

Этапы оказания неотложной помощи и ухода за больными при приступе бронхиальной астмы, отёке лёгких

Подготовила:
Бекмурзаева Ю.А.

Приоритетные проблемы пациента при БА

- Вынужденное положение сидя.
- Затруднение дыхания (экспираторная одышка или удушье, чаще ночью).
- Свистящее дыхание, хрипы.
- Во время приступа – чувство страха смерти.
- Кашель с трудно отделяемой мокротой.
- Дефицит самообслуживания.

СМП при легком приступе

- Ингаляция увлажненного кислорода через носовой катетер со скоростью 2-6 литров в минуту
- *Сальбутамол* 2,5 мг (1 небула) через небулайзер в течение 5-15 минут или *беродуал* 1 мл (20 капель) через небулайзер в течение 10-15 мин. При неудовлетворительном эффекте повторить аналогичную ингаляцию бронхолитика до 3 раз в течение часа
- Результат: купирование приступа.



STATUS ASTHMATICUS:

— тяжёлый, затянувшийся приступ БА (более 24 часов), характеризующийся выраженной и быстро прогрессирующей дыхательной недостаточностью, обусловленный обструкцией воздухопроводящих путей вследствие воспаления, диффузного отёка слизистой бронхов и полного прекращения эвакуации мокроты, при формировании резистентности к бронхолитической терапии.

Тактика СМП при астматическом статусе

- Ингаляция увлажненного кислорода через носовой катетер со скоростью 2-6 литров в минуту
- *Сальбутамол* 5,0 мг (2 небулы) через небулайзер в течение 5-15 минут или *беродуал* 3 мл (60 капель) через небулайзер в течение 10-15 минут
- + *преднизолон* 120 мг в/в
- + *будесонид* 2000 мкг через небулайзер в течение 5-10 минут
- При неэффективности – интубация трахеи, искусственная вентиляция легких.
- Госпитализация в реанимационное отделение.
- При неэффективности терапии тяжелой степени обострения и угрозе остановки дыхания возможно введение адреналина взрослым 0,1% - 0,5 мл (подкожно)

Пути введения противоастматических средств:



Ингаляционный



Пероральный



Инъекционный

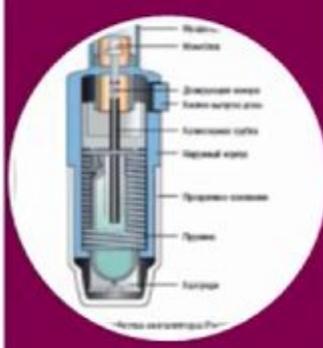
Типы ингаляционных устройств



ДАИ



ДАИ,
активируемые
вдохом



«Мягкие»
аэрозоли
(soft-mist)



ДПИ



Небулайзер

Врач должен знать технику ингаляции при применении каждого вида устройств, чтобы правильно подобрать ингалятор, наиболее подходящий для лечения пациента дома и в стационаре

ДАИ-дозированный аэрозольный ингалятор, ДПИ-дозированный порошковый ингалятор

ДАИ



42 системы доставки (=42 ТН)
17 МНН

Одинаковый механизм работы и схожий внешний вид у большинства устройств

ДАИ - дозированный аэрозольный ингалятор; ДПИ - дозированный порошковый ингалятор

ДПИ



13 систем доставки, но 18 ТН
9 МНН

Каждое устройство уникально и обладает собственным механизмом работы

Индивидуальный подход к технике ингаляции

**Будесонид/Формотерол
Турбухалер®**

порошок для ингаляций

Режим единого ингалятора



**Будесонид/Формотерол
Инхалер CDM®**

порошок для ингаляций

Режим единого ингалятора



**Будесонид/Формотерол
Спиромакс®**

порошок для ингаляций

Режим единого ингалятора



одинаковые МНН, но разные устройства доставки

Будесонид/
Формотерол
Турбухалер®

Будесонид/
Формотерол
Аэролайзер®

Беклометазон/
Формотерол

Салметерол/
Флутиказон

Салметерол/
Флутиказон
Мультидиск®

ДПИ резервуарного типа
не требует заправки перед
каждой ингаляцией

ДПИ капсульного типа,
будесонид и формотерол
в двух разных капсулах;
требует заправки

ДАИ обычный
экстремелкодисперсный
не требует заправки перед
каждой ингаляцией

ДАИ обычный
не требует заправки
перед
каждой ингаляцией

ДПИ блистерного
типа
не требует заправки
каждой ингаляцией

Влияние скорости инспираторного потока на депонирование в легких

да
(мин. 30 л/мин)²

да
(мин. 40 л/мин)²

нет²

нет²

да
(мин. 30 л/мин)²

Требует координации «больной – ингалятор»

нет²

нет²

да²

да²

нет²

Уровень депонирования в легких

20-35%³

16%³

31%¹

до 20%⁴

11-15%³

ДПИ - дозированный порошковый ингалятор, ДАИ – дозированный аэрозольный ингалятор

Сестринские вмешательства	Обоснование
Обеспечить пациенту физический и психический покой, успокоить, объяснить, что приступ носит обратимый характер.	Помочь преодолеть психологические проблемы связанные с состоянием.
При возможности исключить контакт с причинно значимым аллергеном.	Для предупреждения прогрессирования приступа удушья
Придать пациенту удобное положение - сидя с упором на руки.	Для облегчения дыхания.
Расстегнуть стесняющую одежду.	Для облегчения дыхания.
Обеспечить доступ свежего воздуха.	Уменьшение гипоксии.
Срочно вызвать врача через третье лицо.	Для оказания квалифицированной помощи.
Обеспечить теплым питьем.	Для разжижения мокроты и лучшего ее отхождения.
Применить карманный ингалятор с бронхолитиком (беротек) или ингаляцию через небулайзер.	Для снятия спазма гладкой мускулатуры бронхов.
Приготовить лекарственные препараты: Бронхолитики (сальбутамол, тербуталин, беродуал, атровент, эуфиллин), ГКС (преднизолон, гидрокортизон) и др.	Для оказания квалифицированной помощи.
Постоянно контролировать состояние пациента, пульс, АД, ЧДД, характер мокроты.	Для контроля эффективности оказываемой помощи и своевременного выявления осложнений.

ОТЕК ЛЕГКИХ

Патологическое состояние, при котором содержание воды в легочном интерстиции превышает нормальное количество. количество. ненормальное скопление жидкости и солей в экстрацеллюлярном пространстве легкого.

Первая неотложная помощь при отеке легких.

Больному нужно придать положение, облегчающее состояние, – сидя, с наклоненным вперед туловищем. При таком положении уменьшается приток крови к сердцу и снижается давление крови в капиллярах легких. Необходимо обеспечить доступ свежего воздуха в помещение.

Если наложить жгуты на ноги, то происходит застой крови в конечностях и соответственно уменьшаются приток крови к сердцу и проявления отека легких. Накладывать жгуты не очень туго, чтобы не прекратился артериальный кровоток. Их накладывают на конечности попеременно по 15 минут, под них подкладывают салфетки или одежду. При отеке легких на фоне артериальной гипертонии иногда производят кровопускание из вен (не более 300–400 мл).

При отеке легких лекарства лучше вводить внутривенно, класть под язык и использовать ингаляции, что способствует быстрому лечебному эффекту. Если при отеке легких имеются выраженные признаки спазма бронхов, то внутривенно капельно в растворах глюкозы или в физиологическом назначают раствор эуфиллина в течение 30 минут. Иногда используют и струйное введение 5–10 мл 2,4 % раствора эуфиллина. Внутривенно, капельно или струйно вводят наркотические обезболивающие средства (1 % раствор промедола и 0,005 % раствор фентанила).

Хороший эффект дают лекарственные препараты, которые уменьшают нагрузку на сердце. При лечении отека легких используют нитроглицерин в физиологическом растворе, который вводят внутривенно капельно. До поступления в больницу нитроглицерин можно давать в таблетках или капсулах под язык каждые 10–20 минут. Для уменьшения объема жидкости в организме и соответственно отека легких практикуют мочегонные средства короткого действия, которые вводят внутривенно (40–200 мг фуросемида)

Значительную роль при лечении отека легких играют сердечные гликозиды, вводимые внутривенно. Так, при поступлении пациента в больницу сразу начинают внутривенно струйно вводить дигоксин (1 мл 0,025 % раствора) или строфантин (0,5–1 мл 0,025–0,05 % раствора) в изотоническом растворе или в растворе глюкозы. Но их не применяют при отеке легких на фоне острого инфаркта миокарда.

Обязательным компонентом лечения отека легких являются ингаляции кислорода через маску или носовой катетер. Для уменьшения пены, идущей изо рта и носа, и улучшения проходимости трахеи и бронхов больному дают дышать парами спирта. Для чего подаваемый кислород пропускают через [этиловый](#) спирт.

Пациент с явлениями отека легких должен быть срочно доставлен машиной «скорой помощи» в отделение реанимации. Транспортировка должна осуществляться на [носилках](#) в положении лежа с приподнятыми головой и верхней частью туловища.



**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!!!**