

Сестринский процесс при бронхиальной астме

Елфимова Ирина Валерьевна

кандидат медицинских наук

Определение

- **Бронхиальная астма** – заболевание, характеризующееся хроническим воспалением воздухоносных путей, приводящим к гиперреактивности в ответ на различные стимулы и повторяющимся приступами бронхиальной обструкции

ЭТИОЛОГИЯ

Предрасполагающие факторы

- Атопия (генетически обусловленная гиперпродукция иммуноглобулинов E)
- Наследственность

Причинные факторы (или «индукторы»)

- Аллергены

Усугубляющие (способствующие) факторы

- Респираторные вирусные инфекции
- Курение
- Загрязнение воздуха
- Низкий вес при рождении
- Паразитарные инфекции

Факторы риска, которые обостряют течение БА, усиливая

Воспалительный процесс называют триггерами.

Бронхиальная астма

- **Бронхиальная астма**- характеризуется приступами удушья, вследствие спазма мускулатуры бронхов, гиперсекреции и отека слизистой оболочки бронхов

Клиническая картина

В течении заболевания выделяют **периоды**:

- Предвестников
- Приступный
- Послеприступный
- Межприступный

Приступ удушья – характеризуется одышкой на фоне резкого ограничения подвижности грудной клетки, свистящим дыханием, рассеянными свистящими и жужжащими хрипами.

Клиническая картина

- Во время приступа у больного вынужденное положение (сидячее положение и упирается руками в край кровати или кресла)
- Кожные покровы бледные
- Цианоз
- Тахикардия
- Тоны сердца глухие
- Перкуторно: коробочный звук

Продолжительность приступа в начале заболевания 10-20 минут, при длительном течении – до нескольких часов.

Астматический статус

- Характеризуется стойкой и долгой бронхиальной обструкцией, нарушением дренажной функции бронхов и нарастанием дыхательной недостаточности

Астматический статус

- Происходит диффузный отек слизистой оболочки мелких бронхов и их закупорка густой слизью

Диагностика

- В мокроте при БА: эозинофилы, спиральи Куршмана (своеобразные слепки мелких бронхов)
- В ОАК: лейкопения, эозинофилия
- При рентгеноскопии грудной клетки – повышенная прозрачность легочных полей и ограничение подвижности диафрагмы
- Пикфлоуметрия – измерение пиковой скорости выдоха (ПСВ) с помощью пикфлоуметра

Измерения проводят 2 раза в день. Результаты заносятся в специальный график. Определяется суточный разброс пиковой скорости. Разброс показателей ПСВ более 20 % является диагностическим

- * кожные тесты с аллергенами для диагностики аллергии у пациентов
- * в крови специфические иммуноглобулины E

Кашлевой вариант БА

- Кашель может быть единственным признаком БА. Кашель возникает ночью и не сопровождается свистящими хрипами. Диагноз подтверждается аллергологическим обследованием и суточный мониторинг пиковой скорости выдоха

Астма физического усилия

- Приступы удушья возникают под влиянием субмаксимальной физической нагрузки в течение 10 минут после окончания нагрузки.

«Аспириновая астма»

- Индукторами БА являются: аспирин, анальгин, ибупрофен, и др. НПВС
- Салицилаты, содержащиеся в пищевых продуктах (огурцы, томаты, клубника, малина), на ряд витаминов, В-адреноблокаторы, пищевые продукты желтого цвета
- Первые симптомы появляются в 20-30 лет.

Диагноз «Аспириновой астмы»

Устанавливается на основании триады признаков:

- Наличие астмы, полипозная риносинусопатия и непереносимость аспирина в анамнезе

Проблемы пациента при БА

- Нарушение потребности дышать, удушье вследствие спазма мускулатуры бронхов мелкого и среднего калибра
- Непродуктивный кашель
- Головная боль
- Нарушение сна
- Общее недомогание
- Недостаток информированности пациента о заболевании
- При уходе используются модели Хендерсон и Орем

Лечение БА

Терапия разделяется на:

- ✓ **лечебные мероприятия во время приступа**
- ✓ **лечение, направленное на предотвращение повторных приступов.**

Лечение БА

- Во время приступа помочь принять удобное положение в кровати
- Обеспечить приток свежего воздуха

Для купирования легкого приступа удушья:

*Бронхолитические средства в виде ингаляций (атровент, сальбутамол, беротек) или внутрь эуфиллин в таблетках

При приступе средней степени тяжести бронхолитики вводят парентерально 2,4%-10мл в/в раствор эуфиллина

При тяжелом вводят 60-90 мг преднизолона

*стабилизаторы тучных клеток – интал, задитен

Антагонисты кальция –верапамил, кордафен и др.

Снижают сократительную способность гладких мышц бронхов.

Профилактика БА

- Санация очагов инфекции
- Предупреждение своевременное лечение острых респираторных заболеваний, хронического бронхита.
- Вторичная профилактика (диспансеризация)

Лечение

Нелекарственные методы лечения БА:

- лечебная физкультура
- дыхательная гимнастика
- бальнеопроцедуры
- климатическое лечение
- иглорефлексотерапию

I этап

- Сестринское обследование.

II этап

- Определение проблем пациента

III этап. Планирование сестринских вмешательств

Цели сестринских вмешательств	План сестринских вмешательств
У пациента не будет страха смерти от удушья	<ol style="list-style-type: none">1. Доверительная беседа с пациентом о новых условиях пребывания в стационаре.2. Информирование пациента об эффективных методах лечения приступа удушья.
В течение 30 минут приступ удушья будет купирован	<ol style="list-style-type: none">1. Придать пациенту удобное сидячее положение, освободить от стесняющей одежды.2. Обеспечить приток свежего воздуха.3. Выполнить ингаляцию пациентом. β_2-агониста – сальбутамола (1-2 доза) (атровента – пожилым)4. По назначению врача ввести внутривенно 10 мл <u>2,4%</u> раствор эуфиллина.5. Приготовить и обеспечить подачу кислорода из аппарата в смеси с воздухом (30-60%).6. Поставить круговые горчичники по назначению врача и при переносимости запаха горчицы пациентом.

III этап. Планирование сестринских вмешательств

Цели сестринских вмешательств	План сестринских вмешательств
Кашель у пациента станет продуктивным	<ol style="list-style-type: none">1. Обеспечить пациенту обильное теплое питье.2. Бронходилататоры – через небулайзер.3. По назначению врача – прием пациентом внутрь или ингаляционно муколитиков, амброксол, ацетилцистеин внутрь – Мукалтин, бромгексин по 2-4 таблетки 3-4 раза в день
Показатели пульса и АД нормализуются	<ol style="list-style-type: none">1. Исследование пульса, АД каждые 10-15 минут до ликвидации удушья.2. По назначению врача и при стойкой тахикардии дать внутрь 10 мг нифедипина (3 раза в день). <p>Примечание: не давать β-блокаторы – усиливают бронхоспазм.</p>
Цвет кожных покровов нормализуется	<ol style="list-style-type: none">1. Наблюдение за пациентом в ходе мероприятий по купированию приступа удушья.2. Повторно выполнять ингаляции кислорода.3. При падении АД по назначению врача ввести внутримышечно 2 мл кордиамина.

IV этап

- Реализация плана сестринских вмешательств

V этап

- Оценка эффективности сестринских вмешательств

