

ЧАСТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ «АВИЦЕННА»

ДИПЛОМНАЯ РАБОТА

«ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО- МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ»

Работу выполнила студентка
Асланова Екатерина Романовна
4 курса группы 431
отделения «Сестринское дело»
очной формы обучения

Руководитель работы
Быков Юрий Витальевич

Актуальность темы

- ЧМТ в настоящее время остается важнейшей медико-социальной проблемой вследствие сохраняющейся высокой распространенности, смертности и инвалидизации населения наиболее активного трудоспособного возраста.
- По данным статистики Министерства Здравоохранения Российской Федерации, ежегодно ЧМТ получают около 600 тыс. человек, при этом, 50 тыс. из них погибают, а еще 50 тыс. становятся инвалидами.
- ЧМТ относится к тяжелым повреждениям человеческого организма и дает общую летальность от 4 до 9,9%, а тяжелая - 68-70%.
- Частота ЧМТ у мужчин в два раза превышает таковую у женщин с сохранением этой зависимости во всех возрастных группах.

Цель и задачи работы

Цель работы

- Изучение особенностей ухода за больными с черепно-мозговыми травмами в свете современной модели сестринского дела, обоснованию различных к подходов к содержанию и оказанию сестринской помощи.

Задачи работы

- Описать патогенез черепно-мозговой травмы.
- Рассмотреть клинические проявления черепно-мозговой травмы.
- Аргументировать основные этапы сестринского процесса у больных с черепно-мозговой травмой.
- Охарактеризовать принципы сестринского ухода за больными с черепно-мозговой травмой
- Рассмотреть основные сестринские манипуляции у больных с черепно-мозговой травмой.
- Сделать основные выводы по теме дипломной работы.

Этапы сестринского процесса при черепно-мозговой травме

Первый этап – обследование пациента

1. Сбор анамнеза:

При выяснении обстоятельств травмы следует обратить особое внимание на:

- точное время, вид и направление повреждающего воздействия,
- защищенность головы в момент травмы (например, наличие головного убора),
- воспоминания самого пациента о том, как произошла травма,
- наличие и длительность ретроградной амнезии (события, произошедшие непосредственно перед травмой),
- длительность антероградной амнезии (события, произошедшие вслед за травмой),
- наличие тошноты и рвоты.

Этапы сестринского процесса при черепно-мозговой травме

Первый этап – обследование пациента

2. Физическое обследование:

При осмотре пациента со «свежей» черепно-мозговой травмой особое внимание необходимо обращать на следующее:

- состояние сознания.
- внешние повреждения, особенно в области головы,
- истечение крови или ЦСЖ из носа, ушей, зева,
- повреждение шейного отдела позвоночника,
- наличие периорбитальной гематомы (симптом «очков») и/или ретроаурикулярной гематомы,
- общее состояние, особенно состояние сердечно-сосудистой системы (возможно развитие шока!), неврологический статус (состояние зрачков, зрения, слуха, наличие нистагма, парезов, пирамидных знаков).

Этапы сестринского процесса при черепно-мозговой травме

Второй этап – установление проблем

Первичные проблемы у больных с черепно-мозговой травмой

- головная боль,
- потеря ориентации,
- нечёткое зрение,
- тошнота и рвота,
- неприятный привкус во рту,
- усталость, изменения в режиме сна,
- изменения в настроении и поведении или проблемы с памятью, концентрацией внимания и мыслительным процессом.

Этапы сестринского процесса при черепно-мозговой травме

Второй этап – установление проблем

Потенциальные проблемы у больных с черепно-мозговой травмой

- Посттравматические судороги;
- Тромбоз глубоких вен;
- Потеря слуха;
- Головокружение и головные боли;
- Проблемы с желудочно-кишечным трактом;
- Проблемы с мочеполовой системой;
- Спастичность мышц;
- Дистония и другие двигательные расстройства;
- Проблемы с речью и общением;
- Тревога, депрессия, бессонница;
- Амнезия;
- Деменция

Этапы сестринского процесса при черепно-мозговой травме

4. Осуществление плана сестринских вмешательств.

Уход за пациентом

- 1) Информирование родственников о заболевании.
- 2) Обеспечение режима двигательной активности – строгий постельный режим. Создание в постели комфортного положения – с приподнятым головным концом, на противопролежневом матрасе.
- 3) Обеспечение санитарно – эпидемиологического режима в палате.
- 4) Аэротерапия – проветривание 1-2 раза в сутки.
- 5) Контроль влажной уборки в палате.
- 6) Соблюдение асептики и антисептики.
- 7) Обеспечение санитарно – гигиенического режима.
- 8) Стрижка ногтей, смена постельного белья, гигиеническая обработка тела и слизистых, уход за подключичным и внутривенным катетером, введение и уход за мочевым катетером.
- 9) Контроль состояния: АД, ЧДД, пульс, температура тела, сознание, состояние кожных покровов и видимых слизистых, суточный диурез, локализация и характер болей, объем и состав получаемой жидкости в сутки, массу тела.

Этапы сестринского процесса при черепно-мозговой травме

Третий этап – план ухода

План сестринского ухода у больных с черепно-мозговой травмой

- 1) Информирование родственников о заболевании.
- 2) Обеспечение режима двигательной активности – строгий постельный режим.
Создание в постели комфортного положения – с приподнятым головным концом, на противопролежневом матрасе.
- 3) Обеспечение санитарно – эпидемиологического режима в палате.
- 4) Аэротерапия – проветривание 1-2 раза в сутки.
- 5) Контроль влажной уборки в палате.
- 6) Соблюдение асептики и антисептики.
- 7) Обеспечение санитарно – гигиенического режима.
- 8) Стрижка ногтей, смена постельного белья, гигиеническая обработка тела и слизистых, уход за подключичным и внутривенным катетером, введение и уход за мочевым катетером.
- 9) Контроль состояния: АД, ЧДД, пульс, температура тела, сознание, состояние кожных покровов и видимых слизистых, суточный диурез, локализация и характер болей, объем и состав получаемой жидкости в сутки, массу тела.
- 10) Диетотерапия пациента.

Принципы сестринского ухода за больными с черепно-мозговой травмой

Неотложная сестринская помощь при открытой ЧМТ (догоспитальный этап):

1. Наложить асептическую повязку на рану (при выбухании мозгового вещества, а также выстоянии костных отломков – наложить повязку бубликом).
2. Обеспечить проходимость ВДП.
3. Вызвать скорую помощь.
4. При ликворе из носа или слухового прохода наложить асептическую повязку.
5. Переложить пострадавшего по команде на носилки на спину, приподняв голову на 10 градусов и зафиксировать ее с помощью бублика, если больной без сознания, то его укладывают на живот или устойчивое боковое положение для профилактики асфиксии.
6. Приложить холод к голове.
7. Следить за пульсом, АД, ЧДД.
8. При возможности обеспечить доступ к вене.
9. Транспортировать больного в нейрохирургическое или ближайшее хирургическое отделение.

Принципы сестринского ухода за больными с черепно-мозговой травмой

Сестринский уход при черепно-мозговых травмах легкой и средней степени тяжести (госпитальный этап)

- *Соблюдение пациентом строгого, постельного режима* от 10--14 дней до нескольких недель, месяцев (в зависимости от тяжести повреждения); удлинение физиологического сна, введение аминазина, димедрола по назначению врача.
- *Проведение дегидратационной терапии*: введение гипертонических растворов (40 %-ной глюкозы, 10 %-ного натрия хлорида, 25 %-ного магния сульфата) и мочегонных препаратов (лазекс, манитол) под контролем диуреза. В последние годы для дегидратационной терапии используются гормоны и ганглиоблокаторы.
- *Подготовку пациента к люмбальной пункции*: медсестра проводит индивидуальную беседу для снятия психоэмоционального напряжения; готовит операционное поле в поясничной области; накануне ставит очистительную клизму, а перед пункцией напоминает пациенту о необходимости опорожнить мочевой пузырь для профилактики пареза сфинктеров прямой кишки и мочевого пузыря. За 10--15 мин до процедуры вводит 5 % раствор эфедрина или 20 % раствор кофеина для профилактики гипотензии.
- *Профилактику вторичного инфицирования при открытых ЧМТ*: введением антибиотиков, а при переломах основания черепа дополнительно ежедневной сменой турунд в наружных слуховых проходах или передних носовых ходах. Запрещается промывать полость носа и уха! Турунды вводятся путем легкой тампонады.
- *Симптоматическое лечение*: введением анальгетиков при головной боли; амидопирин с анальгином при высокой температуре по назначению врача.
- *Инфузионную терапию*: внутривенным введением комбинированных литических смесей, 20 % раствора оксибутирата натрия при тяжелых формах ЧМТ (ушиб головного мозга).

Исследовательская работа

Анкетирование больных

На первом этапе исследования я провела тестирование 37 человек, находящихся на стационарном лечении по поводу черепно-мозговой травмы в нейрохирургическом отделении ГБУЗ СК «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Ставрополя». Пациентам предлагалось ответить на 7 вопросов. При составлении анкеты меня интересовали возраст и пол респондентов, способность заниматься трудовой деятельностью, приоритетные проблемы пациентов и информированность о заболевании.

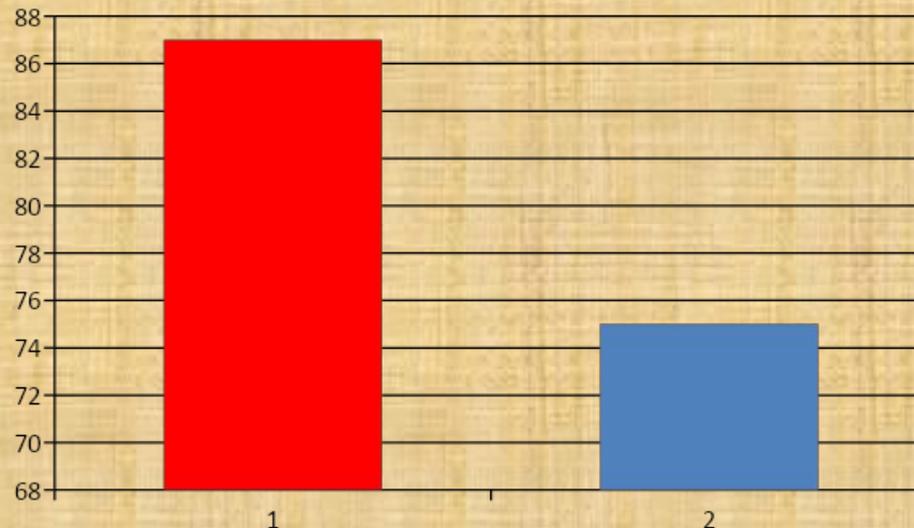
Исследовательская работа

Как видно из графика 1, то пациентов мужского пола с черепно-мозговой травмой, было в два раза больше, чем женщин: 25 мужчин (68%) и 12 женщин (32%).

График 1. Распределение больных с черепно-мозговой травмой по полу

1 – мужчины (25 больных)

2 – женщины (12 больных)

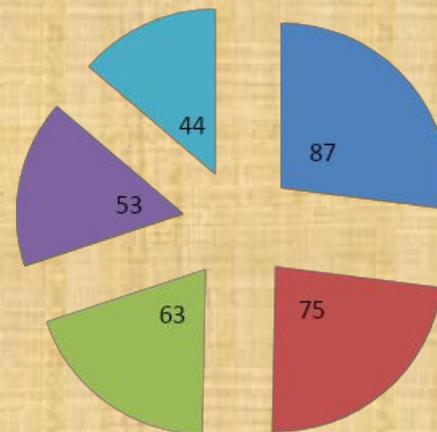


Исследовательская работа

Согласно диаграмме 2 по возрасту больные распределились в следующем порядке: 8 больных – в возрасте 20-30 лет (22%), 13 больных - в возрасте 30-40 лет (35%), 7 больных – в возрасте 40-50 лет (19%), 5 больных в возрасте – 50-60 лет (13%), 4 больных – в возрасте старше 60 лет (11%).

Диаграмма 1. Распределение больных с черепно-мозговой травмой по возрасту

- 8 больных – в возрасте 20-30 лет (22%)*
- 13 больных - в возрасте 30-40 лет (35%)*
- 7 больных – в возрасте 40-50 лет (19%)*
- 5 больных в возрасте – 50-60 лет (13%)*
- больных – в возрасте старше 60 лет (11%)*

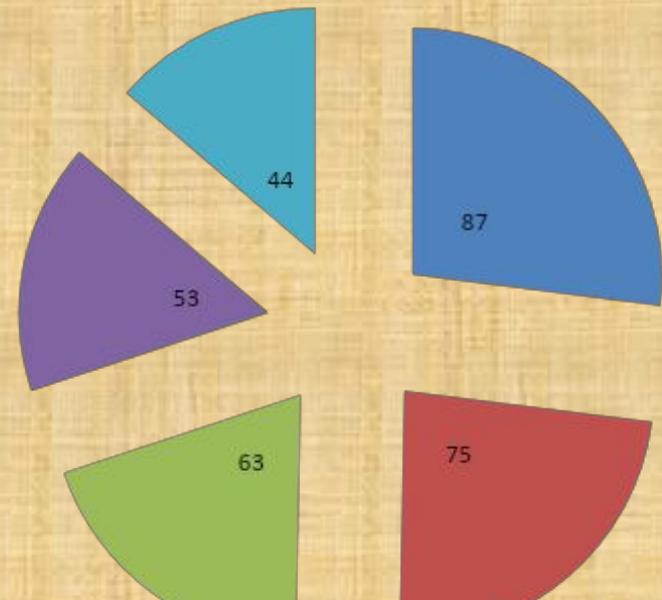


Исследовательская работа

По характеру травмы больные распределились в следующем порядке: 8 больных (22%) – криминальная, 7 больных (19%) - бытовая или уличная, 12 (33%) больных - дорожно-транспортная, 6 больных (16%) – производственная, 4 больных (10%) - неизвестно (диаграмма 2).

Диаграмма 2. Распределение больных по характеру травмы

- *больных – криминальная*
- *больных - бытовая или уличная*
- *больных - дорожно-транспортная*
- *больных – производственная*
- *больных - неизвестно*



Исследовательская работа

Если говорить о процентном соотношении приоритетных проблем у больных с черепно-мозговой травмой, то они расположились в следующем порядке: 87% - головокружение и головные боли, 75% - проблемы с желудочно-кишечным трактом, 63% проблемы с мочеполовой системой, 53 - проблемы с речью и общением, 44% - тревога, депрессия, бессонница (график 2).

График 2. Процентное распределение приоритетных проблем у больных с черепно-мозговой травмой

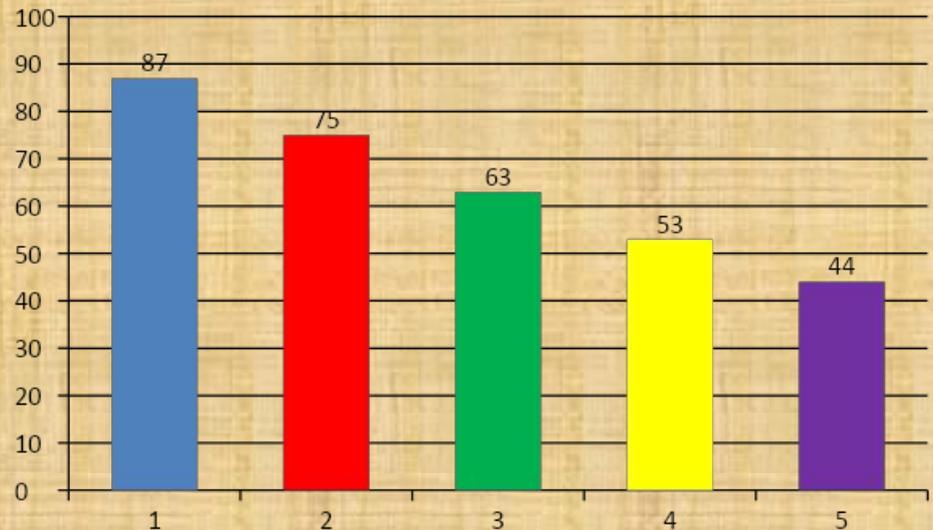
87% - головокружение и головные боли

75% - проблемы с желудочно-кишечным трактом

63% проблемы с мочеполовой системой

53 - проблемы с речью и общением

44% - тревога, депрессия, бессонница



Выводы

1. Черепно-мозговая травма является одной из самых тяжёлых травм, поэтому необходимы знания о её клинических проявлениях, оказания неотложной помощи и уходе за пациентом в течение всего его нахождения в стационаре.
2. Своевременно и правильно оказанный сестринский уход при черепно-мозговой травме позволит улучшить выздоровление, реабилитацию и уменьшить инвалидизацию больных.
3. Уход за больными с тяжёлой черепно-мозговой травмой заключается в предупреждении пролежней и гипостатической пневмонии (поворачивание больного в постели, массаж, туалет кожи, банки, горчичники, отсасывание слюны и слизи из полости рта, санация трахеи). Даже при лёгкой и средней черепно-мозговой травме последствия дают знать о себе в течение месяцев или лет.
4. С выздоравливающими пациентами, родственниками медицинская сестра должна проводить беседы по профилактике ЧМТ. В предупреждении этих травм и их осложнений большую роль играет соблюдение техники безопасности, правил уличного движения водителями и пешеходами, умение грамотно оказать первую помощь пострадавшему. Помимо общих мер предупреждения ЧМТ, следует уделять внимание средствам индивидуальной защиты - использование касок, защищающих голову, при строительных работах, езде на мотоцикле, игре в хоккей и др.
5. Реабилитационные мероприятия включают лечебную физкультуру, физиотерапию, приём ноотропных, сосудистых и противосудорожных препаратов, витаминотерапию.

**Спасибо за
внимание!**