



ЛЕКЦИЯ

**ПОТРЕБНОСТЬ ПАЦИЕНТА
В НОРМАЛЬНОМ ДЫХАНИИ**

План

- 1. Первичная оценка потребности в нормальном дыхании. Признаки нарушения функций нормального дыхания.**
- 2. Особенности потребности в нормальном дыхании в разных возрастных группах.**
- 3. Возможные проблемы пациента в связи с нарушением удовлетворения потребности в нормальном дыхании.**
- 4. Определение целей сестринского ухода при нарушении удовлетворения потребности в нормальном дыхании.**
- 5. Возможные сестринских вмешательств при нарушении удовлетворения потребности в нормальном дыхании.**
- 6. Оценка сестринского ухода при нарушении удовлетворения потребности в нормальном дыхании.**
- 7. Документирование всех этапов сестринского процесса.**



1. Первичная оценка потребности в нормальном дыхании

Дыхание это совокупность процессов, обеспечивающих потребление организмом кислорода и выделение двуокиси углерода.

Число дыхательных движений (ЧДД) это число дыхательных движений в 1 мин. (вдох и выдох).

Для оценки удовлетворения потребности в нормальном дыхании (обеспечение достаточным количеством кислорода) медсестра должна уметь провести обследование:

- субъективное (расспрос);
- объективный (осмотр) пациента.



Факторы риска нарушения функции дыхания:

- Хроническая обструктивная болезнь легких
- Трахеостомия
- Назогастральный зонд
- Рвота
- Травмы или операции на шее, лице, в полости рта и т. д.

м/с необходимо провести субъективное (расспрос) и объективное (осмотр) обследование пациента

Наиболее часто встречающиеся признаки, свидетельствующими о недостаточном обеспечении организма человека кислородом:

- ОДЫШКА
- КАШЕЛЬ
- КРОВОХАРКАНЬЕ
- БОЛЬ В ГРУДИ
- ТАХИКАРДИЯ



ОДЫШКА субъективное ощущение затруднения дыхания.

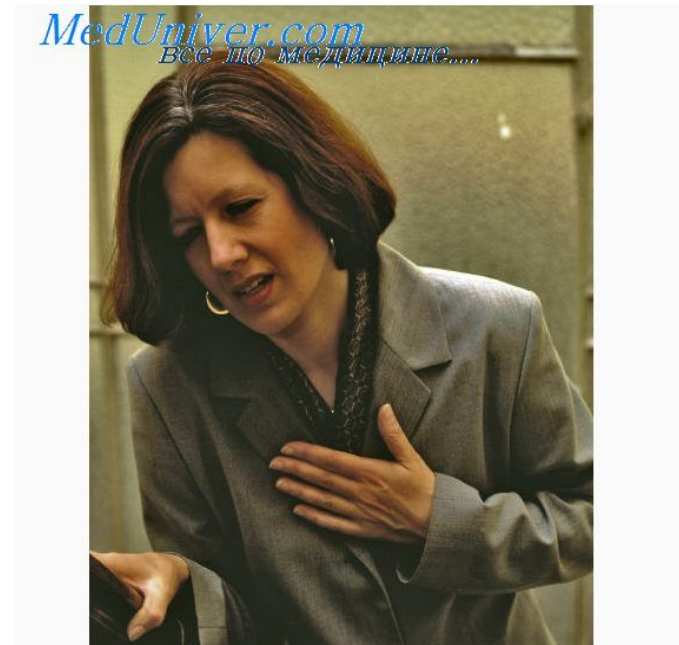
Пациент, как правило, говорит, что ему не хватает воздуха, нечем дышать.

Признаки одышки:

- **учащение дыхания;**
- **изменение глубины дыхания**
(поверхностное или, наоборот, более глубокое);
- **изменение ритма дыхания.**

Следует обязательно

**уточнить, при каких обстоятельствах
появляется одышка.**



Одышка может быть:

1. **Физиологической** (если она появляется после физической нагрузки или в стрессовой ситуации).
2. **Патологической** (при заболеваниях органов дыхания, кровообращения, головного мозга, крови и др.).



При отдельных видах одышки может нарушаться ритм дыхательных движений.

Нарушение функции дыхательного центра вызывает такой вид одышки, при которой через определённое число дыхательных движений наступает заметное на глаз (от нескольких секунд до минуты) удлинение дыхательной паузы или кратковременная задержка дыхания (Апноэ).

Такое дыхание называется - периодическим.

Патологическое нарушение ритма и глубины дыхания наблюдается:

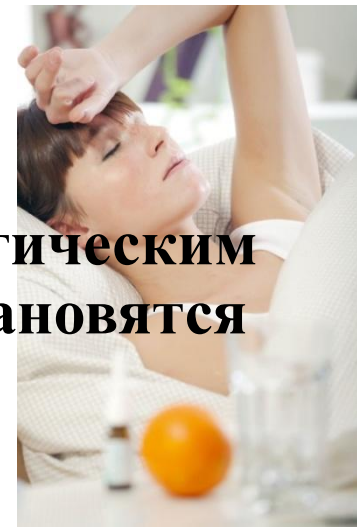
- **при заболеваниях головного мозга и его оболочек** (кровоизлияние в мозг, опухоль и травма мозга, менингит и др.);
- **при тяжёлых интоксикациях** (уремическая, диабетическая кома и др.).



В зависимости от изменения глубины дыхания может увеличиваться или уменьшаться дыхательный объём лёгких, дыхание может быть:

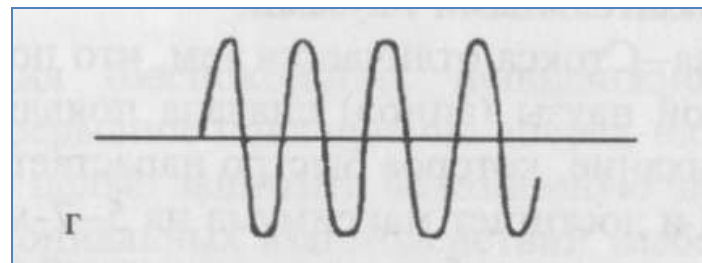
- **поверхностным** /или
- **глубоким**

Поверхностное дыхание часто сочетается с патологическим учащением дыхания, при котором вдох и выдох становятся короче.



Глубокое дыхание, наоборот, в большинстве случаев связано с патологическим урежением дыхания.

Иногда глубокое дыхание с большими дыхательными движениями сопровождается громким шумом **большое дыхание Куссмауля**, характерное для глубокой комы (длительной потери сознания).



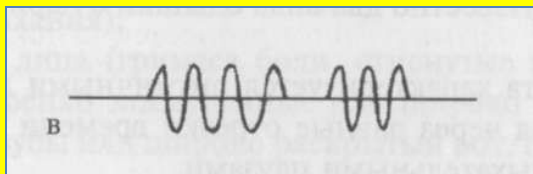
дыхание Куссмауля

ВИДЫ ОДЫШКИ

известно 2 вида одышки с периодическим дыханием

Дыхание Биота

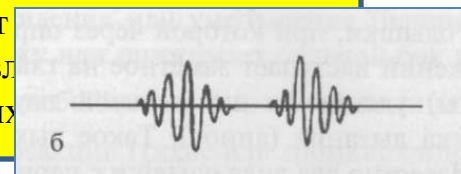
характеризуется ритмичными движениями, которые чередуются через равные отрезки времени с продолжительными (до 30 с) дыхательными паузами



дыхание Биота

Дыхание Чейна-Стокса

отличается тем, что после продолжительной дыхательной паузы (Апноэ) сначала появляется бесшумное поверхностное дыхание, которое быстро нарастает по глубине, становится шумным и достигает максимума на 5-7 вдохе, а затем в той же последовательности убывает до очередной кратковременной паузы. Пациенты во время паузы иногда плохо ориентируются в окружающей обстановке или полностью теряют сознание, которое восстанавливается при возобновлении дыхательных движений



КАШЕЛЬ защитно-рефлекторный акт, направленный на выведение из бронхов и верхних дыхательных путей мокроты и инородных тел



Кашлевой толчок фиксированный звучный выдох.

Кашель может быть:

- сухим (без выделения мокроты)
- влажным (с выделением мокроты)

МОКРОТА различается:

- по консистенции (густая, жидкая, пенистая);
- по цвету (прозрачная, жёлто-зелёная, с кровью);
- по запаху (без запаха, зловонная, гнилостная).



Эффективность кашля зависит от нескольких факторов:

- вязкости мокроты;
- смыкания голосовой щели;
- способности пациента сделать глубокий вдох;
- напрячь вспомогательные дыхательные мышцы для получения в дыхательных путях высокого давления.

Очистка лёгких с помощью кашля невозможна, при:

- повреждении нервных центров;
- мышечной слабости;
- парезе кишечника;
- болевом синдроме;
- наличии интубационной трубки или трахеостомы;
- несмыкании голосовых связок.

КРОВОХАРКАНИЕ выделение крови или мокроты с кровью во время кашля

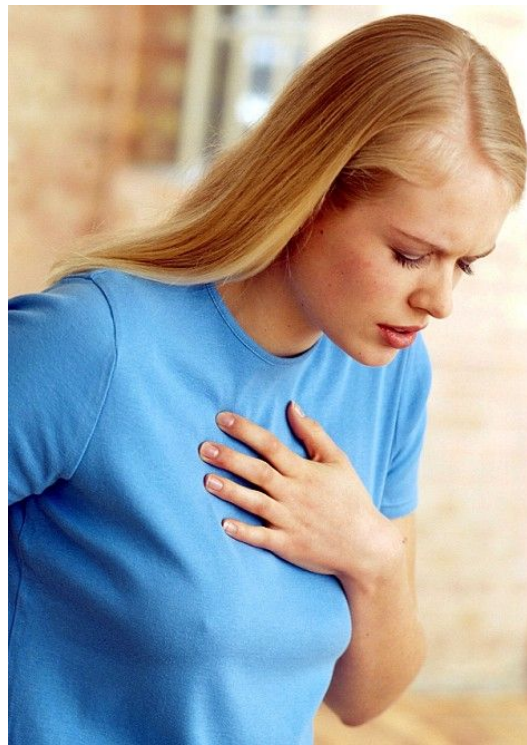


БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ возникают
обычно при вовлечении в патологический
процесс листков плевры

Следует уточнить у пациента

- **локализацию боли;**
- **интенсивность и характер боли;**
- **причину усиления или уменьшения боли**
(например, он лежит на больном боку или
прижимает больной бок рукой).





Признаками любой боли (по локализации) могут быть:

- **голосовые реакции** (тихие или громкие стоны, плач, крик, изменение дыхания);
- **выражение лица** (grimаса боли, стиснутые зубы, наморщенный лоб, крепко зажмуренные или широко раскрытые глаза, стиснутые зубы или широко раскрытый рот, прикусывание губ и т.д.);
- **телодвижения** (беспокойство, неподвижность, напряжение мышц, непрерывное покачивание вперёд-назад, почёсывание, движения с целью защитить болезненную часть тела и т.д.);
- **снижение социальных взаимодействий** (избегание разговоров и социальных контактов, осуществление только тех форм активности, которые облегчают боль, сужение круга интересов).



КУРЕНИЕ особенно в течение продолжительного времени и большого количества сигарет, вызывает хроническую обструктивную болезнь лёгких и рак лёгких

Эти заболевания приводят к нарушению обеспечения организма кислородом, т.е. нарушают удовлетворение потребности в нормальном дыхании.

Подобное действие может оказывать неблагоприятная окружающая среда (загазованность, запылённость, табачный дым и т.д.).

2. Особенности потребности в нормальном дыхании в разных возрастных группах

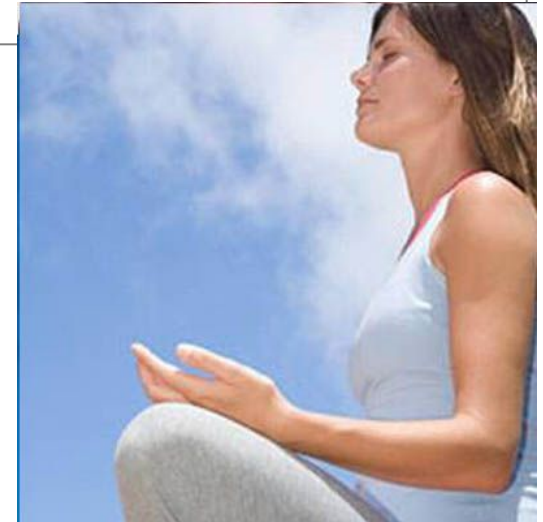
Оценивая потребность в нормальном дыхании, необходимо определить частоту, глубину и ритм дыхательных движений, а также исследовать пульс (Ps).

В норме дыхательные движения ритмичны.

Частота дыхательных движений (ЧДД) у взрослого человека в покое составляет 16-20 в 1 минуту.

Причём

- У женщин на 2-4 больше, чем у мужчин.
- В положении лёжа число дыхательных движений обычно уменьшается (до 14-16 в 1 минуту).
- В вертикальном положении увеличивается (18-20 в 1 минуту).



В покое обычно наблюдается **поверхностное дыхание**.
При физическом или эмоциональном напряжении более **глубокое**.

Следует помнить, что когда

потребность в дыхании не удовлетворена вследствие какого-либо
О заболевания и О дыхательной недостаточности (ОДН),
при оценке состояния пациента можно выявить ряд характерных
признаков:

- **Тахипноэ** (учащение дыхания) до 24 в 1 мин и более.
- **Изменяется поведение человека** появляется:
 - беспокойство иногда эйфория;
 - многословие (вызвано страхом смерти);
 - возбуждение.
- Говорить на фоне учащения дыхания всегда очень трудно.
- При высокой степени ОДН человек **постепенно утрачивает сознание и впадает в кому**.
- **Изменяется и цвет кожных покровов**.
 - Чаще развивается **Цианоз**, но ещё более опасной является **Серая бледность** (землистый цвет холодной, покрытой липким потом кожи).
 - ОДН сопровождается учащением Ps (**Тахикардия**).
 - Иногда пульс становится частым и неаритмичным (**Тахиаритмия**) или редким (**Брадикардия**).



3. Возможные проблемы пациента в связи с нарушением удовлетворения потребности в нормальном дыхании



На основании данных, полученных при оценке состояния пациента, формулируются **проблемы пациента** (ПП), связанные с неудовлетворением потребности в нормальном дыхании.

Проблемы пациента (ПП) могут быть связаны с такими причинами, как: (**из-за, вследствие, обусловлено**):

- незнание, неумение, нежелание или невозможность занять положение, уменьшающее одышку и боль;
- нежелание регулярно выполнять дыхательные упражнения;
- неумение использовать плевательницу;
- неумение использовать ингалятор;
- риск инфекции дыхательных путей из-за неадекватных мер ухода за полостью рта, дыхательной аппаратурой и т.п.;
- снижение физической активности (из-за одышки или боли);
- страх смерти от удушья;
- необходимость отказа от курения;
- снижение аппетита из-за мокроты с неприятным запахом;
- непонимание важности регулярного приёма назначенных врачом лекарственных средств и др.

4. Определение целей сестринского ухода при нарушении удовлетворения потребности в нормальном дыхании



Обсуждая совместно с пациентом **план предстоящего ухода** (при выявлении неудовлетворения потребности в нормальном дыхании), следует предусмотреть достижение пациентом одной или нескольких целей

Цели сестринских вмешательств СВ (сестринского ухода (СУ))

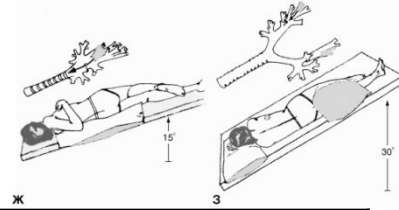
- **пациент будет знать и сможет занять положение, облегчающее дыхание;**
- **у пациента восстановится (сохранится) физическая активность, необходимая для самообслуживания;**
- **пациент сможет самостоятельно пользоваться ингалятором (плевательницей);**
- **пациент будет принимать лекарственные средства в соответствии с назначениями врача;**
- **пациент бросит курить (уменьшит количество выкуриваемых в день сигарет);**
- **пациент будет знать приёмы самопомощи при приступе удушья;**
- **пациент сумеет принять меры, уменьшающие дискомфорт, связанный с откашливанием мокроты;**
- **пациент будет выполнять всю программу лечения;**
- **пациент будет осуществлять профилактику инфекции дыхательных путей и др.**

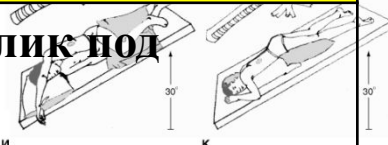
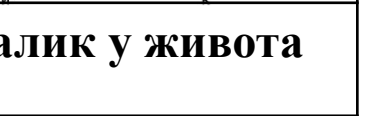
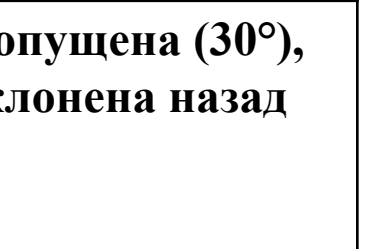
6. Оценка сестринского ухода при нарушении удовлетворения потребности в нормальном дыхании

План сестринских вмешательств (СВ)	Мотивация
<p>Положение пациента в постели с приподнятым изголовьем кровати или использование двух-трёх подушек</p>	<p>позволит значительно улучшить дыхание</p>
<p>Различные виды дренирующего положения:</p>	<p>улучшают выделение мокроты, а значит, способствуют выздоровлению</p>
<p>Будет эффективным Постуральный дренаж (далее на рис.) изображены различные положения тела при постуральном дренировании лёгких в зависимости от локализации патологического процесса.</p> <p>Постуральный дренаж наиболее эффективен в сочетании с другими методами стимуляции естественного отхождения и искусственного удаления мокроты.</p> <p>При этом необходимо учитывать, что некоторые из них</p> <p><i>Например</i></p> <p>Вибрационный массаж, в период пребывания пациента в дренирующем положении значительно улучшают отхождение мокроты</p>	<p>стимулирующим естественное отхождение мокроты.</p> <p>Только в случае долгого пребывания пациента в заданном положении.</p> <p>Такой дренаж назначается врачом, а выполняется под наблюдением и при помощи медицинской сестры.</p>

<p>Обучение пациента технике кашля один из способов:</p> <ul style="list-style-type: none"> •сделать медленный глубокий вдох; •задержать дыхание на 2 с; •открыть рот и откашляться во время выдох. 	<p>даст ему возможность наиболее эффективно выводить мокроту.</p>
<p>Обучение определённым дыхательным приёмам. Один из этих приёмов заключается в том, что пациент выдыхает через сложенные трубочкой губы, при этом выдох удлиняется.</p>	<p>направлено на улучшение удовлетворения потребности пациента в нормальном дыхании. Дыхания пациенты легче откашливают мокроту, т.е. <u>Кашель становится более продуктивным.</u></p>
<p>По назначению врача медицинская сестра проводит оксигенотерапию (лечение кислородом). Одним из наиболее распространённых методов оксигенотерапии является ингаляция кислорода.</p>	<p>Кислород необходим для жизни, поэтому при дыхательной недостаточности он используется как лекарство с целью заместительной терапии.</p>
<p>Пациент должен чётко представлять себе цели Лекарственной терапии, которую м/с осуществляет по назначению врача</p>	
<p>Часть СВ направлена на обучение пациента с нарушениями дыхания особенностям поведения при конкретных заболеваниях. <i>Так, например</i> При бронхиальной астме (БА) м/с обучает пациента :</p> <ul style="list-style-type: none"> •пикфлоуметрии; •ведению дневника самоконтроля; •мерам, с помощью которых можно уменьшить количество факторов риска в окружении пациента. 	
<p>Обеспечить адекватный уход:</p> <ul style="list-style-type: none"> •за полостью рта; •назогастральным зондом; •трахеостомической трубкой; •дыхательной аппаратурой. 	 <p>снижает риск инфекции нижних дыхательных путей.</p>

Положение тела при постуральном дренировании лёгких



Доли и сегменты лёгкого	Положение тела
Верхние доли лёгких Верхушечный, передний сегмент	Лёжа на спине без подушки, валик под коленными суставами 
Задний сегмент	Сидя, наклонившись вперёд, валик у живота 
Средние доли лёгких (справа - латеральный и медиальный, слева - верхне- и нижнеязычковый сегменты)	Лёжа на здоровом боку, голова опущена (30°), поражённая сторона слегка отклонена назад (20°), колени согнуты 
Нижние доли лёгких Верхний сегмент	Лёжа на животе, подушка под тазом
Переднебазальный сегмент	Лёжа на спине, голова опущена (30°), колени согнуты
Наружнобоковой базальный сегмент	Лёжа на животе, голова опущена, поражённая сторона слегка приподнята, бедра на валике
Заднебазальный сегмент	Лёжа на животе, голова опущена, под бёдрами валик

Дренирующие положения тела в зависимости от локализации патологического процесса

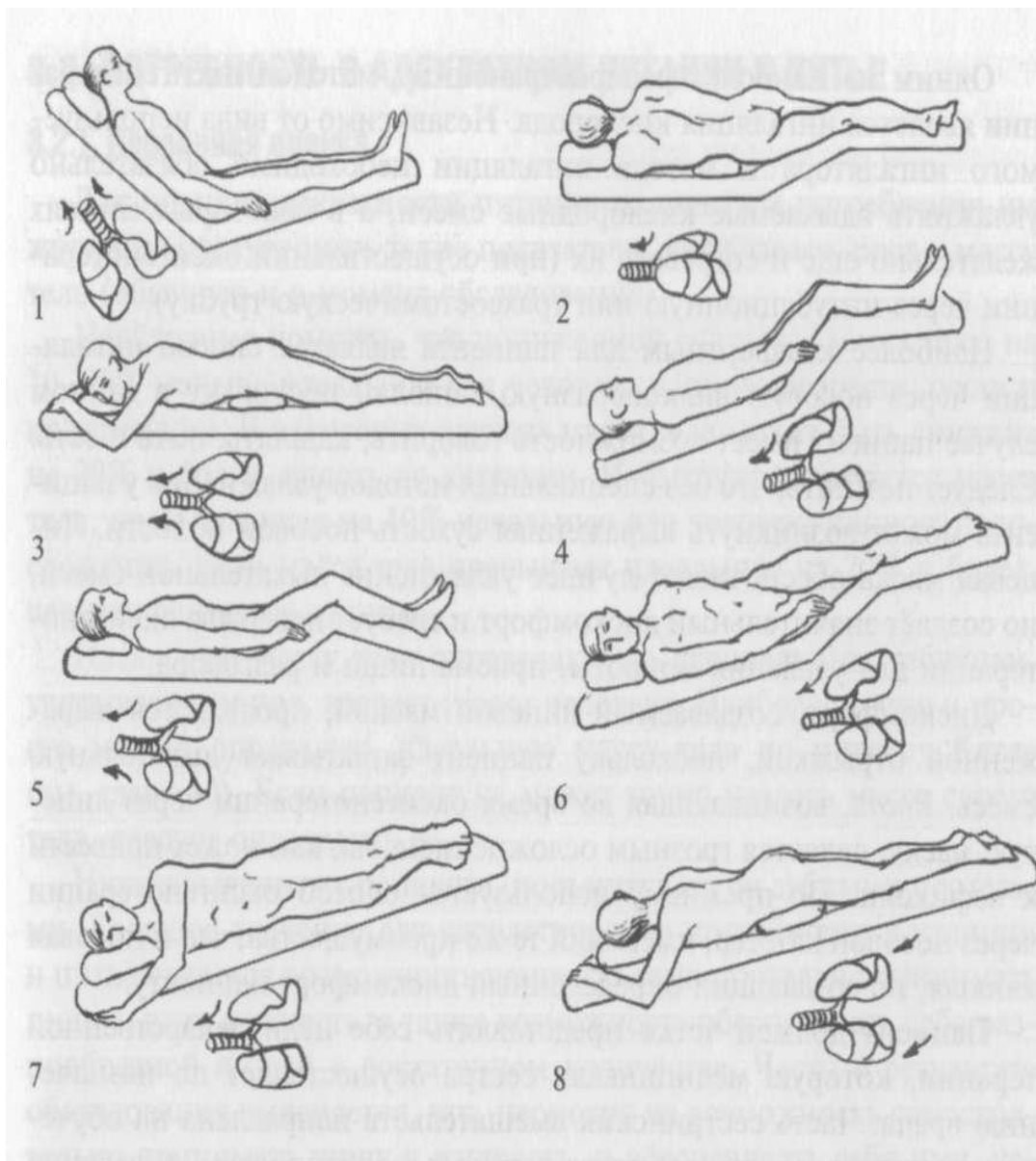


Рис. Дренирующие положения тела в зависимости от локализации патологического процесса:

- 1 - верхушечные сегменты верхних долей;
- 2 - верхние сегменты нижних долей;
- 3 - передние сегменты верхних долей;
- 4 - боковые базальные сегменты нижних долей;
- 5 - задние сегменты верхних долей;
- 6 - переднебазальные сегменты нижних долей;
- 7 - язычковые сегменты;
- 8 - заднебазальные сегменты нижних долей

Во время реализации плана ухода м/с осуществляет текущую и итоговую оценку эффективности СВ.

Если вмешательства, направленные на расширение возможностей пациента удовлетворить потребность в нормальном дыхании, оказались недостаточны и неэффективны, следует изменить характер вмешательств, согласовав их с лечащим врачом.



СПАСИБО