План:

1. Уход за больными и его значение
2. Введение в легочные заболевания.
3. Особенности наблюдения и ухода за больными при кашле, кровохарканье и легочном кровотечении.
4. Наблюдение и уход за больными с дыхательной недостаточностью.
5. Плевральная пункция.
6. Литература.

Литература:

1. Гребнев А.Л., Шептулин А.А. «Основы общего ухода за

больными»

2. Баешко А.А., Гайдук Ф.М. «Неотложные состояния»

3. Энциклопедия «Сам себе доктор: как оказать первую

медицинскую помощь в различных

условиях до прибытия врача»

В повседневной жизни под уходом за больными (сравните – ухаживать, заботиться) обычно понимают оказание больному помощи в удовлетворении им различных потребностей. К ним относится еда, питье, умывание, движение, освобождение кишечника и мочевого пузыря. Уход подразумевает также создание больному оптимальных условий пребывания в стационаре или дома – тишины и покоя, удобный 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. Можно добиться значительного восстановления поврежденных двигательных функций конечностей после перенесенного нарушения мозгового кровообращения или полного сращения костных отломков после тяжелого перелома, но больной умрет из-за пролежней, образовавшихся за это время вследствие плохого ухода.

Таким образом, уход за больными является обязательной составной частью всего процесса лечения, влияющей в немалой степени на его эффективность.

# Повсеместно, особенно в индустриально развитых

странах, наблюдается значительный рост заболеваний дыхательной системы, которые вышли уже на 3-4-е место среди причин смертности населения. Что же касается, например, рака легких, то это патология по ее распространенности опережает у мужчин все остальные злокачественные новообразования. Такой подъем заболеваемости связан в первую очередь с постоянно увеличивающийся загрязненностью окружающего воздуха, курением, растущей аллергизацией населения (прежде всего за счет продукции бытовой химии). Все это в настоящее время обуславливает актуальность своевременной диагностики, эффективного лечения и профилактики болезней органов дыхания. Решением этой задачи занимается пульмонология (от лат. Pulmois – легкое, греч. – logos – учение), являющаяся одним из разделов внутренней медицины.

В своей повседневной практике врачу приходится сталкиваться с различными заболеваниями дыхательной системы. В амбулаторно-поликлинических условиях, особенно в весенне-осенний период, часто встречается такие заболевания, как острый ларингит, острый трахеит, острый и хронический бронхит. В отделениях стационара терапевтического профиля нередко находятся на лечении больные с острой и хронической пневмонией, бронхиальной астмой, сухим и экссудативным плевритом, эмфиземой легких и легочно-сердечной недостаточностью. В хирургические отделения поступают для обследования и лечения больные с бронхоэктатической болезнью, абсцессами и опухолями легких.

Современный арсенал диагностических и лечебных средств, применяемых при обследовании и лечении больных с заболеваниями органов дыхания, является весьма обширным. Сюда относятся различные лабораторные методы исследования (биохимические, иммунологические, бактериологические и др.), функциональные способы диагностики – спирография и спирометрия (определение и графическая регистрация тех или иных параметров, характеризующих функцию внешнего дыхания), вневмотахография и пневмотахометрия (исследование максимальной объемной скорости форсированного вдохы и выдоха), исследование содержания (парциального давления) кислорода и углекислого газа в крови и др.

Весьма информативными являются различные рентгенологические методы исследования дыхательной системы: рентгеноскопия и рентгенография органов грудной клетки, флюорография (рентгенологические исследование с помощью специального аппарата, позволяющего делать снимки размером 70X70 мм, применяющееся при массовых профилактических обследованиях населения),томография (метод прослойного рентгенологического исследования легких, точнее оценивающий характер опухолевидных образований), бронгография, 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 ее 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 течении бронхиальной астмы можно осуществить санацию бронхиального дерева с последующим отсасыванием вязкой или гнойной мокроты и введением лекарственных средств.

Уход за больными с заболеваниями органов дыхания обычно включает в себе и ряд общих мероприятий, проводимых при многих заболеваниях других органов и систем организма. Так, при крупозной пневмонии необходимо строго придерживаться всех правил и требований ухода за лихорадящими больными (регулярное измерение температуры тела и ведение температурного листа, наблюдение за состоянием сердечно-сосудистой и центральной нервной систем, уход за полостью рта, подача судна и мочеприемника, своевременная смена нательного белья и т.д.) При длительном пребывании больного и в постели уделяют особое внимание тщательному уходу за кожными покровами и профилактике пролежней. Вместе с тем уход за больными с заболеваниями органов дыхания предполагает и выполнение целого ряда дополнительных мероприятий, связанных с наличием кашля, кровохарканье, одышки и других симптомов.

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 ссодержимого 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 теплое щелочное тепло (горячее молоко с боржомом или с добавлением ½ 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 ее 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 которое 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 ее задержка (например, при бронхоэктатичской 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 нее не попадает слюна, микроорганизмы полости рта. Однако часто больной сам сдает мокроту сплевывая ее в чистую стеклянную баночку. Поэтому перед сбором мокроты, таким образом 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 взятие мокроты для исследования на микробактерии туберкулеза необходимо иметь ввиду, что они обнаруживаются только в том случае, если содержание в 1мл мокроты составляет не менее 100 тысяч. Поэтому при взятие мокроты на анализ ее 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 – кровянным агаром, сахарным бульоном и др.

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

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

Кровохарканье и легочное кровотечение, как правило не сопровождаются явлениями шока или коллапса. Угроза для жизни в таких случаях обычно бывает связанна 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 попадание 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, эпсилон аминокапроновую 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 как резким учащением дыхания, так и его урежением, вплоть до его остановки. В зависимости от того, какая фаза дыхания оказывает затрудненной, различают инспираторную одышку (проявляется затруднением вдоха, например, при сужение 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 ее возникновения в большинстве случаев возникает с изменением газового состава крови – повышением содержания углекислого газа и снижением содержания кислорода, сопровождающимся сдвигом pH 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 напряжения всей системы внешнего дыхания. Дыхательная недостаточность может возникать остро (например, при закрытие 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, отека 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 отек легких.

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, образую графическую кривую частоты дыхания.

При появление 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.

Под оксигенотерапией понимают применение кислорода в лечебных целях. При заболеваниях органов дыхания кислородную терапия применяют в случаю острой и хронической дыхательной недостаточности сопровождающейся цианозом (синюшность кожных покровов), учащением сердечных сокращений (тахикардия), снижением парциального давления кислорода в тканях, мене 70 мм рт.ст.

Выдыхание чистого кислорода может оказать токсического действие на организм человека проявляющееся в возникновение сухости во рту, чувство жжения за грудиной, болей в грудной клетке, судорог и т.д., поэтому для лечения используют обычно газовую смесь содержащую до 80% кислорода (чаще всего 40-60%). Современный устройства, позволяющие подавать больному не чистый кислород, а обогащенную кислородом смесь. Лишь при отравление окисью углерода (угарным газом) допускается применение карбогено содержащего 95% кислорода и 5% углекислого газа. В некоторых случаях при лечение дыхательной недостаточности используют ингаляции гелио-кислородные смеси состоящие из 60-70 гелей и 30-40% кислорода. При отеке легких, которые сопровождается пенистой жидкости из дыхательных путей, применяют смесь, содержащую 50% кислорода и 50% этилового спирта, в которой спирт играет роль пеногасителя.

Оксигенотерапия может осуществляться как при естественном дыхание так и при использование аппаратов искусственной вентиляции легких. В домашних условиях с целью оксигенотерапии применяют кислородные подушки. При этом больной вдыхает кислород через трубку или мундштук подушки, который он плотно обхватывает губами. С целью уменьшения потери кислорода в момент выдоха, его подача временно прекращается с помощью пережатия трубки пальцами или поворотом специального крана

В больничных учреждениях оксигенотерапию проводят с использованием баллонов со сжатым кислородом или системы централизованной подачи кислорода в палаты. Наиболее распространенным способом кислородотерапии является его ингаляция через носовые катетеры, которые вводят в носовые ходы на глубину примерно равную расстоянию от крыльев носа до мочки уха, реже используют носовые и ротовые маски, интубационные и трахеостомические трубки, кислородные тенты-палатки.

Ингаляции кислородной смеси проводят непрерывно или сеансами по 30-60 мин. несколько раз в день. При этом необходимо, чтобы подаваемый кислород был обязательно увлажнен. Увлажнение кислорода достигается его пропусканием через сосуд с водой, или применением специальных ингаляторов, образующих в газовой смеси взвесь мелких капель воды.

В настоящее время при многих заболеваниях внутренних органов в том числе и при дыхательной недостаточности сопровождающимися гипоксией, т.е. снижением содержания кислорода в тканях, применяется гипербарическая оксигенация, представляющая собой лечением кислородом под повышенным давлением в специальных барокамерах. Использование этого метода дает значительном увеличением диффузии кислорода в значительные среды организма.

При некоторых заболеваниях органов дыхания в патологический процесс вовлекаются листки плевры. Поражение и трение их друг о друга обуславливают появления более колющего характера, усиливающихся при глубоком дыхании и кашле, и уменьшающихся при положении пациента на больном боку. Ослаблению плевральных болей способствует применение банок, горчичников, согревающих компрессов.

При различных заболеваниях, ранениях, травмах между плевральными листками может скапливать достаточно большое количество воспалительного экссудата (экссудативный плеврит), застойные жидкости (гидроторакс), крови (гемотаракс), гноя (эмпиема плевра), воздуха (пневморатакс). Скопление жидкости в плевральной полости приводит к поджатия соответствующего легкого, что обычно затрудняет нормальное дыхание и способствует развитию –выраженной одышки. Прокол плевральной полости для удаления из нее жидкости с диагностической или лечебной целью называется плевральной пункцией. С ее помощь. Можно ввести в плевральную полость различные лекарственные вещества, а также наложить дренаж для постоянного отсасывания жидкости.

Плевральную пункцию проводят обычно под местной анестезией 0,5% р-ром новокаина в положение больного сидя. После обработки кожных покровов спиртом и йодом и уточнения уровня жидкости, пункцию делают как правило в VII или VII межреберьях по лопаточной или задним подмышечной линиям. Плевральную пункцию необходимо проводить по верхнему краю ребра, чтобы не повредить межреберные сосуды и нервы, проходящего вдоль нижнего края. Пункцию выполняют с помощью длинной толстой иглы, которую затем соединяют со шприцем посредством резиновой трубочки. После отсасывания, перед тем как отсоединить шприц, на резиновую трубочку накладывают зажим. Удаление жидкости производят медленно (в противном случае из-за быстрого смещения органов средостения может развиться коллапс). После окончания пункции иглу извлекают, место прокола смазывают раствором йода и закрывают стерильным марлевым тампоном.

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