежней | 1. Отсутствие пролежней | 1. Проводить текущую оценку не менее 1 раза в день (утром) по шкале 2. Изменять положение пациента каждые 2 часа. · 8-10 ч - положение Фаулера; · 10-12 ч - положение на левом боку; · 12-14 ч - положение на правом боку; · 14-16 ч - положение Фаулера; · 16-18 ч - положение Симпса; · 18-20 ч - положение Фаулера; · 20-22 ч - положение на правом боку; · 22-24 ч - положение на левом боку; · 0-2 ч - положение Симпса; · 2-4 ч - положение на правом боку; · 4-6 ч - положение на левом боку; · 6-8 ч - положение Симпса; \*) Выбор положения и их чередование могут изменяться в зависимости от заболевания и состояния пациента. 3. Ежедневно утром обмывать следующие участки. 4. Проверять состояние постели при перемене положения (каждые 2 часа). 5. Обучить родственников технике правильного перемещения (приподнимая над кроватью) 6. Определять количество съеденной пищи (количество белка не менее 120 гр в сутки) 7. Обеспечить употребление не менее 1,5 л жидкости в сутки · С 900 - 1300 ч - 700 мл; · С 1300 - 1800 ч - 500 мл; · С 1800 - 2200 ч - 300 мл. 8. Использовать поролоновые прокладки под исключаюшие давление на кожу. 9. При недержании мочи менять памперсы каждые 4 часа. При недержании кала менять памперсы немедленно после дефекации с последующей бережной гигиенической процедурой. 10. При усилении болей - консультация врача. 11. Поощрять пациента изменять положение в постели (точки давления) с помощью перекладин, поручней и других приспособлений. |

В отделении реанимации часто бывают критические ситуации, когда больному необходимо сердечно-легочная реанимация.

Я владею техникой проведения сердечно-легочной реанимации

*Тактика медсестры:*

1. Вызываю врача;

. Убеждаюсь в отсутствии сердечной деятельности и в отсутствии дыхания;

. Ложу больного на спину, руки вытягиваю вдоль туловища;

. Восстанавливаю проходимость дыхательных путей - одной рукой надавливаю на лоб больного, отклоняя голову назад, другой рукой поднимаю подбородок вверх;

. Если дыхание отсутствует - вентилирую дыхательные пути два раза (зубные протезы оставить во рту)

Ч зажимаю нос больного;

Ч ложу на область рта салфетку;

Ч широко открываю свой рот и плотно прикладываю его ко рту больного;

Ч делаю два глубоких вдувания с интервалом 5 секунд;

Ч слежу, чтобы голова больного была в правильном положении.

. Если пульс отсутствует, - приготовиться к массажу сердца:

Ч произвожу 1 прекардиальный удар;

Ч встаю справа от больного;

Ч ложу правильно руки: держу II и пальцы на лигевидном отверстие грудины, а основание левой ладони помещаю рядом со II пальцем на нижнюю часть грудины вдоль нее - правую руку ложу поверх левой. (Пальцы «верхней» руки придерживают пальцы нижней).

Ч наклоняюсь вперед (плечи реаниматора должны быть над грудиной больного, руки прямые от кистей, до плеч).

. Делаю 5 компрессий на грудную клетку на глубине 3-5 см.

. Делаю 10 больших циклов (один цикл - 5 компрессий и 1 вдувание);

. Пальпирую пульс на сонной артерии каждые 2 минуты;

. Реанимацию продолжаю до улучшения состояния больного, если состояние остается без перемен, реанимацию провожу в течении 30 минут, по истечении этого срока, в случае отсутствия эффекта, реанимацию прекращаю.

В отделении большое внимание уделяется переливанию крови и кровозаменителей. Владею техникой переливания крови Переливание проводится в присутствии врача. При переливании крови необходимо:

. Определение крупы крови:

Для определения группы крови использую свежие сыворотки трех *разных*

Групп. На специальную пластину нанести по 2 капли реагента соответствующих групп. Затем добавляю по капле крови в каждую, тщательно перемешиваю стеклянной ложечкой. Пластинку покачиваю в течении 3-5 минут. Сопоставляю результаты с таблицей:

Учет результатов группы крови АВО

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Агглютинация эритроцитов с реагентами. | | | Кровь принадлежит к группе |
| Анти - А | Анти - В | Анти АВ |  |
| - | - | - | О(I) |
| + | - | + | А(II) |
| - | + | + | B(III) |
| + | + | + | AB(IV) |

Знаком (+) обозначена агглютинация, знаком (-) - отсутствие агглютинации.

При наличии агглютинации со всеми тремя реагентами необходимо исключить неспецифическую агглютинацию исследуемых эритроцитов. Для этого в капле эритроцитов вместо цоликлонов добавляют капли физиологического раствора, а вместо гемагглютинирующих сывороток - сыворотку группы АВ (IV). Кровь можно отнести к группе АВ (IV) только при отсутствии агглютинации эритроцитов в физиологическом растворе или сыворотке АВ (IV).

. Определение резус-фактора

В сухую пробирку капаю каплю крови больного и каплю сыворотки «Цаликлон». Покачиваю в течении 5 минут, добавляю физ раствор. Если произошла агглютинация, то резус (+) положительный, если агглютинация отсутствует, то резус (-) отрицательный.

. Групповая совместимость

Капаю каплю сыворотки больного и каплю крови донора, если нет агглютинации, то кровь можно переливать

. Резус совместимость

В пробирку капаю каплю крови больного + капля 33% р-ра полиглюкина + капля крови донора. Если есть агглютинация, то переливать нельзя, а если ровные волны, то кровь совместима.

Проведение переливания допустимо только после лабораторного подтверждения !

. Биологическая проба.

Провожу трехкратно по 10-15 мл крови через систему струйно с интервалом 3-4 минуты. Если нет симптомов осложнения, капаю кровь. Нельзя переливать кровь и ее компоненты из одной бутылки нескольким больным.

После переливания крови, тару с остатками трансфузионной среды (10 мл) хранят в холодильнике в течении 48 часов. Пакет маркируется - кому была перелита кровь, число, месяц, время, класс «Б». Через 48 часов тара вскрывается, содержимое засыпается хлорной известью на 2 часа, перемешивается, затем по истечении времени упаковывается в пакет желтого цвета класса «Б» и утилизируется. Перелитая кровь регистрируется в «Журнале переливания крови» и в истории болезни.

После переливания больной наблюдается:

- в течение 2 часов постельный режим;

- наблюдение дежурного врача;

- трехкратно через каждый час измеряется температура, АД, пульс с запись;

- контролируется наличие первого мочеиспускания после гемотрансфузии и сохранения нормального цвета мочи;

- на следующее утро после гемотрансфузии проводятся клинические анализы крови, мочи на желчные пигменты.

Во время переливания крови, или при введении лекарственных средств может развиться *анафилактический шок*.

Симптомы: слабость, головокружение, затруднение дыхания, чувство нехватки воздуха, беспокойство, чувство жара во всем теле, иногда рвота, кожа бледная, холодная, влажная, дыхание частое, поверхностное. Систолическое давление 90 мм РТ ст или ниже.

*Тактика медицинской сестры:*

1. Вызвать врача;

2. Прекратить введение препарата, сохранить венозный доступ;

3. Придать устойчивое боковое положение, вынуть зубные протезы (профилактика асфиксии);

4. Приподнять ножной конец кровати (улучшение мозгового кровообращения);

5. Дать увлажненный кислород;

6. Измерить АД и ЧСС (контрольное состояние).

Если анафилактический шок развился при в/м введении препарата:

. Прекратить введение препарата ;

2. На место инъекции положить пузырь со льдом;

3. Обеспечить венозный доступ;

4. Придать устойчивое боковое положение;

5. Приподнять ножной конец;

6. Дать 100% кислород;

7. Измерить АД, пульс.

*Подготовить аппаратуру и инструментарий:*

- система для в/в вливаний, шприцы для в/м и п/к инъекций, жгут, аппарат ИВЛ, набор для интубации, мешок Амбу;

- стандартный набор «Анафилактический шок»

*Оценка достигнутого:* восстановилось сознание, стабилизировалось АД, сердечный ритм.

При внутривенных инфузиях, если нужно перелить много жидкости, в работе используем периферические венозные катетеры. Они практически не вызывают осложнений, если осуществлялась правильная постановка.

Внутривенный катетер ставлю по назначению врача в следующих ситуациях:

- если переливается много жидкости;

- если переливаются препараты крови;

- при регидротации организма.

Постановка внутривенного катетера:

. Мою руки.

. Собираю стандартный набор для катетеризации вены:

- стерильный лоток;

- лоток для мусора;

- шприц на 10 мл;

- стерильные ватные шарики и салфетки;

- лейкопластырь;

- спирт;

- катетеры нескольких размеров;

- переходник;

- жгут;

- стерильные перчатки;

- ножницы;

- бинт.

. Объясняю пациенту суть предстоящей процедуры, создаю атмосферу доверия;

. Мою руки, сушу их;

. Выбираю место катетеризации вены;

. Выбираю катетер;

. Обрабатываю руки антисептическим раствором, надеваю перчатки;

. Накладываю жгут;

. Место катетеризации обрабатываю спиртом;

. Ввожу катетер на игле под углом 15\* к коже, наблюдая за появлением крови в индикаторной камере;

. При появлении крови в камере, снимаю жгут;

. Удаляю иглу из катетера;

. Закрываю канюлю катетера заглушкой или подсоединяю инфузионную систему.

. Фиксирую катетер лейкопластырем.

. Фиксирую процедуру катетеризации вены в месте наблюдения;

. Утилизирую отходы по правилам техники безопасности и Сан эрид режима.

Ежедневный уход за внутривенным катетером.

Строго соблюдаю правила асептики, работаю в стерильных перчатках, каждые 4 часа промываю в/в катетер физ.раствором с Гепарином 1:100, меняю фиксирующую повязку 1 раз в сутки или по мере загрязнения. При появлении отеков, покраснения, немедленно удаляю в/в катетер и накладываю компресс. Катетер меняю каждые 3 суток, если нет осложнений.

Владею техникой постановки в/в, в/м, п/к инъекций, техникой постановки системы для в/в вливаний, техникой постановки зонда желудочного и техникой промывания желудка. Постановкой всех видов клизм. Осуществляю измерение давления, пульса, дыхания и температуры тела.

Владею техникой катетеризации мочевого пузыря, как у мужчин, так и у женщин.

Провожу взятие крови из вены на биохимические анализы, доставляю ее в лабораторию. Осуществляю уход и наблюдение за состоянием, физиологическими оправлениями, сном больных, находящихся в отделении. Своевременно и точно выполняю назначения врача-реаниматолога. Немедленно сообщаю лечащему врачу о внезапном ухудшении состояния больного. По назначению врача выполняю технику дачи кислорода больному с помощью аппарата Боброва.

Владею техникой снятия ЭКГ на электрокардиографе Снимаю кардиограмму больным с жалобами на боли в области сердца и ЭКГ - ленту отдаю врачу для расшифровки.

Электрокардиограмма - это запись электрических колебаний (изменения разности потенциалов), возникающих в результате работы сердца, По ЭКГ можно косвенно судить об анатомическом расположении сердца и о состоянии миокарда (возбудимости, проводимости, гипертрофии, очагах некроза и т.д). Во время сокращения сердца на ленте записываются различные зубцы, повторяющиеся комбинации которые называются комплексами. Они важны для оценки частоты сердечных сокращений, ритма и проводимости. Электрокардиограф имеет три степени усиления. Стандартное усиление, при котором обычно записывают ЭКГ - это процесс, когда электрический импульс от сердца направлением 1 милливольт (МВ) записывается на ленте в виде зубца высотой 10 мм. Реже используются другие степени усиления, когда 1 МВ равен 5 или 20 мм. Этот режим устанавливается специальными переключателями. Электрокардиограф позволяет записывать ЭКГ со стандартной скоростью движения ленты 50 мм/с или вдвое меньшей - 25 мм/с).

Порядок подготовки пациента к снятию ЭКГ.

Для получения качественной электрокардиограммы пациент должен находиться в горизонтальном положении на спине и в спокойном состоянии. Для создания качественной и устойчивой токопроводящей среды между кожей пациента и электродами прибегают к наложению влажных, смоченных водой или гипертоническим раствором марлевых салфеток.

На грудь и конечности строго по схеме накладывают электроды. На правую нижнюю конечность электрод черного цвета, правую верхнюю конечность - красного, на левую верхнюю конечность - желтого цвета, на левую нижнюю конечность - зеленого. На грудь пациента прикрепляют электроды для снятия грудных отведений.

Отведение V1 - электрод помещают в IV межреберье справа от грудины.

Отведение V2 - электрод располагается в IV межреберье слева от грудины.

Отведение V4 - электрод в V межреберье по левой среднеключичной линии.

Отведение V3 -на половине расстояния между электродами V2 и V4.

Отведение V5 - электрод ставится на той же горизонтали, что и электрод V4, по передней подмышечной линии.

Отведение V6 - электрод ставят на той же горизонтали, что V4 и V5, но по средней подмышечной линии.

Отведение V7 - электрод располагается на той же горизонтали, что V4 и V6, но по задней подмыщечной линии.

Отведение V8 - электрод помещают на той же горизонтали в месте пересечения ее с лопаточной линией.

Отведение V9 - электрод ставят на той же горизонтали, что и V4 - V8 в месте пересечения ее с паравертебральной линией.

Краткий порядок снятия ЭКГ.

. Для получения качественной записи ЭКГ необходимо , чтобы пациент лежал в удобном положении, был расслаблен и спокоен. Во время записи ЭКГ пациент не должен касаться корпуса ЭК, а оператору не следует одновременно касаться пациента и кардиогрофа.

. Провести последовательную запись ЭКГ во всех стандартных и грудных отведениях .

. Выключить аппарат, отсоединить от пациента электроды.

. Спросить о самочувствии пациента.

. Обработать руки обычным способом.

Завершение манипуляций

. Записать дату проведенного обследования, подписать пленку (дата, время, ФИО возраст пациента, адрес, № карточки, диагноз)

. Вложить пленку в историю болезни или отдать врачу.

. Провести дезинфекцию электродов, согласно ОСТу.

. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезраствором.

. Вымыть руки обычным способом.

Чтобы исключить рост внутрибольничных инфекций, особое внимание уделяется в отделении правилам асептики и антисептики, правилам стерилизации материала и инструментария, согласно СанПин 2.1.3.1375 - 03.

*Асептика* - комплекс мероприятий, направленных на уничтожение микробов на предметах, соприкасающихся с раной.

*Антисептика -* комплекс мероприятий, направленных на уничтожение микроорганизмов в ране и организме.

В отделении все манипуляции выполняю только одноразовыми инструментами. После проведения манипуляций инструментарий подвергаю дезинфекции.

*Дезинфекция* - это уничтожение патогенных и условно патогенных микроорганизмов в окружающей среде.

Использованные инструменты в разобранном виде помещаю в контейнер с дезинфицирующим раствором, с полным погружением. Одноразовые капельницы разрезаем на несколько частей.

В качестве дезраствора используют:

«Гранокс» - 4% - 60\*

«Авасепт» - 4% - 60\*

«Ди-хлор» - 0,5% - 60\*

Изделия медицинского назначения одноразового использования после дезинфекции подвергаются утилизации, как отходы группы «Б». Грелка, пузырь со льдом, кружка Эсмарха, жгуты, манжетка тонометра - обрабатываются двукратным протиранием дезраствора с интервалом в 15 минут. Градусники дезинфицируются при полном погружении в дезраствор на 30 минут, затем промываются под водой, просушиваются и хранятся в сухом виде. Подкладные судна, клеенки - полное погружение в дезсредство на 60 минут, промыть, просушить и хранить в сухом виде. Все рабочие поверхности - двукратное протирание дезсредством с интервалом 15 мин.

Большое внимание уделяется методам борьбы с вирусным гепатитом, согласно приказу № 408.

*Стерилизация:*

Достигается уничтожением микроорганизмов и их спор путем воздействия физических и химических препаратов. Стерилизации должны подвергаться все изделия, соприкасающиеся с раневой поверхностью, инъекционными препаратами. Все эти манипуляции должны выполняться в соответствии с отраслевым стандартом ОСТ 43-2-2-80 «Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения».

Существуют два метода стерилизации:

Ч Сухожаровой шкаф: 180\* - 60 мин

\* - 150 мин

2 атм - 134\*С - 20 мин

Автоклав : (металл, стекло)

,1 атм - 120 \*С - 45 мин

(резина, латекс)

Опасность заражения ВИЧ-инфекции возникает при аварийной ситуации порез, укол инструментами, загрязненными кровью или другими биологическими жидкостями от ВИЧ-инфицированных больных, а также попадание крови и других биологических жидкостей на слизистые ротоглотки, носа, глаз.

Правила ВИЧ - безопасности для медицинского персонала

. Мыть руки до и после каждого контакта с пациентом. Использовать кожные антисептики;

. Рассматривать кровь и биологические жидкости пациентов как потенциально инфицированные и работать с ними только в перчатках;

. Пользоваться средствами защиты глаз и масками для предотвращения возможного попадания брызг крови и биологических жидкостей в лицо;

. Использовать специальную влагонепроницаемую одежду для защиты участков тела от возможного попадания брызг крови и биологических жидкостей;

. Избегать травм, порезов и уколов;

. Не прикасаться к слизистым глаз, носа, рта, кожи при работе с кровью;

. Не перекладывать использованные иглы, не надевать на них колпачки, не сгибать и не ломать их;

. Сразу после применения помещать использованные шприцы и катетеры в специальные контейнеры для утилизации, никогда не снимать иглы со шприцов до дезинфекции;

. Рассматривать все белье, на котором имеется кровь и жидкие выделения, как потенциально инфицированное;

. Рассматривать все образцы лабораторных анализов, как потенциально инфицированные;

. Возможно использование для обеззараживания и метода орошения рабочих поверхностей дезинфицирующим средством из аэрозольного баллона или другой распылительной аппаратуры. В случае загрязнения рабочих поверхностей в ходе процедур кровью их следует тщательно обработать ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором, затем дезинфицирующий раствор смыть водопроводной водой с помощью чистой ветоши. После использования ветошь замочить в специальной емкости с дезинфицирующим раствором. Возможно применение специальных гранулированных препаратов с коротким бактерицидным эффектом или средств в аэрозольной упаковке (распыление).

. Инфекционная безопасность медицинского персонала - работать только в перчатках, маске, шапочке. Если есть повреждения на руках, заклеить пластырем, затем одеть перчатки. В процедурном кабинете имеется укладка для профилактики ВИЧ-инфекции (приказ № 170 МЗ РФ от 16.08.1994 года «О мерах по совершенствованию профилактики и лечения, ВИЧ-инфицированных в Российской Федерации»).

Аптечка ВИЧ

. Спирт 70% - 100 мл - 1 фл;

. Йод 5% спиртовой раствор - 10 мл - 1 фл

. Бактерицидный лейкопластырь - 12 шт.

. Стерильные салфетки 14/16 - 32 шт.

. Стаканы - 3 шт.

. Вата

. Емкость на 200 мл.

Заметное место в работе реанимационного отделения является соблюдение санитарного режима направленное на предупреждение, возникновение и распространение гнойно-септических и инфекционных заболеваний. Работа по контролю должна быть постоянной и проводится, как в плановом порядке, так и эпизодически. Требования и соблюдения санэпидрежима регламентируется приказами и инструкциями, которыми я и руководствуюсь в своей работе:

Инструкция по проведению текущей уборки процедурного кабинета.

. Текущая уборка перед началом работы (в конце работы) процедурного кабинета проводится младшим персоналом, в специальной одежде, под контролем процедурной медицинской сестры.

. Текущая уборка включает в себя:

Ч Обработку рабочих поверхностей, оборудования, раковин путем протирания ветощью, смоченной дезинфицирующим раствором без добавления (с добавлением) моющих средств с последующим смыванием водопроводной водой при помощи чистой ветоши.

Ч Время экспозиции зависит от дезинфицирующей активности препарата и рекомендаций по применению

Ч При работе с дезинфицирующими средствами необходимо строго соблюдать меры предосторожности, определенные инструкцией или методическими указаниями по применениями.

Ч Если дезинфицирующее средство не требует смывания, обработка включает только протирание поверхностей дезинфицирующим средством с последующим облучением бактерицидной лампой;

Ч Облучение помещения бактерицидной лампой. Время экспозиции рассчитывается исходя из данных паспорта конкретной бактерицидной лампы и площади обрабатываемого помещения. Время работы бактерицидной лампы рекомендуется фиксировать в журнале учета работы бактерицидных ламп.

. Последовательность действий:

этап:

Ч надеть специальную одежду;

Ч обработать поверхности дезинфицирующим раствором (использовать емкость для текущей уборки и чистую ветошь).

этап:

Ч смыть дезинфицирующий раствор чистой водопроводной водой при помощи чистой ветоши;

Ч вымыть пол (использовать ведро для мытья полов и ветошь для пола);

Ч выключить бактерицидную лампу, выдержать экспозицию;

Ч включить бактерицидную лампу;

Ч проветрить помещение до исчезновения запаха озона;

Ч обеззаразить уборочный инвентарь в дезинфицирующем растворе, промыть обязательно и просушить в специальном помещении.

. Во время работы процедурного кабинета дезинфекция проводится после каждой процедуры. Ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором, обрабатывается подушка под руку, жгут, клеенка, поверхность стола.

. Обработка кроватей, тумбочек с дез.раствором - ДИ-хлор 0,5%, р-р «Гранокс» - 4 % - после перевода каждого больного. Инструменты одноразового использования подвергается только дезинфекции и утилизируется, как отходы класса «Б».

Оказание доврачебной помощи при неотложных состояниях

. Кардиогенный шок.

В отделении очень часто лежат больные с острым инфарктом миокарда. У таких больных может развиться *кардиогенный шок.*

*Симптомы:*

- Резкая слабость, кожа бледная, влажная «мраморная», вены «спали», АД- снизилось, стопы и кисти холодные.

*Мои действия:*

- Вызываю врача;

- Успокаиваю больного;

- Укладываю пациента;

- Поднимаю ножной конец на 20\*;

- Измеряю АД и пульс;

- Даю кислород;

- Делаю ЭКГ, подключаю к кардиомонитору;

- Готовлю аппаратуру: систему для в/в вливаний, жгут, кардиомонитор, ЭКГ, дефибриллятор, мешок Амбу.

*Оценка достигнутого:*

Состояние пациента улучшилось.

. Бронхиальная астма.

*Симптомы:*

Удушье, отдышка, затрудненный выдох, сухие свистящие хрипы, участие в дыхании вспомогательной мускулатуры, вынужденное положение сидя или стоя - опираясь на руки.

*Мои действия:*

- Вызываю врача;

- Успокаиваю больного;

- Усаживаю с упором на руки, расстегиваю стесняющую одежду.

- Измеряю АД, пульс, ЧДД;

- Предлагаю больному сделать 1-2 вдоха из ингалятора, которым он обычно пользуется;

- Даю увлажненный кислород;

- Даю горячее питье, делаю горячие ножные и ручные ванны.

- Подготавливаю аппаратуру: систему для в/в вливаний, шприцы, жгут, мешок Амбу.

*Оценка достигнутого:* Одышка уменьшилась, хрипы уменьшились, мокрота свободно отходит.

. Гипертонический криз.

Также одной из частой патологий поступающих больных в наше отделение является гипертонический криз.

*Симптомы:*

Сильная головная боль, «мушки» или пелена перед глазами, тошнота, рвота, нарушение координации, повышение АД по сравнению с привычным для больного уровнем.

*Мои действия:*

- Вызываю врача;

- Успокаиваю больного;

- Укладываю и приподнимаю головной конец кровати, при рвоте - голову на бок.

- Измеряю АД, ЧСС;

- Готовлю препараты для введения, которые назначает врач и аппаратуру.

*Оценка достигнутого:*

Жалобы уменьшились. АД снизилось до нормальных цифр.

. Гипогликемическая кома

Состояние гипогликемической комы развивается после инъекции инсулина, при невозможности своевременно поесть.

*Симптомы:*

Гипогликемическое состояние - слабость, тревога, бледность, дрожь в руках, потливость, чувство голода, тахикардия.

Гипогликемическая кома - внезапная потеря сознания, гипертонус мышц, выраженная потливость, могут быть судороги, уровень сахара в крови снижается менее 3,3 ммоль

*Мои действия:*

Гипогликемическое состояние:

- Фиксирую время;

- Вызываю врача;

- Даю пациенту съесть не менее 5 кусков сахара или выпить теплый сладкий чай, булку, хлеб, печенье, конфету;

- Успокаиваю больного;

- Вызываю лаборанта для измерения уровня сахара в крови больного.

Гипогликемическая кома:

- Вызываю врача;

- Фиксирую время;

- Обеспечиваю вызов лаборанта;

- Произвожу ревизию ротовой полости

- Подготавливаю инструмент: систему для в/в капельного вливания, шприцы, иглы, жгут. 40% р-р глюкозы, 0,9% хлорид натрия.

*Оценка достигнутого:*

Уровень глюкозы в крови повысился, больной пришел в себя, дыхание улучшилось, пропала дрожь в руках и потливость. Состояние адекватное.

Медицинскому работнику доверяется самое дорогое - жизнь, здоровье и благополучие людей. Поэтому медицинская сестра должна обладать профессиональной наблюдательностью, должна уметь владеть собой, управлять своими эмоциями.

В понятие профессиональной компетентности , кроме медицинских знаний, входят такие качества, как милосердие, умение общаться с больным, соблюдение правил этики и деонтологии.

Во время оказания экстренной помощи особенно важно проявление чуткости к самому больному и близким ему людям. В этих случаях усвоенные правила деонтологии должны срабатывать рефлекторно. Необходимо в любых условиях помнить основную заповедь медицины: «Не навреди!». Также помнить народную мудрость «Слово лечит, слово убивает». Человек, оказавшийся в экстремальной ситуации подавлен случившимся, испуган. Вывести его из подобного состояния хоть и трудно, но необходимо.

Расположить к себе больного, найти с ним контакт, суметь помочь ему воспрять духом - это большой труд и настоящее искусство. И от меня, как медицинской сестры отделения реанимации в этом случае требуется не только высокие профессиональные знания, но также чуткость и внимательность: в общении с больным человеком имеет значение даже интонация голоса.

Специфика нашей работы требует постоянного профессионального совершенствования. Надо быть всегда готовой к самым сложным и непредвиденным ситуациям.

Я стремлюсь к постоянному повышению своего профессионального уровня: слежу за периодической печатью, медицинской литературой. Посещаю курсы специализации и усовершенствования средних медицинских работников, сдаю зачеты в отделении.

На протяжении всего трудового стажа периодически посещаю курсы повышения квалификации.