

Лекция

Тема 1.2 «Сестринское обследование пациентов терапевтического профиля».

Преподаватель Н.В.Безклепная

2020г



План

1. Правила общения с пациентом.
2. Сбор субъективной информации.
3. пациента.
4. Сбор объективной информации.
5. Основные методы исследования.

Правила общения с пациентом

- Начинать беседу с представления своего имени –отчества и должности.
- Обеспечить конфиденциальность беседы.
- Обращаться к пациенту по имени-отчеству и на «Вы».
- Смотреть пациенту в глаза, улыбаться; если пациент лежит –присесть на стул рядом с кроватью.
- Говорить неторопливо с положительной интонацией голоса.
- Поощрять вопросы пациента.
- Использовать разнообразные компоненты эффективного общения.
- Эффективно выслушивать пациента.
- При разговоре создавать атмосферу взаимопонимания и доверия, проявлять участие

**Сестринское обследование проводится двумя методами:
субъективным;
объективным.**



Субъективный метод обследования – расспрос.

- **Расспрос играет огромную роль в:**
 - предварительном заключении о причине болезни;
 - оценке и течении заболевания;
 - оценке дефицита самообслуживания.

Расспрос включает **anamnesis**. Этот метод внедрил в практику известный терапевт Захарин.

Анамнез – совокупность сведений о больном и развитии заболевания, полученных при расспросе самого пациента и знающих его лиц.

- **Расспрос складывается из пяти частей:**
 - паспортная часть;
 - жалобы пациента;
 - *anamnesis morbe* (первоначальные проявления болезни);
 - *anamnesis vitae* (наследственные факты, условия работы и др.);
 - аллергические реакции.

Жалобы пациента дают возможность выяснить причину, заставившую обратиться к врачу.

Из жалоб пациента выделяют:

актуальные (приоритетные);

главные;

дополнительные.

Главные жалобы - это те проявления заболевания, которые больше всего беспокоят пациента, более резко выражены. Обычно главные жалобы и определяют проблемы пациента и особенности ухода за ним.

Anamnesis morbe – первоначальные проявления болезни, отличающиеся от тех, которые пациент предъявляет, обратившись за медицинской помощью, поэтому:

- уточняют начало заболевания (острое или постепенное);
- далее уточняют признаки заболевания и те условия в которых они возникли;
- затем выясняют, какое было течение заболевания, как изменились болезненные ощущения с момента их возникновения;
- уточняют, были ли проведены ранее исследования и каковы их результаты;
- следует расспросить: проводилось ли ранее лечение, с уточнением лекарственных препаратов, которые могут изменить клиническую картину болезни; все это позволит судить об эффективности терапии;
- уточняют время наступления ухудшения.

Anamnesis vitae – позволяет выяснить, как наследственные факторы, так и состояние внешней среды, что может иметь прямое отношение к возникновению заболевания у данного пациента.

Anamnesis vitae собирается по схеме:

1. биография пациента;
2. перенесенные заболевания;
3. условия труда и быта;
4. интоксикация;
5. вредные привычки;
6. семейная и половая жизнь;
7. наследственность.

Объективный метод – это осмотр, который определяет статус пациента в настоящее время.

• **Осмотр проводится по определенному плану:**

- общий осмотр;
- осмотр определенных систем.

• ***Методы обследования:***

- основные;
- дополнительные.

Объективный метод обследования.

- Объективное обследование пациента позволяет составить представление об общем состоянии его организма и внутренних органов. Информация получается с помощью органов чувств: зрения, слуха, обоняния, восприятия касанием.
- **Проводится обследование по определенному плану:** общий осмотр пациента, пальпация (ощупывание), перкуссия (выстукивание), аускультация (выслушивание), а также клинико-лабораторные и инструментальные исследования.
- Осмотр пациента. Осмотр начинается с момента знакомства и разговора (расспрос) с ним. Осмотр проводится по определенному плану.
- **Техника осмотра.** Осмотр грудной клетки, туловища лучше проводить в вертикальном положении пациента; живот - в вертикальном и горизонтальном положениях.
- Осмотр должен быть систематичным, чтобы не просмотреть важные диагностические признаки.
- **Вначале производят общий осмотр** (выявляют симптомы общего значения), затем - **детальный** (осмотр участков тела по областям: голова, лицо, шея, туловище, конечности, кожа, кости, суставы, слизистые оболочки, волосяной покров).
- **Общий осмотр.** Состояние сознания. Сознание может быть ясным или нарушенным.

Различают несколько степеней нарушения сознания.

- 1) **Ступорозное сознание (stupor)** - состояния оглушения. Пациент плохо ориентируется в окружающем. На вопросы отвечает с запозданием. Наблюдается при контузиях.
- 2) **Сопорозное состояние (sopor)** - спячка, из которой пациент выходит только после громкого окрика или тормошения на короткое время. Рефлексы сохранены. Может наблюдаться при инфекционных заболеваниях.
- 3) **Коматозное состояние (coma)** - полное отсутствие сознания с отсутствием рефлексов, реакции на внешние раздражители и расстройством функций жизненно важных органов. Сведения о пациенте в этом случае получают от родственников.
- 4) Другие расстройства сознания, нарушающиеся возбуждением центральной нервной системы, галлюцинация, бред (буйный — у алкоголиков, тихий — при тифозных заболеваниях). Могут быть расстройства с угнетением центральной нервной системы: подавленность, апатия, депрессия, монотонный стон или плач у ребенка — при менингите.



Положение пациента в постели.

Может быть активным, пассивным и вынужденным.

Активное положение свойственно пациентам с легким течением болезни или в начале тяжелого состояния. Пациент не теряет способность к самоходу, он самостоятельно передвигается, меняет положение в зависимости от обстоятельств.

Пассивное положение наблюдается при резкой слабости, в коматозном состоянии. Пациенты неподвижны, конечности свешиваются под действием силы тяжести, тело сползает к ножному концу кровати. Они не способны к самоходу.

Вынужденное положение принимает пациент, чтобы ослабить или прекратить имеющиеся у него болезненные ощущения (боль, одышка, кашель).



Осмотр кожи проводится при естественном освещении.

Окраска кожи зависит от степени кровенаполнения кожных сосудов, количества и качества пигмента, толщины и прозрачности кожи.

Гиперемия (покраснение) кожи объясняется расширением периферических сосудов, что может быть при лихорадке, возбуждении, после приема алкоголя.

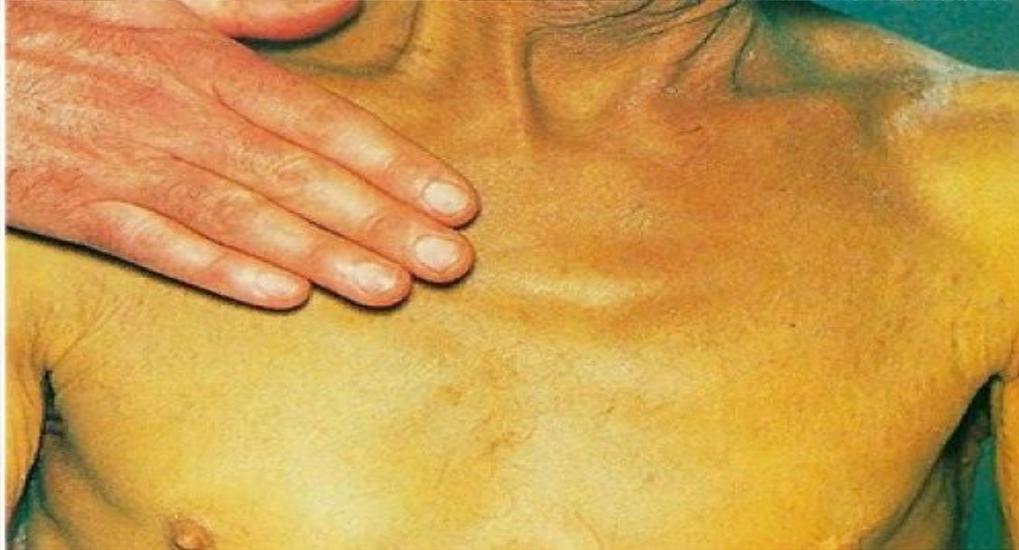
Бледность кожи чаще бывает вследствие потери крови, низкого содержания эритроцитов (анемия), спазма сосудов кожи (коллапс, шок).

Цианоз (синюшность) кожи возникает из-за накопления в крови большого количества восстановленного гемоглобина, гипоксией при нарушении кровообращения, хронических заболеваниях легких. Центральный цианоз возникает при легочных заболеваниях (эмфизема легких, воспаление легких).

Периферический цианоз (акроцианоз) - при сердечной недостаточности. Объясняется это тем, что при сердечной недостаточности ток крови на периферии замедляется (застой крови) и отдача кислорода тканям увеличивается, в крови накапливается восстановленный гемоглобин.

Желтушность (иктеричность) кожи и слизистых оболочек имеет место при излишнем накоплении в крови желчных пигментов (билирубина). Причиной бывают заболевания печени (гепатиты, циррозы печени, желчно-каменная болезнь, рак головки поджелудочной железы).

Пигментация кожи. При хронической надпочечниковой недостаточности цвет кожи становится бронзовым (цвет загара). Возможны участки депигментации кожи (витилиго) или полная потеря пигментации кожи (альбинизм). Патологическая пигментация объясняется накоплением в крови пигмента меланина.



Отёки— избыточное накопление жидкости в тканях и серозных полостях организма, проявляющееся изменениями их объема и других физических свойств (тургор, эластичность и др.), нарушением функции тканей и органов.

Различают: ОБЩИЕ и МЕСТНЫЕ отёки

Общие отёки- являются проявлением внеклеточной гипергидратации

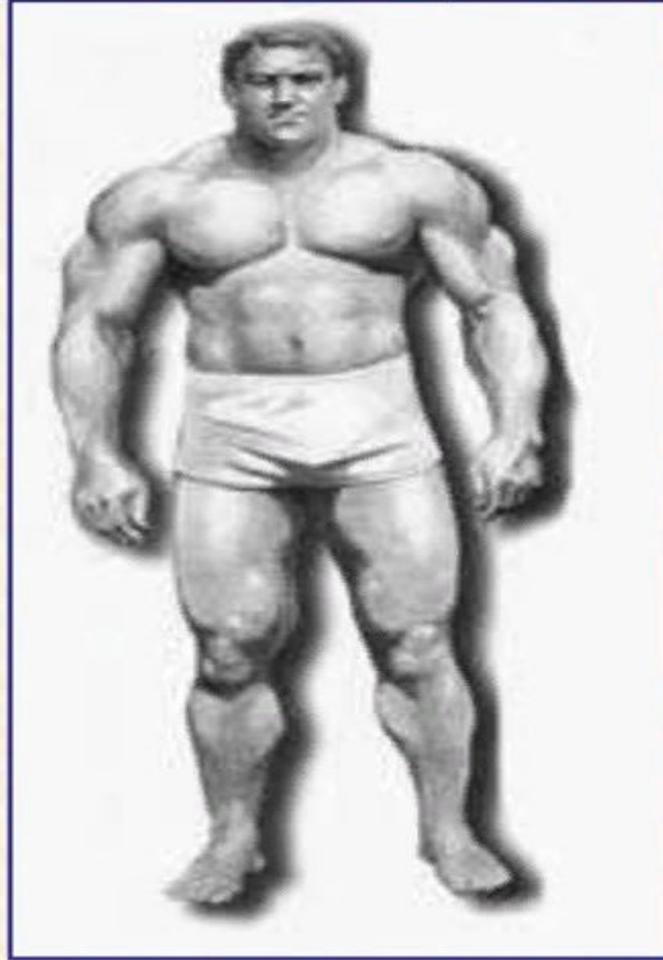
Местные-связаны с нарушением баланса жидкости в ограниченной полости или полости органа.



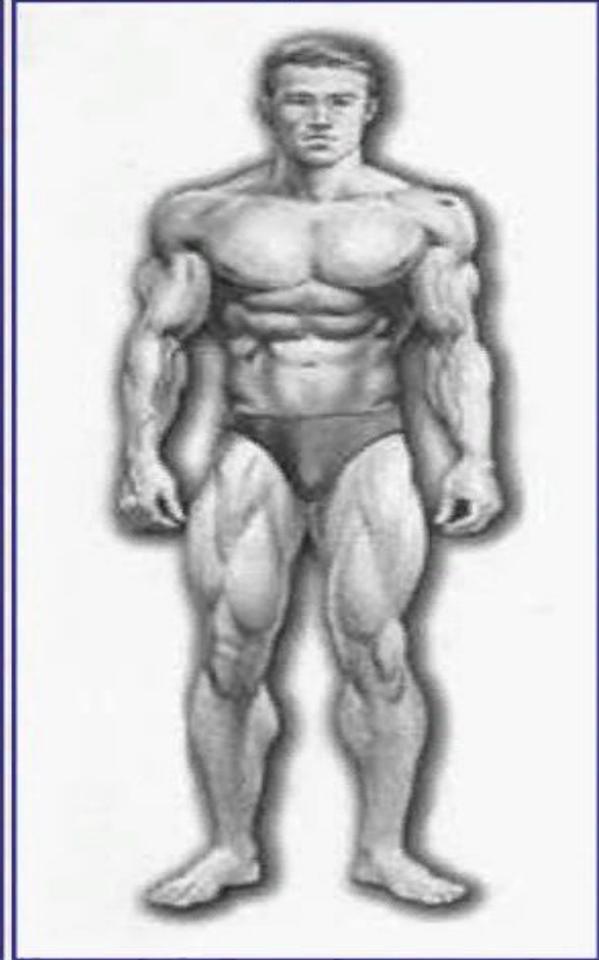
Типы телосложений (по У.Шелдону)



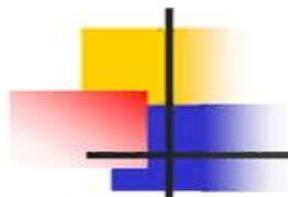
**Мезоморфный
(нормостеник)**



**Эндоморфный
(гиперстеник)**



**Эктоморфный
(астеник)**



Пальпация

Перкуссия



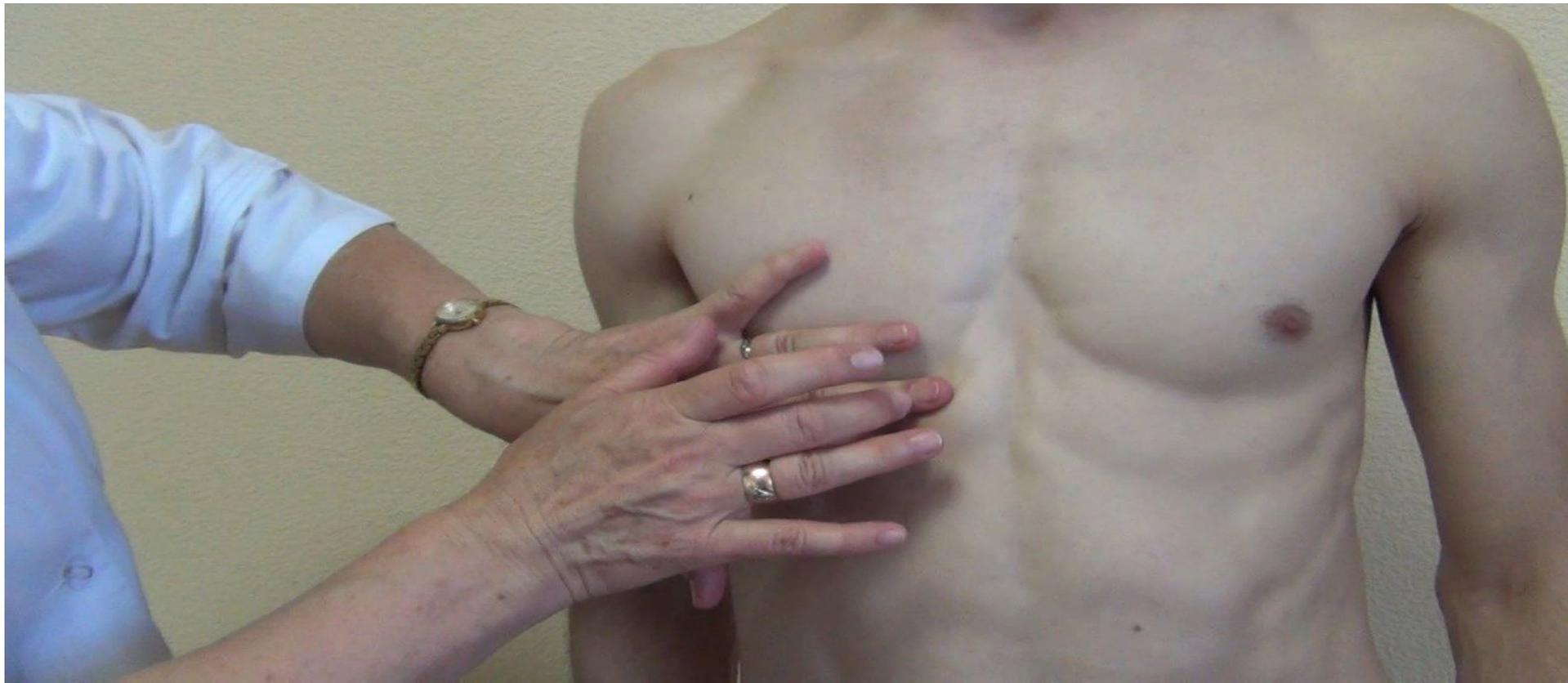
Аускультация

Пальпация — один из основных клинических методов непосредственного физического исследования с помощью осязания, температурного ощущения ощупывающими пальцами, а также чувства объемности.

С помощью пальпации исследуется большинство систем и органов. При этом определяются: 1) температура, плотность, влажность и вибрация тканей (пульсация, верхушечный толчок, голосовое дрожание); 2) чувствительность (болезненность) участков тела, о которой врач узнает со слов пациента или по его реакции (сопротивление мышц, рефлекторные движения, соответствующая мимика и т.д.); 3) физические свойства внутренних органов или патологических образований (местоположение, величина, границы, конфигурация или форма, характер поверхности, плотность или консистенция, подвижность или смещаемость). В зависимости от целей пальпации врач использует определенную методику, гарантирующую получение многогранной диагностической информации.



Перкуссия (простукивание) заключается в выстукивании участков тела и определении по характеру возникающего при этом звука физических свойств расположенных под перкуторным местом органов и тканей. При постукивании по телу возникают колебательные движения органов и тканей, расположенных непосредственно под местом удара. В зависимости от воздушности, глубины залегания, топографических соотношений и ряда других факторов каждый из них при перкуссии дает специфический звуковой эффект, что и обуславливает получение представления о положении, форме, границах многих внутренних органов и тканей. Возникающие при перкуссии колебательные движения передаются на глубину 6—8 см, следовательно на такой глубине могут быть определены звуковые параметры органов и тканей.



Аускультация (выслушивание) позволяет воспринимать и оценивать звуковые явления, возникающие в органах и сосудах при их функционировании.

По способу выслушивания различают непосредственную и опосредованную аускультацию. Непосредственная аускультация — это выслушивание участка тела путем прикладывания уха. Этот метод имеет положительные и отрицательные стороны. Положительно то, что выслушиваемый звук не искажается, и можно выслушать даже слабые звуковые явления. Отрицательной стороной является: негигиеничность, в ряде случаев неэтичность метода, ограниченные площади аускультации, неудобство для врача. В настоящее время этот метод применяется лишь в исключительных случаях, когда у врача нет инструмента для опосредованной аускультации. Опосредованная аускультация — это выслушивание при помощи специальных инструментов — стетоскопа, фонендоскопа или стетофонендоскопа.



Осмотр костно-мышечной системы позволяет выявить степень развития мышц, наличие атрофии мышц, параличей и парезов, приобретенные деформации мышечных органов, их врожденные аномалии; соответствие роста, пропорции тела, другие изменения.

В зависимости от изгибов позвоночника различают несколько форм спины:

- 1) нормальную (при умеренно выраженных физиологических изгибах позвоночника);
- 2) плоскую (функционально неполноценную из-за резкого снижения ее рессорной функции) - естественные изгибы отсутствуют или выражены слабо;
- 3) плосковогнутую - грудной кифоз отсутствует, лордоз хорошо (иногда чрезмерно) выражен;
- 4) круглую - грудной кифоз выражен избыточно и частично распространяется на поясничный отдел позвоночника, шейные и поясничные лордозы сглажены;
- 5) кругловогнутую (седлообразную) - грудной кифоз и поясничный лордоз увеличены.

К аномалиям развития конечностей относятся: многопалость, брахидактилия, чрезмерно длинные пальцы, синдактилия, полное отсутствие конечностей, кистей, пальцев рук и ног.

При рахите могут наблюдаться искривления рук и ног в форме буквы "О" или "Х", "браслеты" (локальное увеличение дистальных отделов конечностей), "нити жемчуга" (утолщения на фалангах пальцев), "реберные четки" (утолщение на ребрах вблизи грудины вследствие разрастания остеоидной ткани), "барабанные палочки" (своеобразная форма дистальных отделов фаланг). Рахит способствует плоскостопию. При синдроме Паннера (в связи с асептическим эпифизарным некрозом головки плечевой кости) возможно укорочение одной руки, а при синдроме Пертеса (асептическом субхондральном некрозе головки бедра) - укорочение одной ноги.

При параличе мышц возможны различные деформации стопы:

- 1) плоская стопа (*pes planus*);
- 2) деформации стопы, при которых стопа и голень образуют угол, открытый снаружи, а стопа находится в положении пронации (*pes valgus*);
- 3) деформация стопы с углом, открытым кнутри, при которой стопа находится в положении супинации (*pes varus*);
- 4) деформация стопы, при которой последняя находится в положении подошвенного сгибания при невозможности тыльного сгибания (*pes equinus*);

В норме боковых искривлений позвоночника нет, они проявляются при врожденных аномалиях, а также могут быть приобретенными в результате рахита, малой хореи, при туберкулезе, травмах и других патологических состояниях. Боковые искривления позвоночника называются сколиозами, которые могут быть правосторонними, левосторонними, S-образными. Сколиозы возможны в верхней, средней и нижней части позвоночника. При сколиозах наблюдается асимметрия грудной клетки, неравномерное расположение лопаток и плеч, различный уровень стояния сосков.

Различают степени сколиоза:

- 1) 1-я степень - небольшое нефиксированное искривление, исчезающее при разгрузке позвоночника;
- 2) 2-я степень - постоянное, значительное искривление, частично выравнивающееся при разгрузке (есть также легкие признаки реберного горба);
- 3) 3-я степень - резкое фиксированное искривление позвоночника в обе (противоположные) стороны в сочетании с выраженным реберным горбом;
- 4) 4-я степень - максимально тяжелая форма искривления с грубой деформацией. Конечности ребенка необходимо исследовать в положении лежа и стоя: оценивают их форму, соотношение длин конечностей между собой, а также к общей длине тела. Врожденная ломкость костей конечностей скелета отмечается при синдромах Вралика, Олбрайта, Сальвиоли, Хиве, Экмана- Лобштейна и др.

Осмотр грудной клетки.

Обращают внимание на форму и величину. Рахитическая деформация грудной клетки у молодняка возникает вследствие нарушения D-витаминного и минерального обмена. При этом грудная клетка сужена (« куриная грудь »), уменьшена в объеме, что ведет к ослаблению ее экскурсий, нарушению дыхания и возникновению легочных болезней. Деформация грудной клетки влияет на функцию легких, и, наоборот, поражение легких может стать причиной изменения формы, величины и функции грудной клетки. При ателектазе легких грудная клетка уменьшается в объеме, дыхательные движения изменяются. Односторонний ателектаз сопровождается односторонним уменьшением объема грудной клетки и изменением симметричности. Расширение грудной клетки бывает при интерстициальной и альвеолярной эмфиземе, она приобретает бочкообразную форму. Скопление в одной плевральной полости выпота (плеврит) или воздуха (пневмоторакс) обуславливает одностороннее расширение грудной клетки. При осмотре могут быть обнаружены отеки подгрудка, рахитические изменения ребер, травматические повреждения.

Проводят антропометрию (измерение роста, веса, окружности грудной клетки)

Благодарю за внимание!