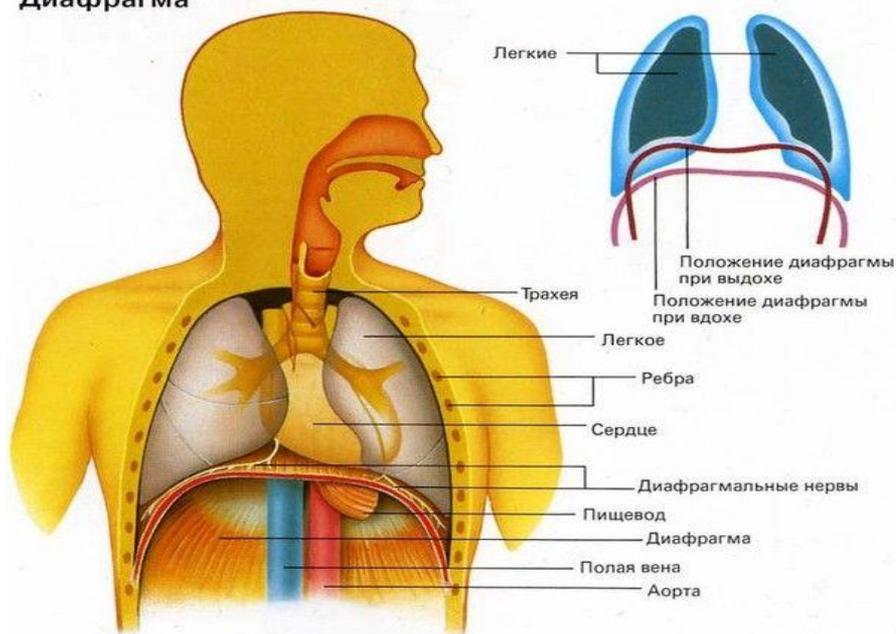




Севастопольский медицинский колледж имени Жени Дерюгиной

ПОТРЕБНОСТЬ ПАЦИЕНТА В НОРМАЛЬНОМ ДЫХАНИИ.

Диафрагма



ПЛАН

1. Дыхание- фундаментальная потребность
(первичная оценка пациента)
2. Проблемы пациента
3. Цели сестринского ухода
4. Сестринский уход
5. Оценка результатов сестринского ухода



Дыхание — совокупность физиологических процессов, обеспечивающих непрерывное поступление кислорода к тканям, использование его в окислительных реакциях, а также удаление из организма образующихся в процессе метаболизма углекислого газа и частично воды.

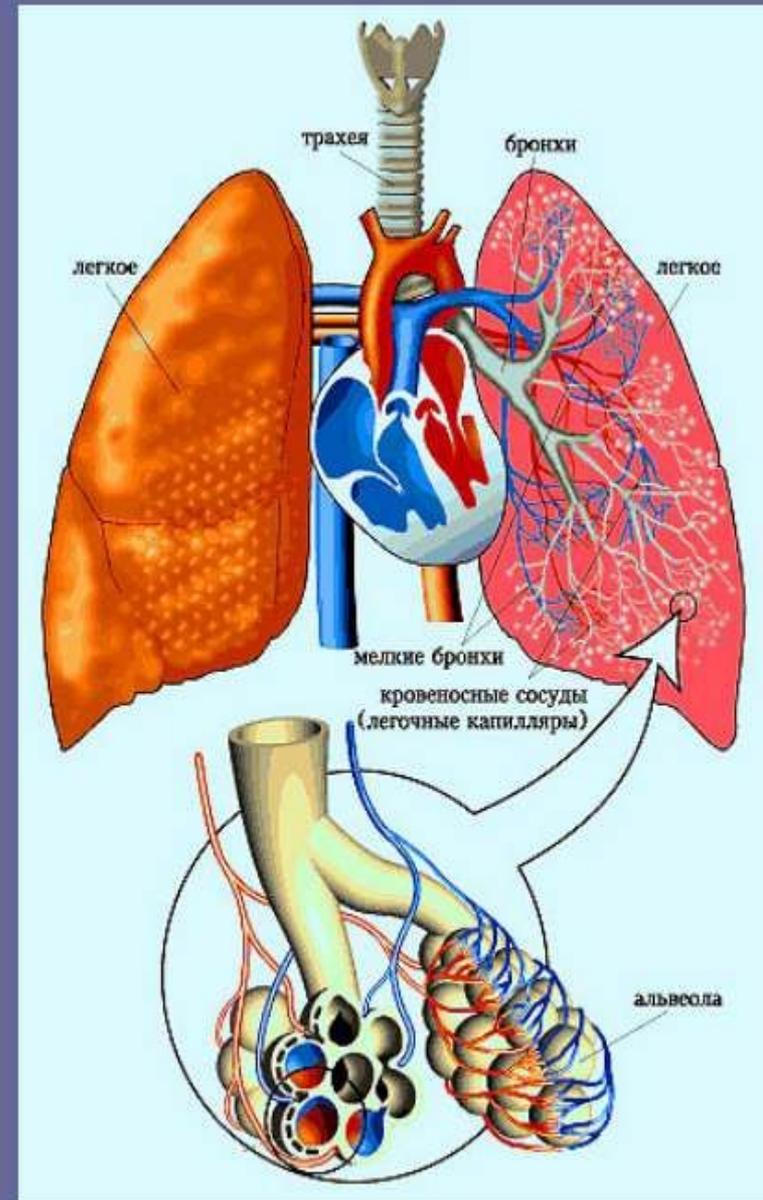
.



Дыхание – это обмен газов между клетками и окружающей средой. Процесс дыхания состоит из 4-х этапов:

- 1) обмен газов между воздушной средой и легкими;
- 2) обмен газов между легкими и кровью;
- 3) транспорт газов кровью;
- 4) газообмен в тканях.

Система органов дыхания выполняет лишь первую часть газообмена. Остальное выполняет система органов кровообращения. Между дыхательной и кровеносной системами существует глубокая взаимосвязь.



Дыхательные пути(ДП):

- Верхние дыхательные пути: наружный нос, полость носа, носоглотку, ротоглотку
- Нижние дыхательные пути: гортань, трахея, бронхи, включая внутрилегочные разветвления, или бронхиальное дерево.
- Дыхательные пути представляют собой систему трубок(с костной и хрящевой структурой), просвет всегда зияет, воздух циркулирует в обе стороны, несмотря на изменение давления во время вдоха и выдоха
- Внутренняя слизистая оболочка ДП выстлана мерцательным эпителием и содержит железы, вырабатывающие слизь (воздух очищается, увлажняется и согревается)



Различают мышцы вдоха и выдоха

Мышцы вдоха

- **Основные:** диафрагма, наружные межреберные мышцы, мышцы, поднимающие ребра
- **Вспомогательные** (в затрудняющих ситуациях): мышцы шеи (грудино-ключично-сосцевидная, лестничные), мышцы груди (малая и большая грудные, передняя зубчатая), спины (задняя верхняя зубчатая)

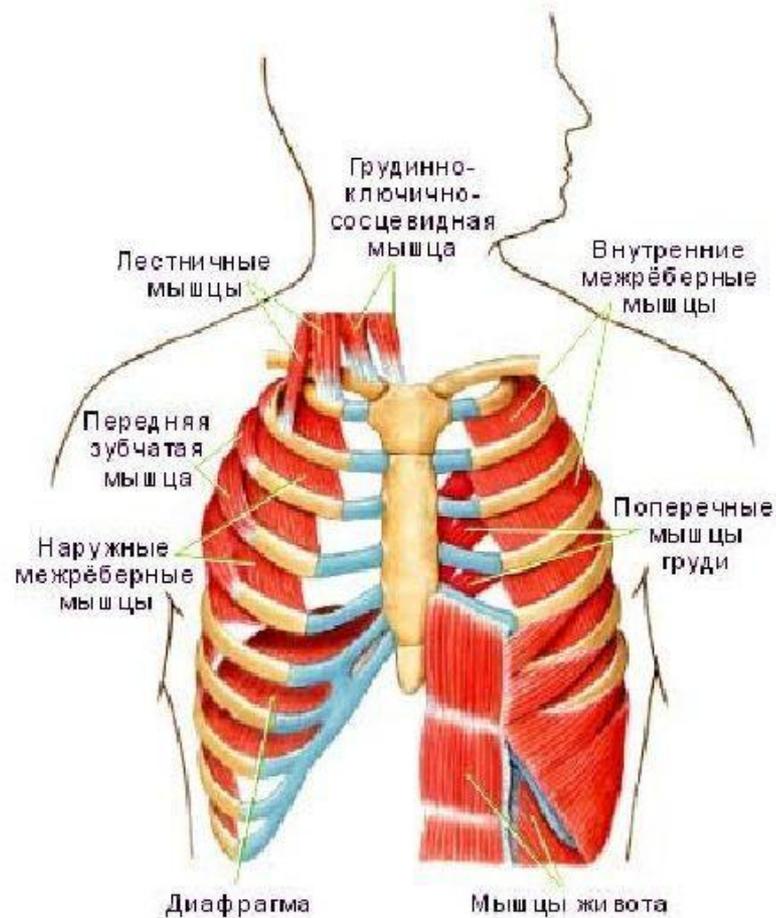
Мышцы выдоха

Внутренние межреберные мышцы, подреберные мышцы, поперечная мышца груди, задняя нижняя зубчатая

Выдох осуществляется пассивно, за счет эластичности легких и тяжести грудной клетки, сокращение мышц на выдохе имеет вспомогательные характер

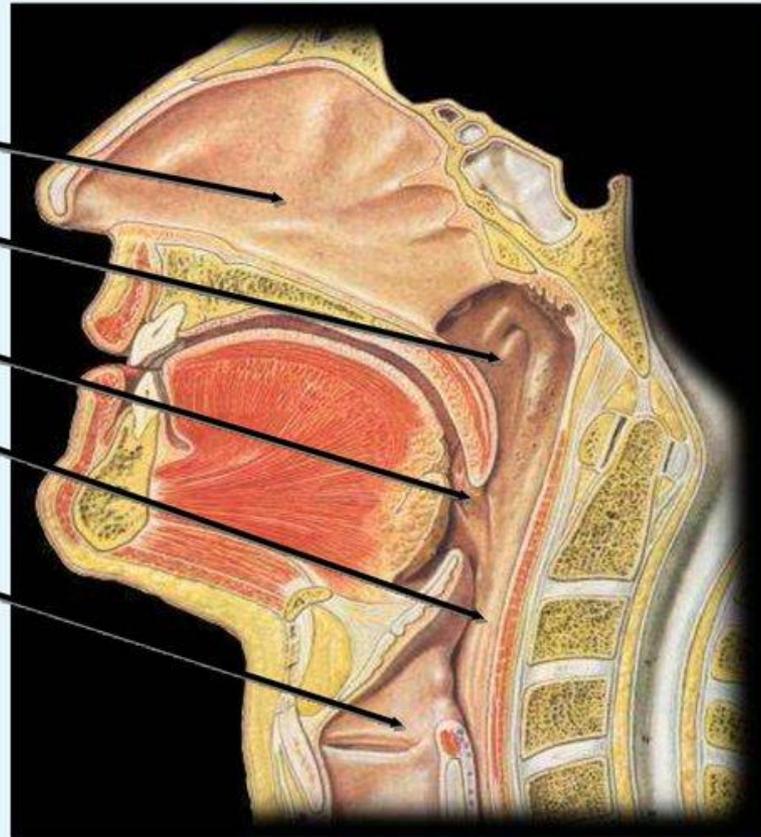


Мышцы, принимающие участие в дыхании

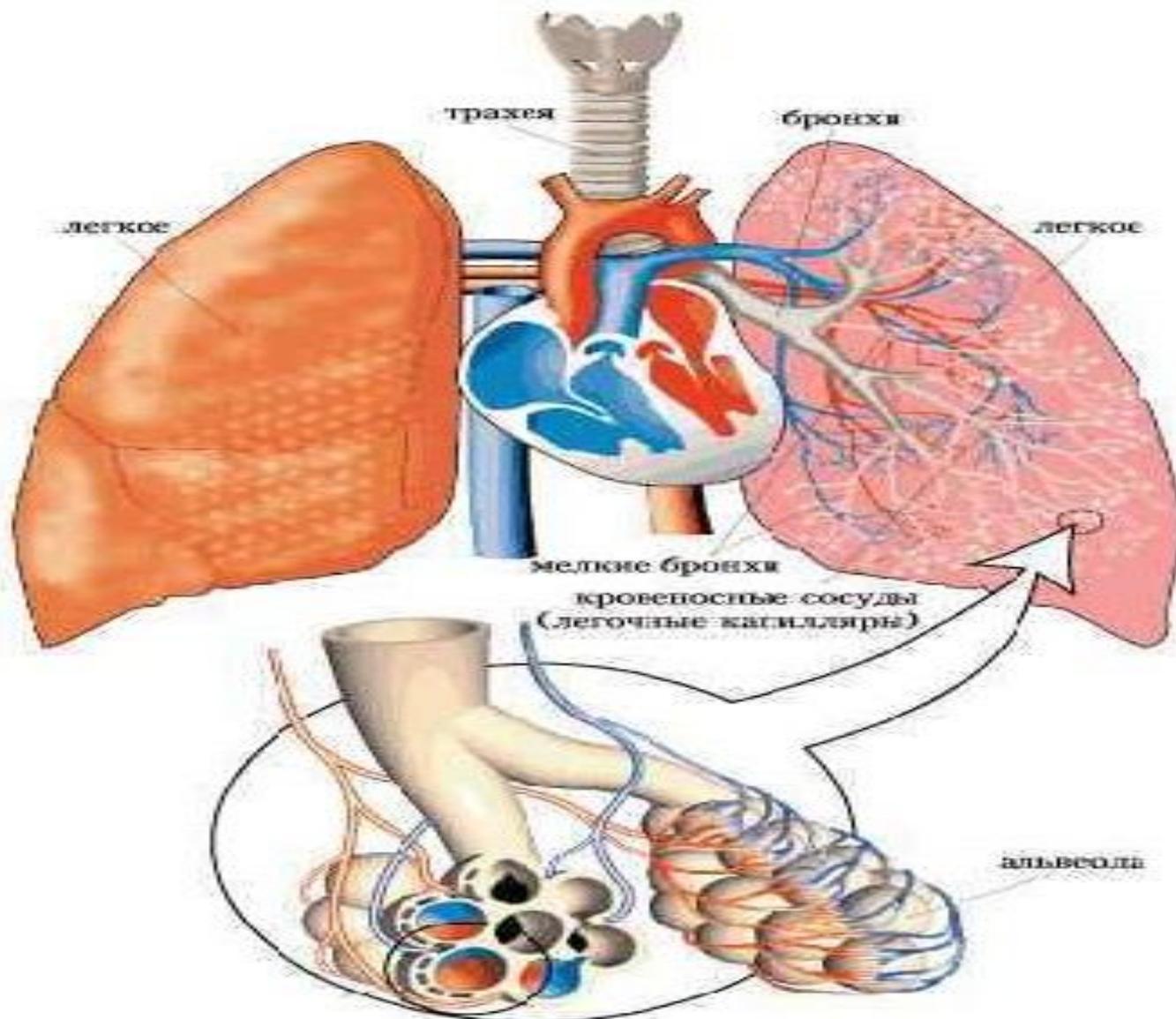


ВЕРХНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ

- Нос
- Носоглотка
- Ротоглотка
- Гортаноглотка
- Гортань



Нижние дыхательные пути



ДЫХАНИЕ



ВНЕШНЕЕ

ВНУТРЕННЕЕ

*Доставка кислорода
в кровь*

*Перенос кислорода
из крови к органам
и тканям*

Типы дыхания

Диафрагмальное

Грудное

Смешанное

женщины

мужчины

спортсмены



Взрослый человек, находясь в состоянии покоя, совершает в среднем 14 дыхательных движений в минуту (норма 16-20).

Вместе с тем, частота дыхания может претерпевать значительные колебания (от 10 до 20 за минуту).

У детей частота дыхания составляет 20-30 дыхательных движений в минуту; у грудных детей — 30-40; у новорождённых — 40-60.



Виды дыхания

1. Спокойное дыхание
2. Тахипноэ- учащенное дыхание 20 в мин.
3. Брадипноэ- урежение дыхания менее 14 мин.
4. Апноэ- отсутствие дыхания - временная рефлекторная остановка дыхания
5. Гиперпноэ – углубленное дыхание
6. Дыхание Куссмауля
7. Дыхание Чейна-Стокса
8. Дыхание Биота
9. Апноэподобное дыхание



Наиболее частыми признаками,
свидетельствующими о недостаточном
обеспечении организма человека
кислородом, являются:

одышка, удушье, кашель,
кровохарканье, боль в груди, тахикардия

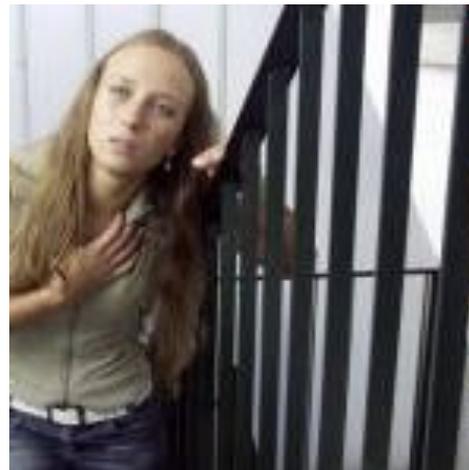


ОДЫШКА

субъективное ощущение затруднения дыхания. Пациент говорит, что ему «не хватает воздуха», «нечем дышать».

Патологическая

Физиологическая



Инспираторная одышка- затруднен вдох

(попадание инородного тела, сердечная астма)

Экспираторная одышка- затруднен выдох

(спазм бронхов и бронхиальная астма)

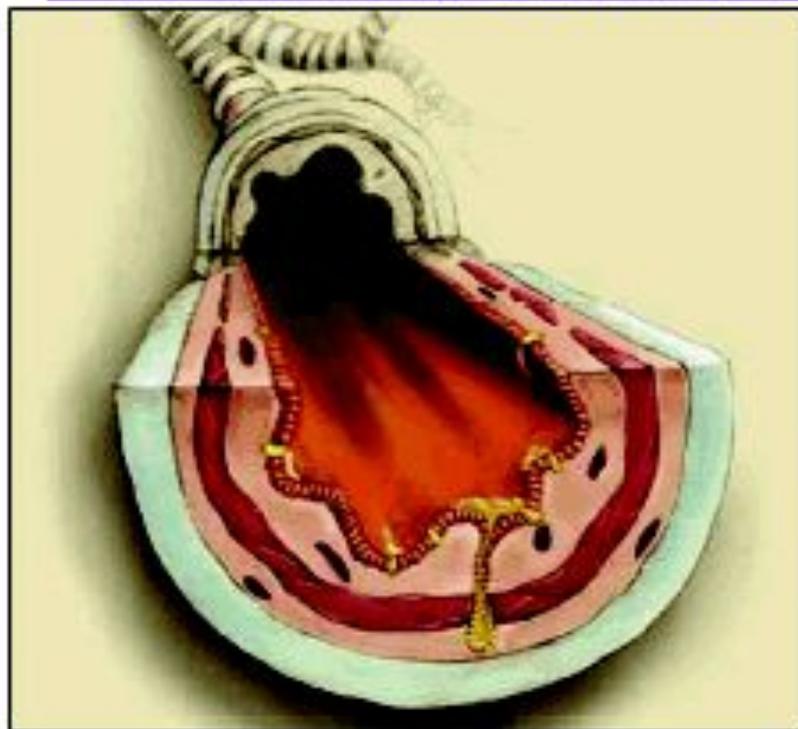
Смешанная одышка- затруднен и вдох, и выдох

(заболевания сердца, прогрессирования приступа БА)

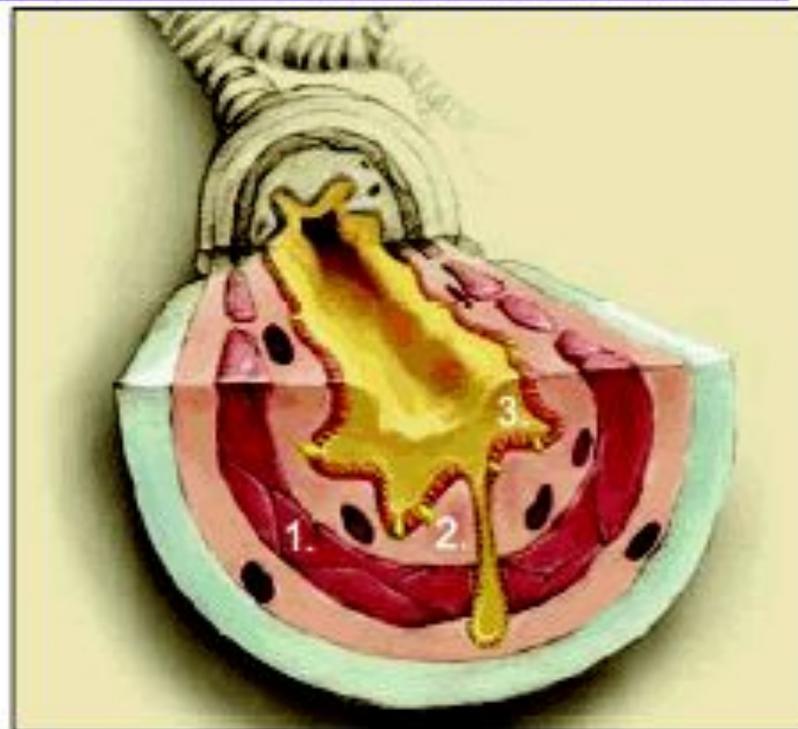
Глубина дыхания- определяется объемом воздуха, который человек вдыхает и выдыхает при каждом дыхательном движении: **нормальное, глубокое, поверхностное**



Изменения бронхов при бронхиальной астме



Нормальный бронх



- Бронх при БА:**
- 1 – спазм
 - 2 – отек слизистой
 - 3 – гиперсекреция



УДУШЬЕ

Резко выраженная, внезапная возникшая одышка

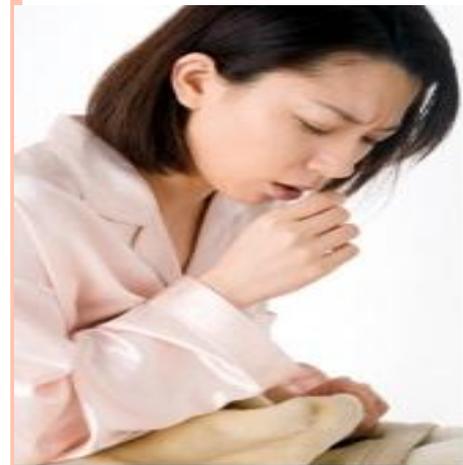
- *Бронхиальная астма*
- *Обострение хронической обструктивной болезни легких*
- *Анафилактический шок*
- *Попадание инородного тела в дыхательные пути*
- *Отек голосовых связок*
- *Отек легких*
- *Паническая атака*



КАШЕЛЬ

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

Кашлевой толчок-это форсированный звучный выдох.



Виды мокроты при кашле:

При астме между двумя приступами кашля откашливаемая мокрота **вязкая**.

При отеке легких мокрота бывает пенистой и кровянистой.

Прозрачная мокрота с волокнами крови может быть симптомом ранней стадии бронхогенного рака легких.

Слизистая, водянистая мокрота может указывать на аденоматоз легких - очень редкий вид рака.



При инфаркте легких мокрота бывает **ярко-красной (алой)**.

При воспалении легких в откашливаемой мокроте **шафранового цвета** появляется гной.

При абсцессе легких вследствие примесей гемоглобина мокрота **желто-коричневая**.

При **крупозном воспалении** легких вследствие примеси крови откашливаемая мокрота приобретает **ржавый цвет**.



Кровянистой мокрота бывает при заболевании сибирской язвой (возбудители сибирской язвы вызывают воспаление легких), а также при наличии различных опухолей.

При заболевании гнойным бронхитом, раком или гриппом мокрота бывает желеобразной малинового цвета с примесью крови и гноя.





Внешний вид мокроты при разных видах бронхита

Дети раннего возраста мокроту проглатывают, поэтому она выходит у них с рвотой. Детей постарше надо учить откашливаться и выплевывать мокроту.



Катаральный бронхит: слизистая мокрота белого цвета, консистенция вязкая



Гнойный бронхит: слизисто-гнойная мокрота желтого цвета (с примесью крови)



КРОВОХАРКАНИЕ

выведение крови или мокроты с кровью во время кашля



3 причины кровохарканья

Кровохарканье – тревожный симптом, который может появиться вследствие крупозной пневмонии, туберкулеза или рака легких.

От чего бывает кашель с кровью:

1. Крупозная пневмония

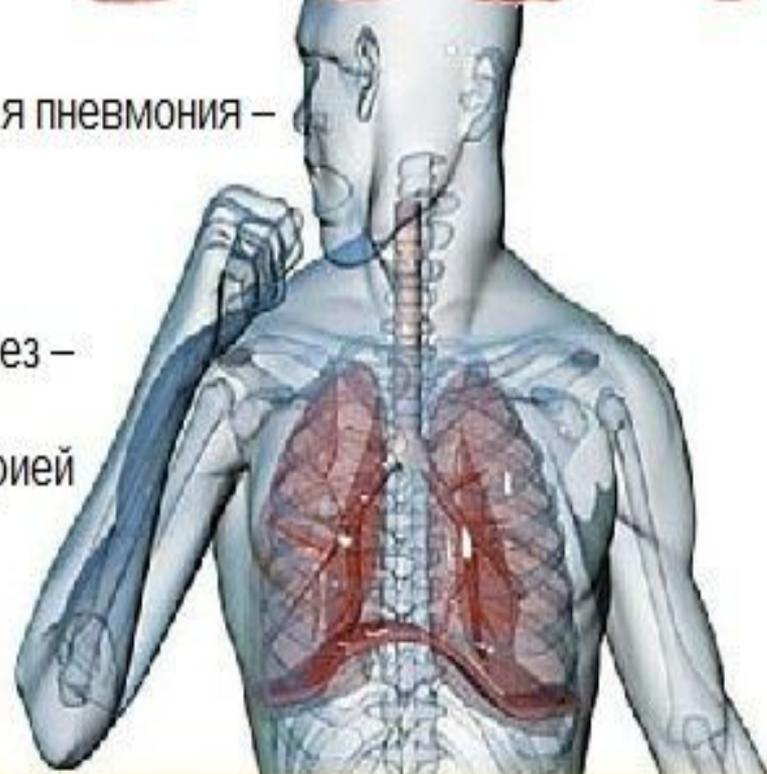
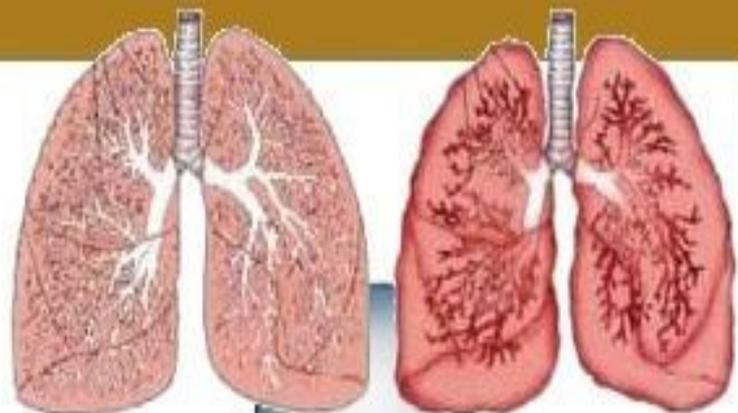
Причиной кровохарканья может быть крупозная пневмония – воспалительное заболевание легочной ткани, вызываемое пневмококком.

2. Туберкулез

Причиной кровохарканья может быть туберкулез – потенциально смертельное инфекционное заболевание, которое вызывается микобактерией туберкулеза (туберкулезной палочкой).

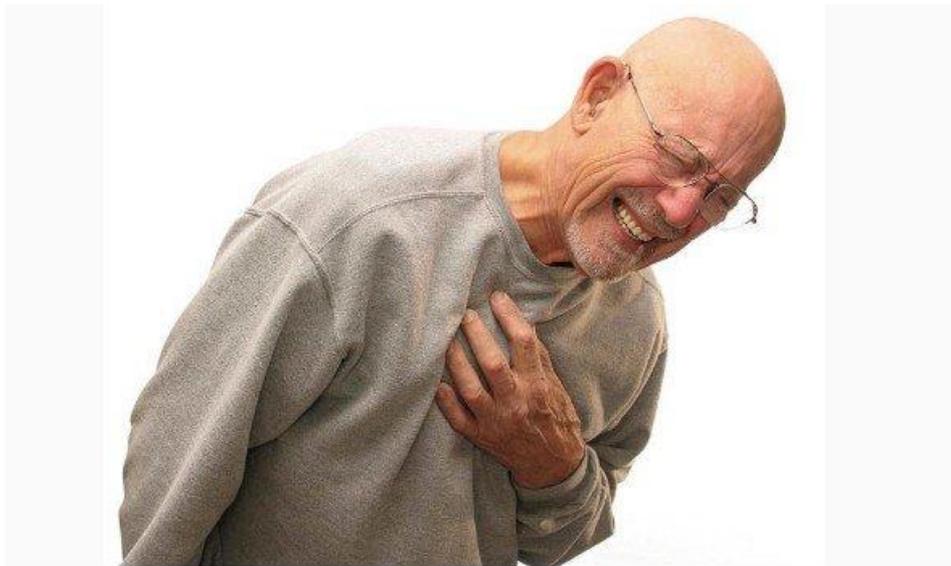
3. Рак легких

Причиной кровохарканья может быть рак легких.



БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ

возникают обычно при вовлечении в патологический процесс листков плевры.



Признаки боли

Голосовые реакции (стоны, плач, крик.....)

Выражение лица(сморщенные гримасы, широко раскрытые глаза)

Телодвижения (беспокойство, неподвижность)

Избегание разговоров, отказ от деятельности

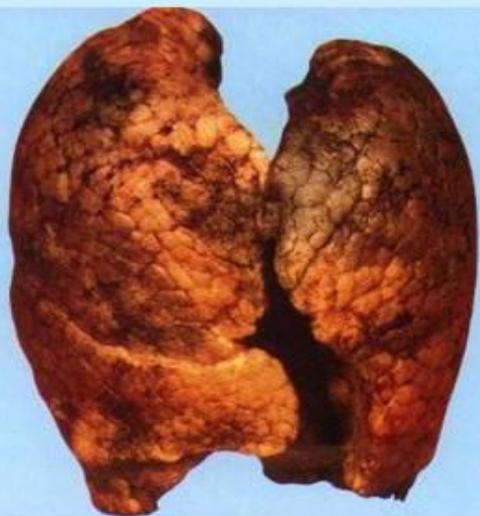


КУРЕНИЕ

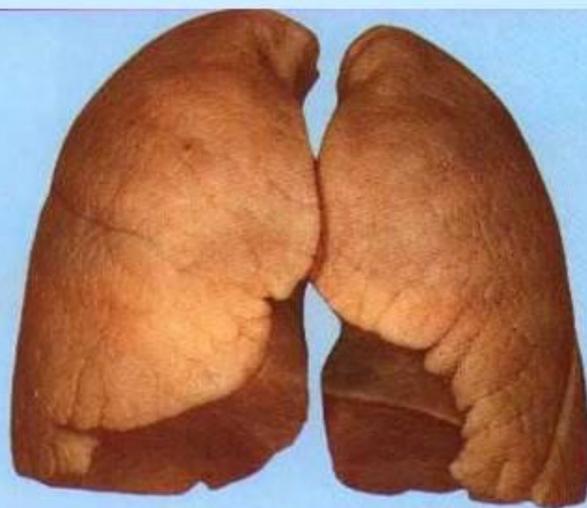


одна из первых причин возникновения проблем с дыханием, особенно, в течение продолжительного времени и большого количества сигарет, ведет к развитию хронических обструктивных заболеваний легких и раку легких.



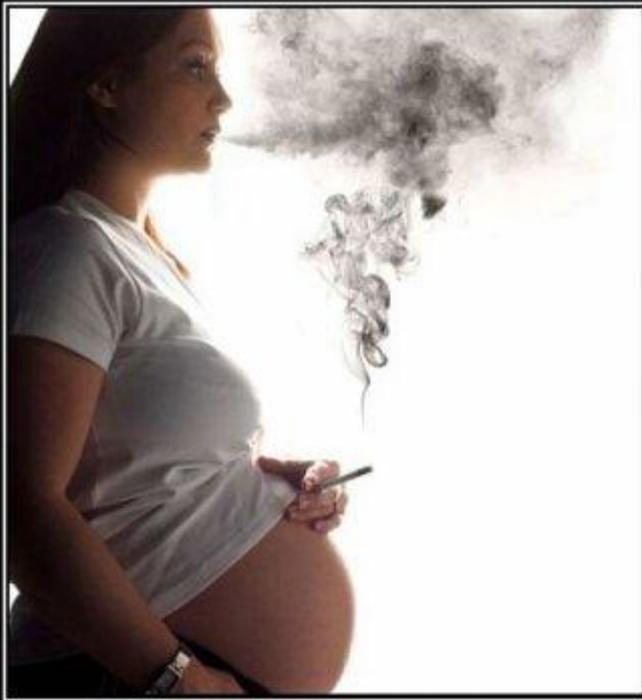


**Лёгкие
курильщика**



**Лёгкие человека
некурящего**

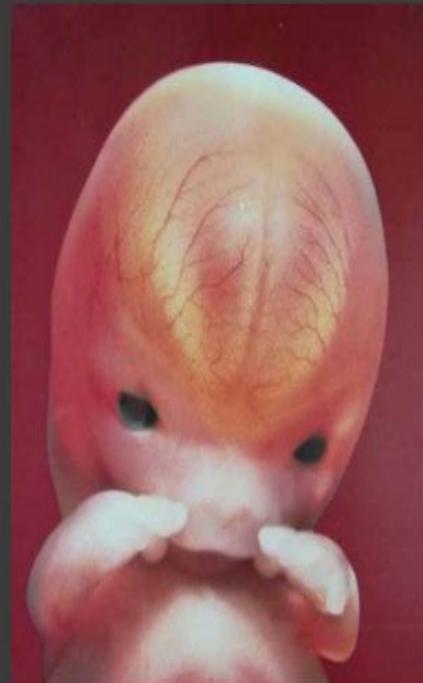




Кури дальше
пускай привыкает

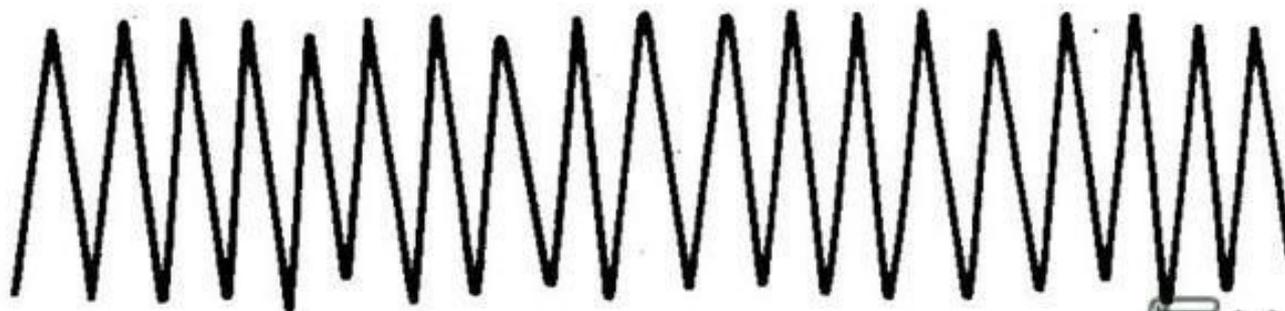
www.kurk.su
naumchas

У курящих большой процент вероятности рождения ребенка с различными патологиями. Курение беременным женщинам категорически противопоказано.



Патологические типы дыхания

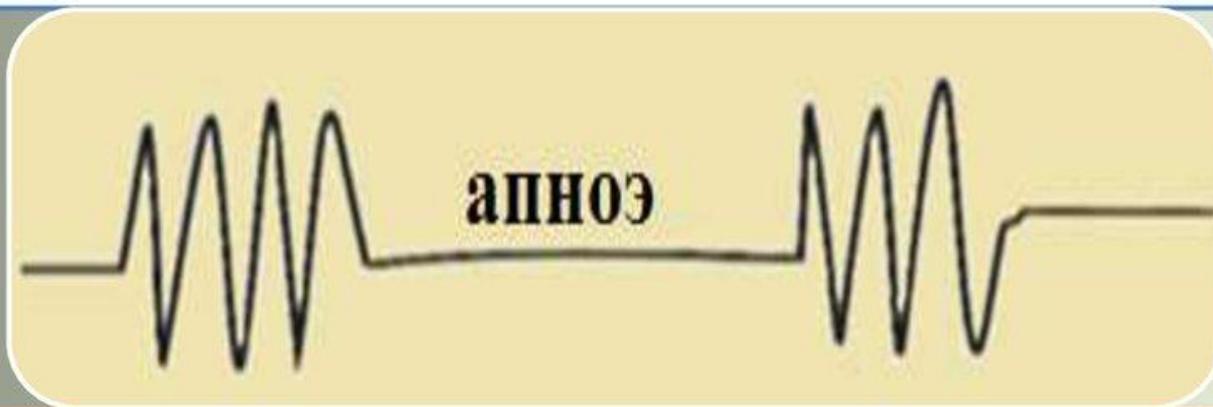
Куссмауля дыхание - дыхание, характеризующееся равномерными редкими дыхательными циклами, глубоким шумным вдохом и усиленным выдохом, наблюдается при токсических поражениях дыхательного центра у больных с диабетической, уремической или печеночной комой.



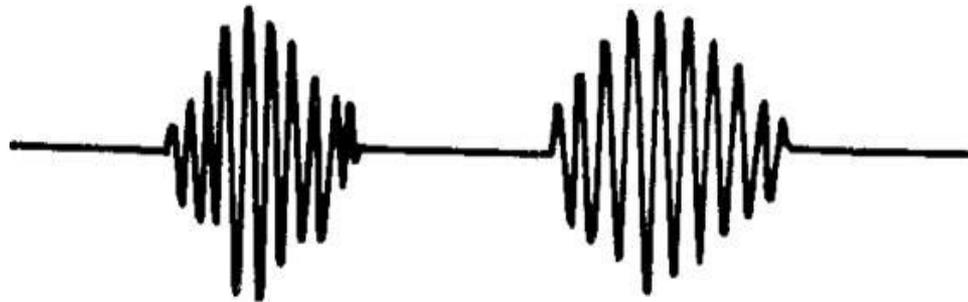
Дыхание Биота

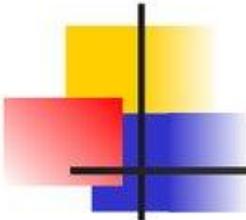
Развивается при заболеваниях, сопровождающихся повреждением центральной нервной системы, особенно продолговатого мозга (менингит, энцефалит).
характерно для терминальных состояний, часто предшествует остановке дыхания и сердечной деятельности. Является неблагоприятным прогностическим признаком.

Характеризуется чередованием периодов внезапно начинающимися и внезапно прекращающимися дыхательными движениями постоянной амплитудой с периодами апноэ



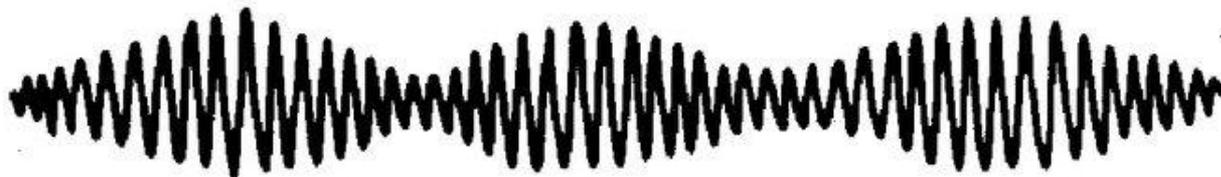
□ Дыхание Чейна- Стокса после продолжительной дыхательной паузы (апноэ) сначала появляется бесшумное дыхание поверхностное дыхание, которое быстро нарастает по глубине, становится шумным и достигает максимума на 5-7 - ом дыхании, а затем в той же последовательности убывает и заканчивается следующей очередной кратковременной паузой. (ЧМТ, интоксикации, комы, сердечная недостаточность)





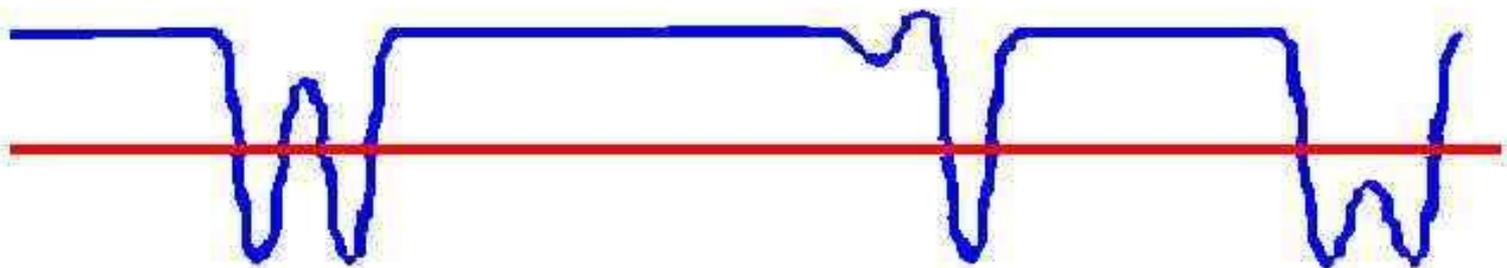
Патологические типы дыхания

Грокко дыхание (волнообразное дыхание) - дыхание, при котором поверхностные и редкие дыхательные движения постепенно учащаются и углубляются и, достигнув максимума, вновь ослабляются и урежаются



Апнейстическое дыхание

- редкие затрудненные судорожные дыхательные движения с длительными паузами на высоте вдоха.



3. **Гаспинг-дыхание** (от англ. gasp – ловить дыхание, задыхаться).

Возникает в самой терминальной фазе асфиксии. Это единичные глубокие, редкие, убывающие по силе «вздохи».

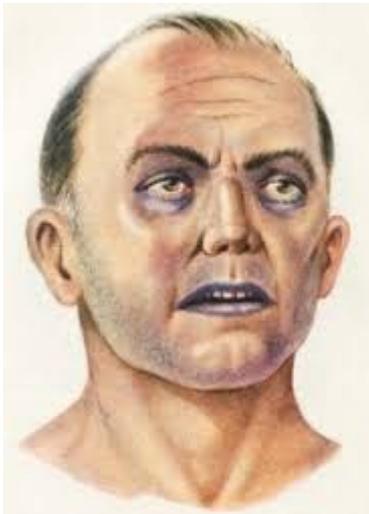


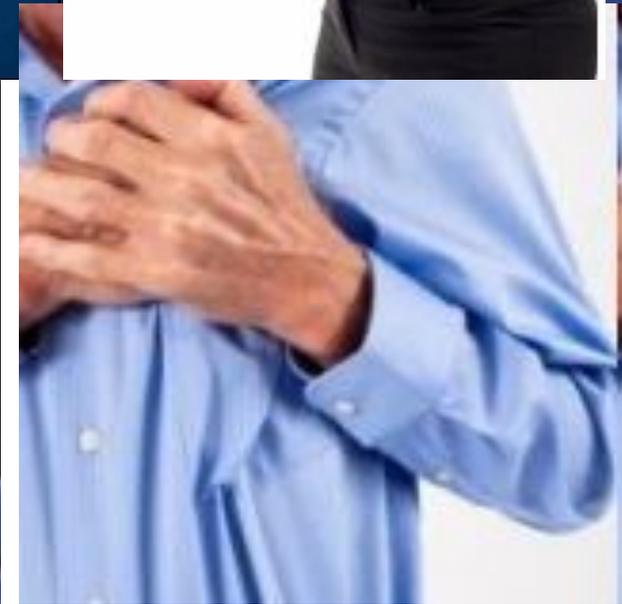
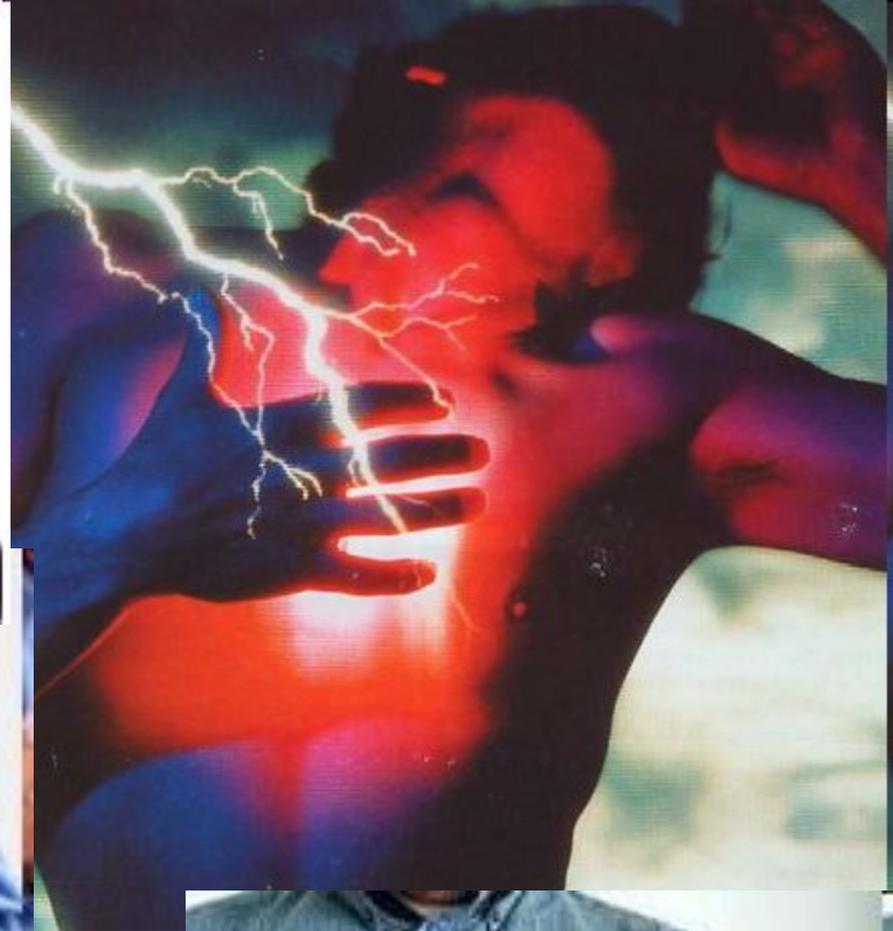
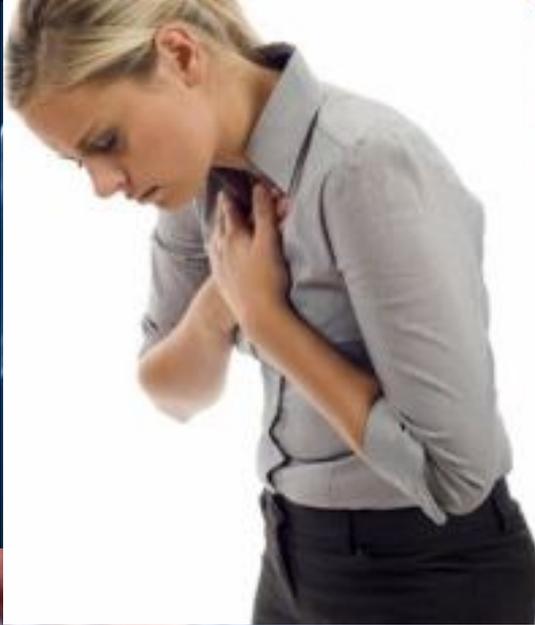
Изменения цвета кожи и слизистых

Цианоз - синюшность оттенков

Серая бледность(землистый цвет)

Цианоз кожи лица





БОЛЬ В ГРУДНОЙ
КЛЕТКЕ

ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА

- -незнание, неумение , нежелание или невозможность занять положение, уменьшающее одышку или боль;
- -нежелание выполнять дыхательные упражнения регулярно;
- -неумение пользоваться плевательницей;
- -неумением использовать ингалятор;
- снижение физической активности (из-за одышки или боли);
- -страх смерти от удушья;
- -снижение аппетита из-за мокроты с неприятным запахом;
- -непонимание необходимости регулярного приема назначенных врачом лекарственных средств.



ЦЕЛИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА

1. Обсуждать совместно с пациентом план предстоящего ухода

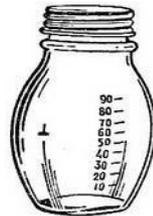
2. Предусмотреть достижение одной или нескольких целей:



- пациент **будет** знать и сможет занять положение, облегчающее дыхание;
- у пациента сохранится физическая активность, необходимая для самохода;
- пациент **сможет** самостоятельно пользоваться ингалятором (плевательницей);



Рис. 12-1. Применение карманного ингалятора.



- Пациент **будет** принимать лек. средства в соответствии с назначением врача;
- Пациент **будет** уменьшать количество выкуриваемых в день сигарет;
- Пациент (родственники) **будет знать** приемы самопомощи при приступе удушья;
- Пациент **будет** знать меры, уменьшающие дискомфорт, связанный с откашливанием мокроты.



СЕСТРИНСКИЙ УХОД

- Положение пациента в постели с приподнятым изголовьем кровати (положение Фаулера)
- **Постуральный дренаж** (дренирующее положение)
- Обучение пациента (« техника кашля», дыхательным приемам)
- По назначению врача сестра проводит **оксигенотерапию** (кислородная терапия)
- Адекватный уход за полостью рта, назогастральным зондом, трахеостомической трубкой, дыхательной аппаратурой ..)



ПОМОЩЬ ПРИ ОДЫШКЕ

Убрать, по возможности, аллерген.

Успокоить больного.

Придать удобное (возвышенное) положение

Освободить от стесняющей одежды (расстегнуть воротник, ослабить галстук, развязать шарф).

Открыть окно, обеспечив доступ свежего воздуха.

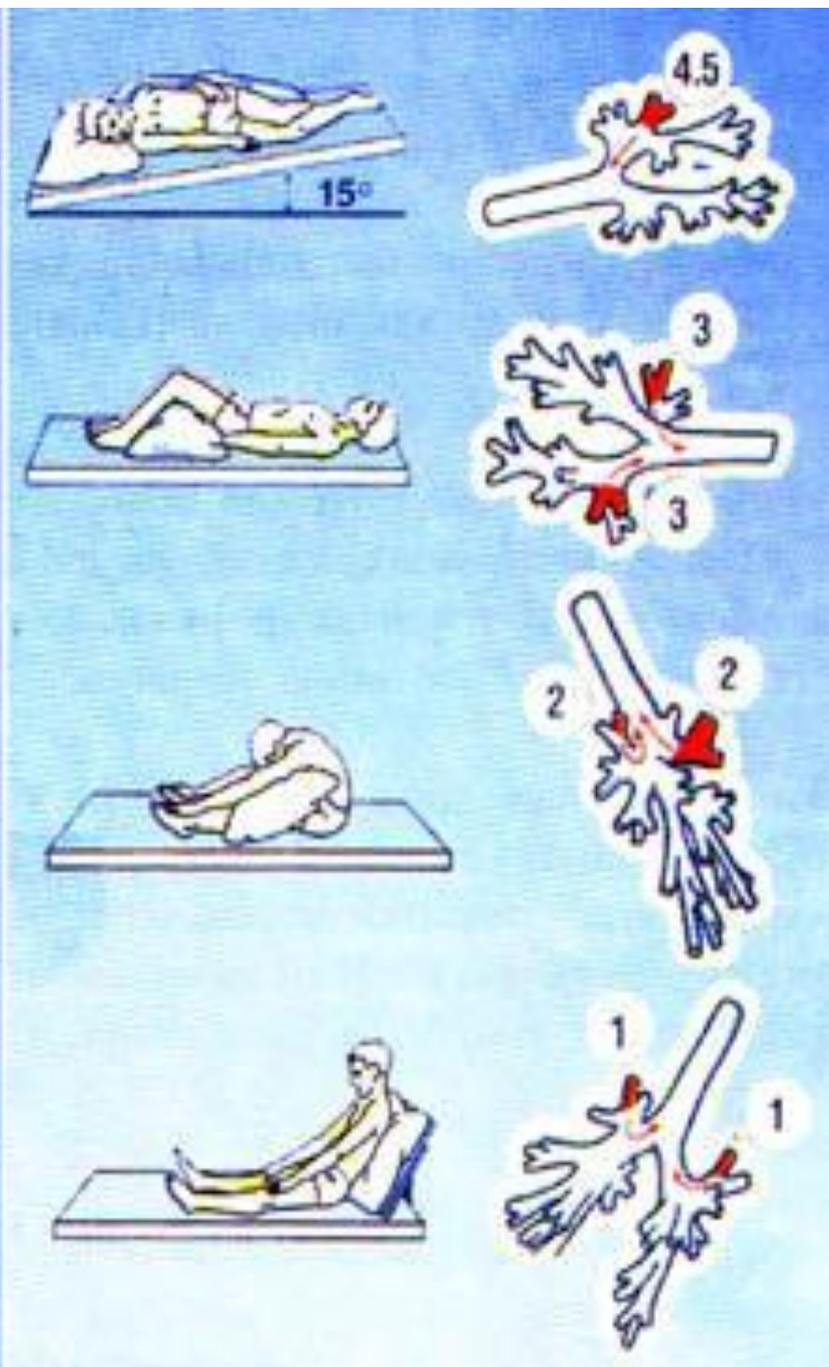
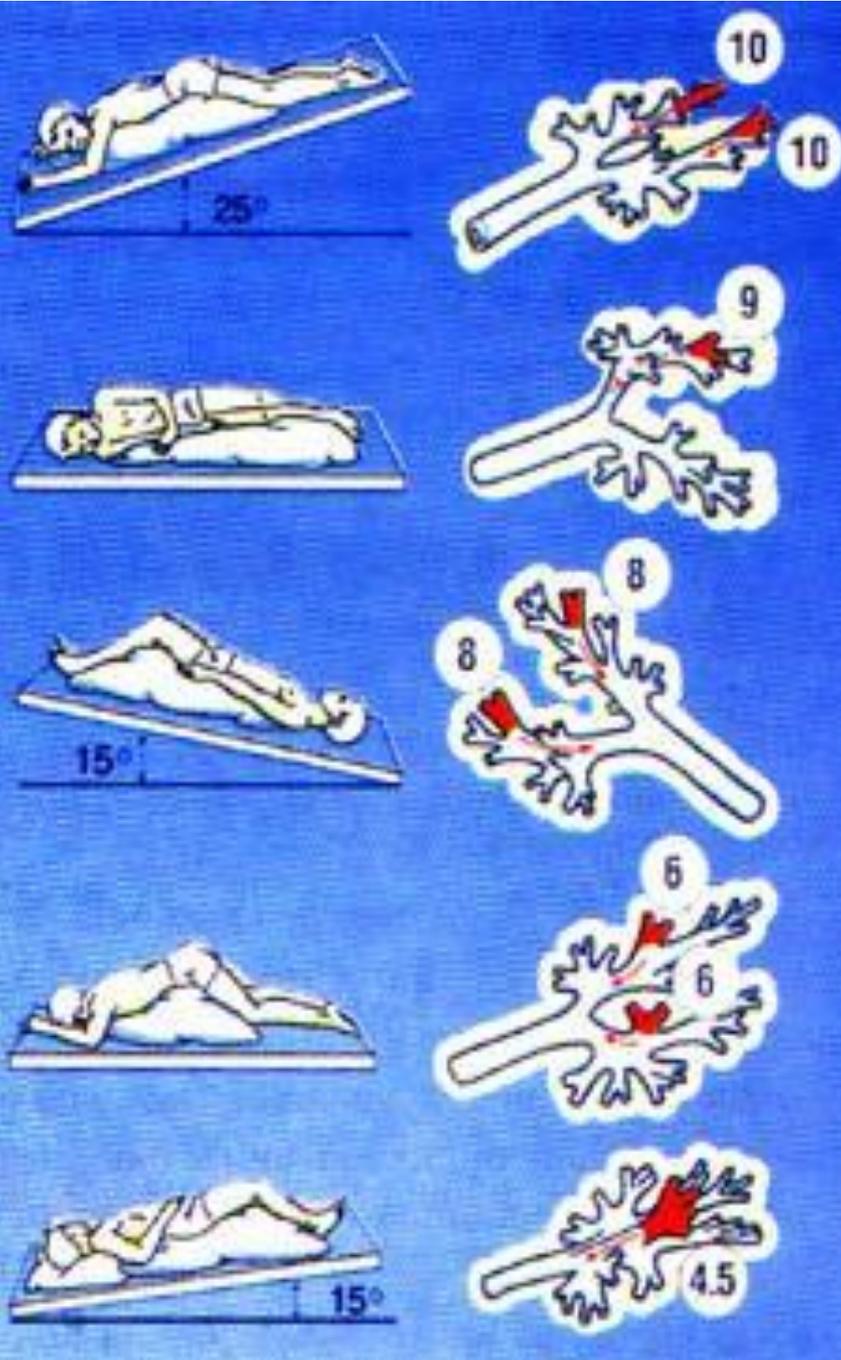
Дать пациенту ингалятор с тем препаратом, который ему помогает при приступах.

По назначению врача дать отхаркивающие средства, если мокрота плохо отходит.

Проводить контроль частоты дыхания и пульса.

Попробовать переключить внимание больного на какую-либо интересную тему.





Оксигенотерапия

Виды оксигенотерапии:

❖ **Ингаляционная** – через дыхательные пути:

▶ при помощи кислородной маски;



▶ через носовой катетер или носовую канюлю;

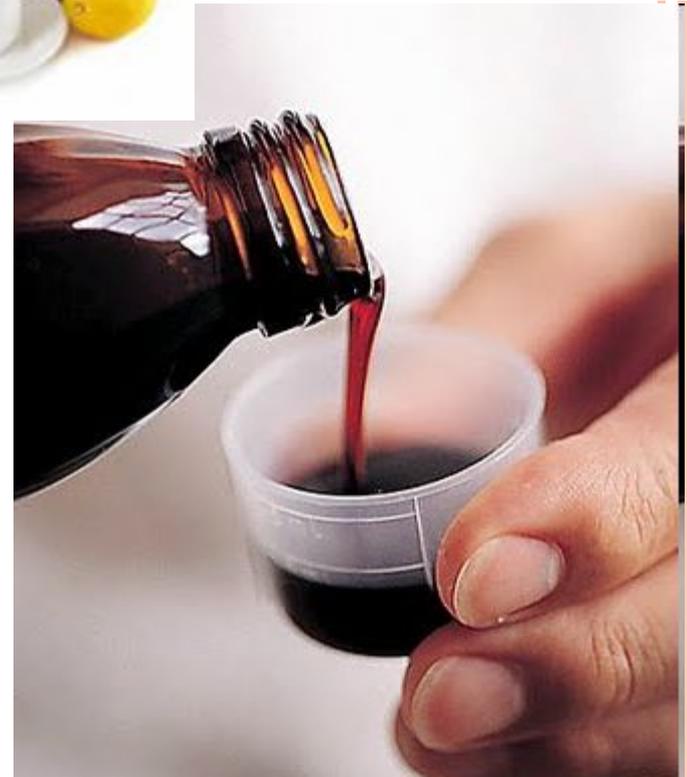


▶ через интубационную трубку;



▶ через трахеостомическую трубку;





ОЦЕНКА СЕСТРИНСКОГО УХОДА.

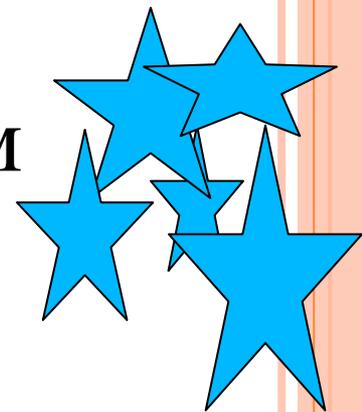
1. **Итоговая** и **текущая** оценка ухода медсестры за пациентом
2. **Коррекция** плана ухода, при необходимости совместно с врачом

Пациент умеет пользоваться карманным ингалятором

Пациент принял удобное для дыхания положение

Дыхание пациента восстановилось

Дыхание пациент ровное, спокойное, ЧДД 16 в минуту



ВЫВОД

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

