Оглавление

1. Основные клинические признаки терминальных состояний

2. Методы наблюдения и ухода за больными интенсивной терапии

2.1 Особенности ухода за стариками

2.2 Уход за умирающими больными

3. Оказание помощи при терминальных состояниях

4. Констатация смерти и обращение с трупом

Список литературы

1. Основные клинические признаки терминальных состояний

Возникновение пограничных со смертью состояний - относительно частое явление. Как в условиях больницы, так и в быту от четкой работы, квалификации медперсонала нередко зависит в этих случаях жизнь больного. Это грозное состояние развивается вследствие различных причин (профузные кровотечения, утопление, повешение, кровоизлияния в мозг, внезапная остановка кровообращения и т.д.). К терминальным состояниям относятся предагония, агония, клиническая смерть.

Предагональное состояние предшествует агонии. При этом резко снижается артериальное давление, прогрессирует угнетение сознания, снижение электрической активности мозга, нарастает кислородное голодание всех органов и тканей. Переходным этапом от предагонального периода к агонии является так называемая терминальная пауза, которая характеризуется внезапным прекращением дыхания и угасания роговичных рефлексов. Длительность данной паузы от нескольких секунд до 3 мин., после чего наступает второй период умирания - агония: вначале исчезает болевая чувствительность, угасают все рефлексы, наступает потеря сознания. Основным признаком агонии является нарушение дыхания, которое может быть слабым, редким или, наоборот, коротким с максимальным вдохом и быстрым выдохом с большой амплитудой дыхания. При каждом вдохе голова запрокидывается, рот широко раскрывается. Ритм сердечных сокращений постепенно замедляется, пульс становится нитевидным, еле прощупывается. Артериальное давление снижается до 20-40 мм рт. ст., иногда могут развиться ригидность затылочных мышц и общие тонические судороги. Появляются непроизвольное мочеиспускание и дефекация. Температура тела резко снижается. Продолжительность агонии зависит от причин смерти.

Смерть - это прекращение жизнедеятельности организма. Различают клиническую и биологическую смерть. При клинической смерти возможно оживление организма. Для нее характерны остановка дыхания и сердечной деятельности, расширение зрачков. Однако в этот период основные обменные процессы продолжаются еще в течение 4-7 мин. За 187 счет анаэробного гликолиза. Вслед за клинической смертью наступает биологическая смерть, которая характеризуется такими нарушениями в центральной нервной системе, при которых восстановление жизнедеятельности организма невозможно. При биологической смерти наступает расслабление мышц, охлаждение тела до температуры окружающей среды. Позднее появляются трупные пятна на нижележащих отделах тела.

2. Методы наблюдения и ухода за больными интенсивной терапии

терапия старик больной умирающий

Особенностью ухода за тяжелобольными является усиленное наблюдение за внешним видом, частотой пульса и уровнем артериального давления. Желательно тяжелобольных изолировать в одноместную или двухместную палату, где легче обеспечивать покой как в ночное, так и в дневное время суток, или вывести их в коридор и отгородить ширмой.

Больной, находящийся длительное время на постельном режиме, нуждается в особом уходе: изменение положения тела, своевременная смена белья, подкладывание резинового круга под крестец, протирание кожи каким-либо дезинфицирующим раствором, обработка полости рта. Пища, вводимая в рот из поильника, должна быть теплой, жидкой. Если нельзя поднимать голову больного, на конец поильника подвешивают резиновую трубку небольшого диаметра. Ее вводят в рот больного, поднимают и слегка опускают поильник, тогда пища в объеме одного глотка равномерно попадает в рот.

В особенно тщательном наблюдении нуждаются больные, находящиеся в возбужденном состоянии: они вскрикивают, встают, могут убежать из палаты, выброситься в окно, у них появляется бред, галлюцинации. К постели таким больным прикрепляют специальную сетку и устанавливают индивидуальный пост - сестринский пост.

Лечение больных, находящихся в терминальных состояниях, проводится в палатах интенсивного наблюдения. Интенсивная терапия - это прежде всего неотложное выполнение назначенных врачом экстренных манипуляций, лечебных мероприятий и высокий профессиональный их уровень. Требуется очень хорошая организация труда дежурного медперсонала. Принцип работы в палатах интенсивного наблюдения отличается от принципа работы в общих палатах. Медперсоналу, работающему в реанимационном отделении, приходится работать в особо сложных условиях, которые предъявляют высокие требования к их профессиональной подготовке, моральным качествам и выносливости. Неуравновешенные и равнодушные люди не должны допускаться к работе в эти отделения. Неотъемлемым качеством медработника интенсивного наблюдения должны быть внимательность, мужество, доброта, аккуратность и любовь к больному.

От медицинской сестры, работающей в палате интенсивной терапии, во многом зависит успех лечения. За короткий срок медицинская сестра должна выполнить множество разнообразных срочных манипуляций, лечебных назначений, процедур, подготовить инструментарий, осуществлять непосредственный уход за тяжелобольными.

Отделение интенсивной терапии состоит из реанимационного зала, в котором проводят необходимые реанимационные мероприятия с момента поступления больного до улучшения его состояния, и нескольких палат. Реанимационное отделение оборудовано централизованной подачей кислорода, звуковой сигнализацией. Палаты интенсивной терапии должны быть заранее обеспечены готовыми наборами для венесекции, венепункции, внутриартериального нагнетания крови и ее заменителей, готовыми к употреблению системами для внутривенного капельного введения лекарственных растворов, респираторами различных марок. Все указанные наборы должны находиться в строго отведенных для этого местах. У медицинской сестры должен быть неприкосновенный запас необходимых фармакологических средств.

В отделениях интенсивной терапии часто возникают ситуации, требующие проведения безотлагательных диагностических и лечебных мероприятий, поэтому на посту у медицинской сестры должны быть все необходимые предметы ухода за больными: подголовники, подкладные судна, поильники, пузыри для льда, грелки, клизменные принадлежности, газоотводные трубки. Вступая на дежурство, медицинская сестра обязана проверить, чтобы вся аппаратура и оборудование находились в состоянии полной готовности. Аппараты желательно ставить на передвижные тележки. Нужно иметь189 кардиостимулятор и деревянный щит, подкладываемый под спину больного, если возникает необходимость закрытого массажа сердца.

.1 Особенности ухода за стариками

При уходе за пожилыми больными большое внимание должно уделяться деонтологическим аспектам. Надо помнить, что сам факт госпитализации может иметь для пожилого больного отнюдь не однозначные последствия. Больные пожилого и старческого возраста, как правило, тяжело переносят ломку привычного образа жизни и с трудом приспосабливаются к незнакомой для них обстановке. Наблюдается, когда после госпитализации пожилые больные, прежде вполне спокойные в психическом плане, начинали терять ориентировку в пространстве и времени, их состояние начинало прогрессивно ухудшаться, несмотря на адекватное лечение. По этой причине при отсутствии строгих показаний к госпитализации желательно, чтобы пожилой больной как можно дольше находился дома, в кругу семьи. Если госпитализация все же будет признана необходимой, нужно постараться убедить больного в том, что госпитализация временная и после стационарного обследования и лечения он вернется домой.

При уходе за больными пожилого и старческого возраста надо учитывать их психологические особенности. Некоторые больные, стремясь не замечать приближающейся или наступившей старости, продолжают вести тот же образ жизни, что и в молодом возрасте, выполняя значительную физическую нагрузку, испытывая нервные перенапряжения и не соблюдая режима питания, сна, отдыха. Это обычно неблагоприятно отражается на течении заболеваний, способствуя их прогрессированию и развитию осложнений.

Тактичное объяснение и убеждение больного в необходимости соблюдения предписанного режима имеет в таких случаях большое значение.

В разговорах с больными пожилого и старческого возраста недопустимо напоминание об их возрасте с намеками на естественный конец жизненного пути. Обращения к пожилым больным типа «бабуся», «дедуля», пусть даже используемые из лучших побуждений, свидетельствуют о низкой культуре медицинских работников. Надо помнить, что пожилые больные вполне заслужили обращение к ним по имени и отчеству.

Больные пожилого и старческого возраста чаще всего, длительно болеющие люди, с хроническими, часто неизлечимыми заболеваниями. Так что часто при организации лечения вопросы ухода выступают на передний план, особенно в тех случаях, когда больной в силу различных причин вынужден длительное время находиться в специальных интернатах для престарелых.

В уходе за пожилыми больными большую роль играет создание оптимального лечебно-охранительного режима.

У больных пожилого и старческого возраста часто отмечаются расстройства сна. Такие пациенты нередко могут спать или дремать днем, а ночью бодрствовать, читать, ходить, принимать пищу и т.д., вызывая у окружающих сомнения в адекватности поведения. В этих случаях не следует торопиться с назначением успокаивающих и снотворных препаратов, так как причины нарушения сна могут быть различными и их сначала надо установить. К их числу, прежде всего, относятся разнообразные дизурические расстройства.

Восстановительные процессы у больных пожилого и старческого возраста протекают медленнее, чем у молодых людей, что определяет и более длительный период восстановительной терапии. Но при настойчивом и продолжительном лечении можно добиться успехов в реабилитации пациентов, перенесших даже очень тяжелые заболевания. И здесь нельзя переоценить правильную организацию ухода за пожилыми больными.

2.2 Уход за умирающими больными

Ухаживая за больным человеком, мы, как правило, надеемся, что он выздоровеет или, по крайней мере, состояние его здоровья в результате лечения и ухода улучшится. Надежда на благоприятный исход заболевания и видимое улучшение состояния здоровья больного придают нам дополнительные силы и наполняют смыслом наши труды. Однако не всегда, ухаживая за больным, можно надеяться, что он поправится и вернется к обычному образу жизни. Не всегда за болезнью следует выздоровление или улучшение здоровья. Болезнь может заканчиваться неумолимо приближающейся смертью. К заболеваниям, при которых радикальное лечение невозможно, относят: злокачественные новообразования в терминальной стадии, ВИЧ-инфекцию на стадии СПИДа, поздние стадии сердечной, почечной, дыхательной и печеночной недостаточности, тяжелые нервно-мышечные заболевания. Теряет ли смысл уход за больным, который не может поправиться? Конечно, нет! Более того, умирающий больной нуждается в особо тщательном, особо внимательном, особо чутком уходе. Он нуждается в нашей помощи не меньше, а больше, чем другие больные наша помощь имеет очень большое значение для достойного завершения жизни человека. Уход за умирающим человеком требует очень много физических и душевных сил, много времени. Надо понимать, что уход за умирающим, его сопровождение по всем этапам умирания трудное испытание для всех, кто участвует в таком уходе. К уходу за больным и общению с ним в этот период должны быть привлечены родственники, друзья, врачи, медицинские сестры, социальные работники, священник. Для того, чтобы эффективно помочь больному, необходимо понимать какие серьезные и специфические проблемы возникают у умирающего человека.

Доктор Кублер-Росс, занимавшаяся уходом за умирающими больными, выделяет пять эмоциональных стадий, через которые проходит умирающий человек: отрицание, гнев, ведение переговоров, депрессия и примирение с мыслью о неизбежной смерти. Стадии могут видоизменяться или частично отсутствовать, протекать с разной скоростью, однако схема в целом позволяет понять, что переживает умирающий, и правильно спланировать общение.

Отрицание. Узнав свой диагноз, человек, как правило, не может смириться с тем, что с ним происходит что-то ужасное. Он не может принять тот факт, что его болезнь смертельна. Период отрицания продолжается до тех пор, пока шок от полученной информации не заставит обреченного человека отложить этот вопрос, чтобы вернуться к нему позднее, когда он будет эмоционально к этому готов. Некоторые люди мечутся между отрицанием и реальностью.

Гнев. Часто обреченный человек, узнав о том, что ему предстоит, испытывает сильный гнев. Этот гнев может быть выражением страха и нежелания смириться с диагнозом. Иногда кажется, что гнев больного направлен на близких, тех, кто рядом, но это не так. Некоторые люди в этой стадии ропщут на Бога. Для этой стадии характерен вопрос: "Почему я?" Или: "Что я такое сделал и чем я это заслужил? За что мне такое наказание?".

Ведение переговоров. Человек просит у Бога время для завершения важных дел. Человек хочет дожить до существенных для него событий. Человек дает Богу обещание, что, если он доживет или вообще не умрет на этот раз, то тогда он сделает то-то и то-то. Например, он может думать или говорить: "Если я только доживу до свадьбы дочери, я буду готов покинуть этот мир. Я больше ничего не попрошу". Просьба может быть столь горячей, а желание столь сильным, что известно множество случаев, когда человек просимое получал, до ожидаемого доживал и успевал закончить начатые и незавершенные дела.

Депрессия. Во время депрессии человек испытывает страх, подавленность, беспомощность, грусть. Переживает приближающееся время разлуки с близкими, со всем, что ему дорого в этом мире. Подводит итоги жизни. В это время чрезвычайно важно выслушать больного и принять его переживания. Во время депрессии важно понять, что чувствует человек, не стараться переубедить его в несостоятельности его чувств, а разделить их с больным. Иногда на этом этапе больной уходит от реальности, отчуждается от всего, не проявляет интереса к окружающему. Эта стадия может утяжелиться у тех, кто по тем или иным причинам не может или не хочет выразить свои чувства окружающим.

Примирение с мыслью о неизбежности. Часто после тяжелой борьбы наступает примирение с фактами. Это примирение может принести спокойствие. Происходит примирение с мыслью о неизбежности перехода от жизни к смерти.

На восприятие диагноза и прогноза влияют многие факторы: религиозность, возраст, длительность заболевания, культурные традиции, воспитание, окружение и др.

Умирающий больной хочет чувствовать себя защищенным. Он хочет, чтобы его успокоили, сказали ему, что он не будет страдать в момент умирания. Надо помочь больному справиться со страхом. Надо говорить с ним о его страхах. Нельзя обходить эту тему молчанием на том основании, что Вы не можете предложить больному стать здоровым. Спрашивать, слушать и стараться понять, что чувствует больной. Помочь ему доделать земные дела. Обещать исполнить его последнюю волю, если он сам не успел что-то сделать. Больному важно чувствовать, что для него делается все возможное. Больной не должен чувствовать себя в изоляции, не должен ощущать, что от него что-то утаивают. Нельзя использовать ложные обещания выздоровления как способ не говорить с больным на трудные темы. Самое худшее для больного отказ ему в медицинской помощи. Основная помощь больному состоит в постоянном общении с ним, в совместном проживании последнего периода его земной жизни. С больным следует установить доверительные отношения. Больной должен знать, что в момент смерти он не останется один, и что кто-то будет помогать ему прожить этот период. Само по себе наше присутствие у постели тяжело больного и умирающего может иметь успокаивающее действие. Больной должен быть уверен в том, что ему помогут снять боли и другие тягостные ощущения в момент смерти. Многие больные нуждаются в телесном контакте с близкими людьми в момент смерти. Они просят, чтобы их взяли за руку, положили руку на лоб, обняли и т.п.

Для того, чтобы помочь больному справиться со страхом, необходимо:

· уметь слушать;

· понимать невербальный язык;

· оказывать эмоциональную поддержку;

· общаться с больным открыто, доверительно;

· относиться к нему с сочувствием;

· честно отвечать на вопросы;

· не внушать несбыточных надежд;

· давать возможность задавать вопросы;

· понимать потребности больного;

· принимать во внимание и стараться удовлетворить психические, социальные и духовные потребности больного;

· предвидеть трудности и быть готовым к их преодолению.

3. Оказание помощи при терминальных состояниях

Основными реанимационными мероприятиями при клинической смерти является непрямой (закрытый) массаж сердца и искусственное дыхание, которые должны обязательно проводиться одновременно. Непосредственная задача непрямого массажа сердца - восстановить циркуляцию крови в организме, то есть поддержать кровообращение в жизненно важных органах при отсутствии сердечной деятельности. Чем раньше начат массаж сердца, тем лучше эффект.

Следует помнить, что от момента остановки сердца до развития в головном мозге необратимых изменений проходит не более 4-6 мин. Именно в этот отрезок времени должны быть начаты и осуществлены реанимационные мероприятия.

1. ИВЛ и наружный массаж сердца

Для успешного проведения непрямого массажа сердца необходимо поместить больного на жесткую поверхность (пол или стол). Врач становится сбоку и помещает одну ладонь на нижнюю треть грудины больного, а другую ладонь накладывает на первую. Руки должны быть выпрямлены, а плечевой пояс должен находиться над грудной клеткой больного. Массаж осуществляется 100 раз в минуту энергичным резким надавливанием на грудину больного с использованием массы своего тела так, чтобы грудина смещалась на 3-4 см к позвоночнику. При этом сердце сдавливается между грудиной и позвоночником и кровь выбрасывается из желудочков190 в аорту и легочной ствол, т.е. осуществляется искусственное кровообращение. При прекращении давления на грудину она поднимается и сердце наполняется кровью из полых вен. Массаж считается эффективным, если появляются пульсация сонных артерий в ритме массажа, дыхательные движения, исчезает цианоз, сужаются расширенные до того зрачки.

2. Непрямой массаж сердца

Основным условием эффективности искусственного дыхания является максимальное запрокидывание головы назад, при этом корень языка и надгортанник смещаются вперед и открывают свободный доступ воздуха в гортань. При искусственном дыхании по способу рот в рот становятся сбоку от больного. Одной рукой сжимают крылья его носа, другой слегка приоткрывают рот за подбородок, вставляют в ротовую полость больного S-образный воздуховод, оттесняющий язык и надгортанник, прижимаются своими губами к воздуховоду после глубокого вдоха, а затем делают энергичный резкий выдох, после чего отводят свою голову в сторону.

Искусственное дыхание сочетают с непрямым массажем сердца и проводят 10-12 раз в минуту. Рекомендуется при проведении сердечно-легочной реанимации придерживаться191 соотношения компрессии/дыхание как 30:2 независимо от числа спасателей до тех пор, пока пострадавший не будет интубирован. Если дыхательные пути защищены интубационной трубкой с манжетой, компрессии грудной клетки могут быть постоянными и независимыми от дыхательных циклов в соотношении 5: 1.

Если реанимацию проводит один человек, то он должен через каждые 30 сжатий грудины прекращать массаж для производства двух искусственных дыханий. Реанимационные мероприятия не должны прекращаться, если отмечаются какие-либо положительные признаки этого мероприятия. Однако, если через 30 мин. после начала массажа и искусственного дыхания сердечная деятельность не восстанавливается, отсутствуют признаки эффективного и достаточного кровоснабжения головного мозга (зрачки остаются широкими и не реагируют на свет), можно считать нецелесообразным продолжение реанимации вследствие необратимых изменений в клетках головного мозга.

Если реанимационные мероприятия не приводят к восстановлению функций кровообращения и дыхания, наступает биологическая смерть.

Признаки биологической смерти: полное прекращение дыхания, отсутствие пульса и сердцебиения, мертвенная бледность кожных покровов, расслабление мускулатуры, в192 том числе опущение вниз нижней челюсти, исчезновение блеска глаз, отсутствие чувствительности, постепенное охлаждение тела, расширение зрачков и отсутствие их реакции на свет. Позднее наступает окоченение мышц, начинающееся с нижней челюсти и затылка, охватывающее мышцы всего тела через 6-8 часов и продолжающееся в течение нескольких дней, появляются трупные пятна, вначале на спине, наружных поверхностях плеч.

4. Констатация смерти и обращение с трупом

Смерть больного констатирует врач, отмечая в истории болезни точное время ее наступления. Труп раздевают, укладывают на спину с разогнутыми конечностями, подвязывают нижнюю челюсть, опускают веки, покрывают простыней и оставляют в постели на 2 часа. Только после образования трупных пятен медицинская сестра пишет на бедре фамилию, имя и отчество умершего, номер истории болезни, дублируя эти данные на специальной сопроводительной записке в морг, в которой указывает также диагноз и дату наступления смерти. Труп доставляют в морг, где производят вскрытие.

Вещи умершего и ценности должны быть сданы родственникам под расписку. Это делает старшая медицинская сестра, которая должна проследить, чтобы вещи и ценности были сняты с умершего и занесены в специальную тетрадь. Личные вещи больных, умерших от особо опасных инфекций, после смерти сжигают вместе с трупом.

Список литературы

1. Гребенев А.Л. Основы общего ухода за больными / А.Л. Гребенев, А.А. Шептулин. - М.: Медицина. - 1991. - 256 с.

. Елисеев О.М. Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи. - «Феникс», 1994.

. Заликина Л.С. Уход за больными: Учебник / Л.С. Заликина. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. - 201 с.

. Сестринское дело. Под ред. Яромич И.В. - Мн., 2001 г. - 431с.