ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Зав. Кафедрой пропедевтики внутренних болезней, д.м.н. профессор Г.И. Юпатов

РЕФЕРАТ

ТЕМА: Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов кровообращения

Выполнила студентка 20 группы 2 курса

лечебного факультета Пилипенко В. В.

Преподаватель - доцент,

к.м.н. О.В. Драгун

Витебск,

Содержание

1.Введение

.Общие мероприятия

.1 Техника определения пульса на лучевой артерии

.2 Техника определения пульса на сонной артерии

.3 Артериальное давление. Методика его измерения

. Специальные мероприятия

.1 Уход за больными с гипертонической болезнью

.2 Уход за больными с болями в сердце

.3 Уход за больными с инфарктом миокарда

.4 Уход за больными с недостаточностью кровообращения

.5Уход за больными с хронической сердечной недостаточностью

.6Уход за больными с острой сосудистой недостаточностью

Список литературы

больной уход пульс сердце

1. Введение

Заболевания сердечно-сосудистой системы являются наиболее распространенной патологией внутренних органов и занимают первое место среди всех причин смертности населения. Повсеместно продолжается рост заболеваемости гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца и другими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, приводящими нередко к преждевременной инвалидизации пациентов, причем контингент больных заметно «омолаживается». Помимо диагностики и правильного лечения болезней органов кровообращения, необходимо также осуществлять правильный уход за больными и вести постоянное их наблюдение. Это способствует более быстрому выздоровлению, а также поможет предотвратить рецидивы болезни в будущем.

2.Общие мероприятия

К наиболее часто встречающимся заболеваниям сердечнососудистой системы относят острую и хроническую сердечную недостаточность, гипертоническую болезнь, сосудистую недостаточность . Наблюдение и уход за пациентами с заболеваниями органов кровообращения должны проводиться в двух на-правлениях:

• Общие мероприятия - мероприятия по наблюдению и уходу, в которых нуждаются пациенты с заболеваниями различных органов и систем: наблюдение за общим состоянием больного, термометрия, наблюдение за пульсом и АД, заполнение температурного листа, обеспечение личной гигиены больного, подача судна и др.

• Специальные мероприятия - мероприятия по наблюдению и уходу, направленные на помощь больным с симптомами, характерными для заболеваний сердечно-сосудистой системы: болью в области сердца и грудной клетке, явлениями острой и хронической сердечной недостаточности, отёками, нарушением ритма сердца и др.

Артериальный пульс (лат. pulsus - удар, толчок) - периодические (ритмические) колебания стенок артерий, обусловленные изменением их кровенаполнения в результате работы сердца.

2.1 Техника определения пульса на лучевой артерии

Чаще всего пульс определяют на лучевой артерии в области лучезапястного сустава (так называемый периферический пульс), так как здесь артерия расположена поверхностно и хорошо пальпируется между шиловидным отростком лучевой кости и сухожилием внутренней лучевой мышцы. В норме пульс ритмичный, одинаково прощупывается на обеих руках, частота его у взрослого человека в состоянии покоя составляет 60-90 в минуту.

. Пальцами своих рук одновременно охватить запястья больного (в области лучезапястных суставов) таким образом, чтобы подушечки указательных и средних пальцев находились на передней (внутренней) поверхности предплечий в проекции лучевой артерии.

Лучевая артерия пальпируется между шиловидным отростком лучевой кости и сухожилием внутренней лучевой мышцы.

. Внимательно ощупать область лучевой артерии, прижимая её к подлежащей кости с различной силой; при этом пульсовая волна ощущается как расширение и спадение артерии.

. Сравнить колебания стенок артерий на правой и левой руках больного. При отсутствии какой-либо асимметрии (неодинаковости) дальнейшее исследование пульса проводят на одной руке.

. Для определения частоты пульса (если пульс ритмичен) подсчитать количество пульсовых волн за 15 с и умножить полученный результат на 4; в случае аритмии подсчёт проводят в течение 1 мин.

. Занести данные исследования пульса в температурный лист (отметить точками красного цвета соответственно шкале пульса).

При подозрении на облитерирующее заболевание сосудов нижних конечностей (резкое сужение просвета артерий (лат. obliteratio - стирание, сглаживание), наиболее частой причиной которого выступает атеросклероз аорты и её ветвей) пульс определяют на бедренных, подколенных артериях, сосудах стопы.

.2 Техника определения пульса на сонной артерии

При тяжёлом состоянии пациента оценивают наличие пульса на наружной сонной артерии (a. carotis externa).

. Определить на передней поверхности шеи наиболее выступающую часть щитовидного хряща - так называемый кадык («адамово яблоко»).

. Сместить указательный и средний пальцы по стенке хряща кнаружи, и установить их между хрящом и прилегающей мышцей.

. Подушечками пальцев определить пульсацию сонной артерии.

Исследование нужно проводить осторожно (с одной стороны), нельзя пережимать сонную артерию, так как она является богатой рефлексогенной зоной и существует опасность резкого рефлекторного замедления ЧСС вплоть до потери больным сознания.

.3 Артериальное давление. Методика его измерения

Артериальным называют давление, образующееся в артериальной системе во время работы сердца. В зависимости от фазы сердечного цикла различают систолическое и диастолическое АД.

• Систолическое АД, или максимальное, возникает в артериях вслед за систолой левого желудочка и соответствует максимальному подъёму пульсовой волны.

• Диастолическое АД поддерживается в артериях в диастолу благодаря их тонусу и соответствует спадению пульсовой волны.

• Разницу между величинами систолического и диастолического АД называют пульсовым давлением.

АД зависит от величины сердечного выброса, общего периферического сосудистого сопротивления, ОЦК, ЧСС. Измерение АД - важный метод контроля за состоянием гемодинамики как у здоровых, так и у больных людей.

Измерение АД можно проводить прямым и непрямым методами. Прямой метод предполагает введение датчика манометра непосредственно в кровяное русло. Этот метод применяют при катетеризации с целью определения давления в крупных сосудах или полостях сердца. В повседневной практике АД измеряют непрямым аускультативным методом, предложенным в 1905 г. русским хирургом Николаем Сергеевичем Коротковым, с использованием сфигмоманометра (аппарата Рива-Роччи, также называемого тонометром).

В современных научных эпидемиологических исследованиях используются ртутные сфигмоманометры с так называемым «плавающим нулём», позволяющим нивелировать влияние атмосферного давления на результаты измерения.

Сфигмоманометр состоит из ртутного или чаще пружинного манометра, соединённого с манжетой и резиновой грушей (рис. 13-3). Поступление воздуха в манжету регулируется специальным вентилем, позволяющим удерживать и плавно снижать давление в манжете. АД измеряется силой сопротивления пружины (в мм рт. ст.), которая передаётся стрелке, движущейся по циферблату с нанесёнными миллиметровыми делениями

Правила измерения

. Измерение АД проводят в положении человека лёжа или сидя на стуле. В последнем случае пациент должен сесть на стул с прямой спинкой, опереться спиной на спинку стула, расслабить ноги и не скрещивать их, руку положить на стол. Опора спины на стул и расположение руки на столе исключают подъём АД из-за изометрического мышечного сокращения.

. Измерять АД рекомендуется через 1-2 ч после приёма пищи и не ранее чем через 1 ч после употребления кофе и курения.

. Манжета (внутренняя резиновая её часть) сфигмоманометра должна охватывать не менее 80% окружности плеча и покрывать 2/3 его длины.

. Необходимо произвести не менее трёх измерений с интервалом не менее чем в 5 мин. За величину АД принимают среднее значение, вычисленное из полученных за два последних измерения.

По классической методике измерения АД ВОЗ, не принятой в широкой клинической практике, его измеряют трижды с интервалами не менее 5 мин, и в историю болезни заносят самое низкое АД .

Техника измерения АД

. Предложить пациенту принять удобное положение (лёжа или сидя на стуле); рука его должна лежать свободно, ладонью вверх.

. Наложить пациенту на плечо манжету сфигмоманометра на уровне его сердца (середина манжеты должна примерно соответствовать уровню четвёртого межреберья) таким образом, чтобы нижний край манжеты (с местом выхода резиновой трубки) находился примерно на 2-2,5 см выше локтевого сгиба, а между плечом больного и манжетой можно было бы провести один палец. При этом середина баллона манжеты должна находиться точно над пальпируемой артерией, а расположение резиновой трубки не должно мешать аускультации артерии.

Неправильное наложение манжеты может привести к искусственному изменению АД. Отклонение положения середины манжеты от уровня сердца на 1 см приводит к изменению уровня АД на 0,8 мм рт. ст.: повышению АД при положении манжеты ниже уровня сердца и, наоборот, понижению АД при положении манжеты выше уровня сердца.

. Соединить трубку манжеты с трубкой манометра [при использовании ртутного (наиболее точного) манометра].

. Установив пальцы левой руки в локтевую ямку над плечевой артерией (её находят по пульсации), правой рукой при закрытом вентиле сжиманием груши в манжету быстро накачать воздух и определить уровень, при котором исчезает пульсация плечевой артерии.5. Приоткрыть вентиль, медленно выпустить воздух из манжеты, установить фонендоскоп в локтевую ямку над плечевой артерией.

. При закрытом вентиле сжиманием резиновой груши в манжету быстро накачать воздух до тех пор, пока по манометру давление в манжете не превысит на 20-30 мм рт. ст. тот уровень, при котором исчезает пульсация на плечевой артерии (т.е. несколько выше величины предполагаемого систолического АД).

Если воздух в манжету нагнетать медленно, нарушение венозного оттока может вызвать у пациента сильные болевые ощущения и «смазать» звучность тонов.

. Приоткрыть вентиль и постепенно выпускать (стравливать) воздух из манжеты со скоростью 2 мм рт. ст. в 1 с (замедление выпускания воздуха занижает значения АД), проводя при этом выслушивание (аускультацию) плечевой артерии.

. Отметить на манометре значение, соответствующее появлению первых звуков (тонов Короткова, обусловленных ударами пульсовой волны), - систолическое АД; значение манометра, при котором звуки исчезают, соответствует диастолическому АД.

. Выпустить весь воздух из манжетки, открыв вентиль, затем разъединить стык резиновых трубок и снять манжету с руки пациента.

. Занести полученные величины АД в температурный лист в виде столбиков красного цвета соответственно шкале АД. Значение АД округляют до ближайших 2 мм рт. ст.

3. Специальные мероприятия

.1 Уход за больными с гипертонической болезнью

Повышение артериального давления носит название артериальной гипертензии (гипертонии), а снижение - артериальной гипотензии (гипотонии). Артериальная гипертензия, развивающаяся вследствие нарушений сложных механизмов регуляции артериального давления, встречается при гипертонической болезни, болезнях почек, сосудов, заболеваниях эндокринной системы. Длительное повышение артериального давления сопровождается возникновением серьезных изменений в различных органах и системах организма (сердечно-сосудистой системе, почках, центральной нервной системе и др.) и требует систематического медицинского лечения.

При наблюдении и уходе за больными, страдающими артериальной гипертензией, большое внимание нужно уделять соблюдению требований и правил лечебно-охранительного режима, т. к. отрицательные эмоции, недостаточный сон оказывают неблагоприятное влияние на течение заболевания. Артериальное давление определяют несколько раз в день и вносят цифры в температурный лист. В диете больных артериальной гипертонией ограничивают содержание поваренной соли до 1,5-2 г. Резкое повышение артериального давления сопровождается головной болью, головокружением, тошнотой, рвотой и называется гипертоническим кризом. Затянувшийся гипертонический криз может привести к развитию нарушения мозгового кровообращения, ухудшению коронарного кровообращения, вплоть до возникновения инфаркта миокарда. При гипертоническом кризе больным назначают строгий постельный режим, им можно поставить горчичники на затылок или сделать горячую ножную ванну. Парентерально вводят гипотензивные средства (40-80 мг лазикса внутривенно). Введение гипотензивных средств производят под контролем артериального давления.

Больным рекомендуют строгий постельный режим, поскольку при попытке встать может возникнуть резкое падение артериального давления (ортостатический коллапс). Артериальная гипотензия встречается порой у совершенно здоровых людей, особенно у худощавых (т. н. «астенической» конституции, но может быть и симптомом серьезных заболеваний, возникая, например, при кровотечениях, инфаркте миокарда и некоторых других состояниях).

.2 Наблюдение и уход за больными с болями в сердце

Жалобы больного на боли в области сердца (в левой половине грудной клетки) не всегда связаны с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Болевые ощущения в этой области наблюдаются при поражениях плевры, межреберной невралгии, миозитах, остеохондрозе позвоночника, некоторых заболеваниях пищевода и желудка. Боли в области сердца могут иметь различное происхождение и обусловливаться, в частности, поражением перикарда, аорты, невротическими состояниями. Большое диагностическое и прогностическое значение имеет установление у больного наличия приступов стенокардии, возникающих вследствие ишемии миокарда на фоне спазма или атеросклероза коронарных артерий, сопровождающейся раздражением нервных рецепторов продуктами нарушенного обмена веществ в миокарде. В таких случаях приступы стенокардии характеризуются появлением загрудных болей давящего или сжимающего характера. Боли распространяются в левое плечо, лопатку, левую половину шеи. В зависимости от того, в каких условиях появляются приступы стенокардии (при физической нагрузке, ночью во время сна), принято выделять стенокардию напряжения и стенокардию покоя. Приступы стенокардии требуют неотложной терапии, поскольку при длительном ее течении возможен переход в инфаркт миокарда. При приступе стенокардии больному необходимо обеспечить полный покой, дать нитроглицерин (таблетку или 1-3 капли спиртового раствора на сахар, под язык), который быстро устраняет спазм коронарных артерий. Хороший эффект может принести и постановка горчичников на левую половину грудной клетки.

.3 Наблюдение и уход за больными с инфарктом миокарда

Серьезным заболеванием, периодично угрожающим жизни больного, является инфаркт миокарда, при котором в сердечной мышце происходит образование очагов ишемического некроза. Боли в области сердца при инфаркте значительно интенсивнее и продолжительнее, чем при стенокардии, сопровождаются общей слабостью, страхом смерти. Иногда при инфаркте миокарда отмечаются удушье, сильные боли в подложечной области, расстройство сердечного ритма, нарушение мозгового кровообращения. Больным с инфарктом миокарда необходима срочная госпитализация в первые же часы заболевания. При поступлении в стационар больные сразу же направляются в палату интенсивной терапии (кардиореанимацию) без санитарной обработки. Эти палаты снабжены необходимой аппаратурой для постоянного наблюдения за функциями сердечно-сосудистой и дыхательной систем; частотой дыхания и пульса; ритмом сердечных сокращений; уровнем артериального давления; дефибрилляторами, позволяющими устранить тяжелые нарушения ритма; кардиостимуляторами для реанимационных мероприятий при остановке сердца; аппаратами для искусственной вентиляции легких. Эти отделения в любое время суток связаны с экспресс-лабораториями, что дает возможность круглосуточно проводить необходимые исследования, они обеспечены необходимыми медикаментами и трансфузионными растворами. После стабилизации течения острого инфаркта миокарда (устранения болей с помощью введения наркотических средств, снижения свертываемости крови посредством введения гепарина и фибромцина, нормализации ритма сердечных сокращений и уровня артериального давления) больные обычно через 5-7 дней переводятся в общетерапевтическое или кардиологическое отделение. На протяжении 2-3 недель больные инфарктом находятся на полупостельном режиме, в первые дни - на строгом постельном режиме. В этот период большое значение приобретает проведение всех необходимых мероприятий по уходу: контроль за состоянием постели, своевременная смена нательного и постельного белья, кормление больных, уход за кожными покровами, подача судна и мочеприемника, тщательное наблюдение за функциями системы дыхания и кровообращения.

.4 Уход за больными с недостаточностью кровообращения

Под недостаточностью кровообращения понимают неспособность сердечно-сосудистой системы обеспечить органы и ткани организма необходимым количеством крови. Выделяют сердечную и сосудистую недостаточность. Сердечная недостаточность развивается в результате различных поражений миокарда (например, при миокардитах и миокардиодистрофии, ишемической болезни сердца, пороках сердца, гипертонической болезни); она может быть острой и хронической. В клинической практике часто встречается острая левожелудочковая недостаточность, вызванная падением сократительной способности миокарда левого желудочка, проявляющаяся приступами сердечной астмы и отеком легкого, а также кардиогенным шоком. Сердечная астма возникает при значительном застое крови в малом круге кровообращения, характеризуется появлением у больного чувства выраженной нехватки воздуха (удушья) и сопровождается тяжелой одышкой в покое, цианозом. Если больному в этот период не будет оказана помощь, приступ сердечной астмы может перерасти в отек легких, появится клокочущее дыхание, выделение большого количества пенистой мокроты. Отек легких при отсутствии лечебных мероприятий может закончиться смертью больного. Уход за таким пациентом заключается в придании ему полусидячего положения, применении горячих ножных ванн или наложении жгута на нижние конечности, отсасывании пенистой мокроты из верхних дыхательных путей, ингаляции кислорода вместе с парами этилового спирта. Усиление сократительной способности миокарда достигают с помощью сердечных гликозидов (строфантина, дигоксина и др.), а уменьшение объема циркулирующей крови - при использовании мочегонных препаратов (лазикса). Острое падение сократительной способности левого желудочка может привести к развитию кардиогенного шока, который характеризуется падением артериального давления, бледностью кожных покровов, холодным потом, одышкой, частым пульсом слабого наполнения и напряжения, иногда спутанностью сознания. Помощь больным с кардиогенным шоком состоит в снятии болевых ощущений (введение лекарственных наркотических средств); повышении артериального давления (введение норадреналина, мезатона); усилении сократительной способности миокарда (назначение сердечных гликозидов); повышении объема циркулирующей крови (внутривенное вливание полиглюкина, реополиглюкина и др.).

.5 Уход за больными с хронической сердечной недостаточностью

Хроническая сердечная недостаточность характеризуется постепенным ослаблением сократительной способности миокарда и проявляется нарастающей одышкой (в начале при физической нагрузке, а затем и в покое), циэпозом, тахикардией, периферическими отеками, увеличением печени в результате венозного застоя. Больные с хронической сердечной недостаточностью, помимо регулярного приема лекарственных препаратов (сердечных гликозидов, мочегонных и др.), нуждаются в тщательном уходе. Больные с хронической недостаточностью, особенно в период нарастания ее декомпенсации, должны соблюдать постельный режим. Чтобы уменьшить застой в малом круге кровообращения, больным необходимо придать в постели положение с приподнятым изголовьем. В случаях тяжелой одышки применяют ингаляции кислородной смесью. Ежедневно отмечают частоту дыхания, пульса, уровень артериального давления, при этом результаты измерения записывают в температурный лист. Следует регулярно контролировать динамику отеков. Ежедневно учитывают количество выпитой за сутки жидкости и выделенной мочи (диурез). Контроль динамики отеков можно проводить и с помощью регулярного взвешивания больных.

В целях борьбы с отеками больным ограничивают прием жидкости (до 800 мл-1 л в день), а также употребление поваренной соли. При кормлении больных с хронической сердечной недостаточностью назначают лечебную диету № 10, в рацион питания включают продукты, богатые калием (курагу, печеный картофель и др.). Длительно существующие отеки приводят к вторичным изменениям кожных покровов, которые при этом изменяют свою окраску, истончаются, теряют эластичность. Необходимо тщательно ухаживать за кожей, нательным и постельным бельем, проводить обязательную профилактику пролежней.

.6 Уход за больными с острой сосудистой недостаточностью

Острая сосудистая недостаточность характеризуется падением сосудистого тонуса. Ее легким проявлением является обморок, который возникает в результате нарушения центральной нервной регуляции сосудистого тонуса. Обморок проявляется побледнением кожных покровов, кратковременной потерей сознания, снижением мышечного тонуса, артериальной гипотензией. Сознание больного обычно восстанавливается в течение нескольких минут.

При обмороке больному следует придать горизонтальное положение с опущенной головой и приподнятыми ногами (для улучшения кровообращения в головном мозге), обеспечить доступ свежего воздуха, освободить от стесняющей одежды, побрызгать в лицо холодной водой, похлопать по щекам, дать понюхать ватку, смоченную нашатырным спиртом. Острая сосудистая недостаточность, связанная с выраженным падением сосудистого тонуса и уменьшением объема циркулирующей крови, носит название коллапса. Коллапс наблюдается при тяжелом течении ряда инфекционных и острых воспалительных заболеваний, при кровопотере, отравлениях, тяжелых нарушениях сердечного ритма, тромбоэмболии легочной артерии. При коллапсе сознание больного обычно сохранено, отмечается бледность кожных покровов, снижение температуры тела, поверхностное и учащенное дыхание, частый и малый пульс, низкое артериальное давление. Помощь при коллапсе включает в себя устранение причин его возникновения (например, остановка кровотечения, удаление ядов из организма), согревание больного, введение препаратов, повышающих артериальное давление (адреналина, мезатона, глюкокортикоидов), повышение объема циркулирующей крови (переливание крови и кровезаменяющих жидкостей).

Список литературы

<http://med.haiermobile.ru/medsis/3.htm>

<http://idoktor.info/uhod-za-boln%FBm/boln%FBe-s-zabolevaniyami-organov-krovoobrasheniya/nablyudenie-i-uhod-za-boln%FBmi-s-zabolevaniyami-organov-krovoobrasheniya.html>

<http://aupam.narod.ru/pages/uhod/spravochnik\_po\_uxodu\_za\_bolny/page\_08.htm>

<http://www.carenurs.ru/Data/des137.php>