

Размещено на [http: //www. allbest. ru/](http://www.allbest.ru/)

## ВВЕДЕНИЕ

Дыхание - это основа нашей жизни. При заболеваниях со стороны органов дыхания, нарушается нормальное насыщение крови кислородом и это приводит к целому ряду заболеваний, прежде всего, страдают легкие, сердечно-сосудистая система, а затем могут быть спровоцированы заболевания других органов и систем.

Лечение легочных заболеваний их профилактика и реабилитация является актуальной проблемой медицины. Особенно остро ставятся эти вопросы в связи с ухудшением экологии, загрязнением воздуха выхлопными газами автомобилей, заводскими отходами, пылью деревьев и растений, шерстью животных, ведением нездорового образа жизни, потреблением некачественных пищевых продуктов, и т. д.

А в последние годы добавился не только газовый, но и электромагнитный смог (компьютеры, мобильные телефоны и т.д.). Отмечается бурный рост числа аллергических заболеваний.

Заболевания органов дыхания в настоящее время занимают четвертое место в структуре основных причин смертности населения. В настоящее время нет достаточных оснований рассчитывать на улучшение ситуации в ближайшей перспективе, поскольку темпы загрязнения воздуха и применения химических продуктов на производстве, в сельском хозяйстве и быту пока значительно опережают возможности оздоровления.

Также, существенное значение имеет позднее распознавание хронизации инфекции, поскольку на ранних этапах клинические и функциональные нарушения еще неярко выражены.

Исходя из актуальности нами сформулирована тема курсовой работы: «Роль медицинской сестры в лечении пациентов с заболеваниями органов дыхания».

Цель исследования проанализировать роль медицинской сестры в работе с пациентами с заболеваниями органов дыхания, изучить содержание, комплексность и индивидуальность реабилитации.

Объектом исследования: пациенты с заболеваниями органов дыхания.

Предмет исследования: Заболевания органов дыхания

## 1. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

### 1.1 Болезни органов дыхания и причины их развития

Органы дыхания подразделяются на воздухоносные пути и дыхательную часть.

К воздухоносным путям относятся носовая полость, гортань, трахея и бронхи; к дыхательной части относится паренхима легких - легочные альвеолы, в которых происходит газообмен.

Система органов дыхания обеспечивает поступление в организм кислорода, его попадание в кровь и выделение из организма углекислого газа.

Среди всех заболеваний, болезни органов дыхания регистрируются чаще всего.

Основные заболевания органов дыхания - бронхит, пневмония, хроническое обструктивное заболевание легких, бронхиальная астма, бронхоэктатическая болезнь, интерстициальные заболевания легких, респираторный дистресс-синдром, плеврит и тромбоэмболия легочной артерии.

Острые и хронические заболевания органов дыхания:

1. Фарингит.
2. Гайморит.
3. Синусит.
4. Фронтит.
5. Ринит.
6. Увеличение миндалин.
7. Бронхиальная астма.
8. Туберкулез.
9. Пневмония.
10. Бронхит.

11. Причины развития заболеваний органов дыхания

Инфекционная - всевозможные вирусы, бактерии, грибы, попадая в организм, могут вызывать воспалительные заболевания органов дыхания (бронхит, пневмонию).

Аллергическая - множество аллергенов (пыльцевые, пищевые, бытовые и т.д.), с которыми мы ежедневно контактируем, способствуют развитию бурной реакции организма на некоторые аллергены, и как следствие заболеваниям органов дыхания (бронхиальная астма).

Аутоиммунная - иногда в организме происходит сбой, и он начинает вырабатывать вещества, направленные против собственных клеток (идеопатический гемосидероз легких).

Наследственный фактор - предрасположенность к развитию некоторых заболеваний может заключаться в наследственном аппарате (генах). Наследственный фактор играет роль в развитии идиопатического фиброзирующего альвеолита.

Говоря о причинах развития заболеваний органов дыхания, нельзя не затронуть современный образ жизни. Курение, злоупотребление алкоголем, трудовголизм.

Многие относятся к категории «офисных» работников, которые целыми днями сидят на одном месте, в переполненных людьми кабинетах, дышат воздухом «из кондиционера», вдыхают в легкие взвешенные частицы красок, выделившихся в результате работы ксероксов и сканеров.

Если много людей длительно находится в одном помещении (особенно плохо проветриваемом), тогда существенно возрастает риск «подцепить» ОРВИ, бронхит или пневмонию. Стоит лишь кому-то одному прийти в офис больным, и все его сотрудники рискуют заболеть этим же заболеванием.

Кондиционер, который мы используем для охлаждения или обогрева воздуха, также способствует тому, что микроорганизмы размножаются и распространяются в

помещении, вызывая инфекционно-воспалительные заболевания (бронхит, пневмонию, ОРВИ) у офисных сотрудников.

Ксероксы и принтеры, которыми переполнены офисы, способствуют снижению защитных сил организма, провоцируют развитие аллергических заболеваний, бронхита и бронхиальной астмы.

## 1.2 Жалобы и порядок обследования больных с заболеваниями органов дыхания

Основными симптомами при заболеваниях органов дыхания

являются:

- одышка,
- кашель,
- выделение мокроты,
- кровохарканье,
- боль в грудной клетке.
- При заболевании легких часто наблюдается повышение температуры тела.

Одышка (диспноэ) - нарушение частоты, ритма и глубины дыхания с ощущениями недостатка воздуха или затруднения дыхания.

Одышка является выражением функциональной недостаточности легких, при этом происходит нарушение частоты, глубины и ритма дыхания. Виды одышки:

1. инспираторная одышка - затруднен вдох.

2. Экспираторная одышка -- выдох.

3. Встречается смешанная одышка. Она может быть временной (при острой пневмонии, пневмотораксе) и постоянной (при эмфиземе легких).

4. Внезапно развивающийся приступ тяжелой одышки (астма) может быть вызван отеком легких, спазмом мускулатуры мелких бронхов, спонтанным пневмотораксом, тромбозами сосудов малого круга кровообращения.

Существует несколько патологических видов нарушения ритма дыхания.

Дыхание Чейна--Стокса -- нарастающие, постепенно усиливающиеся дыхательные движения становятся редкими и поверхностными и на короткое время прекращаются совсем, а затем вновь усиливаются.

Дыхание Куссмауля -- продолжительные вдох и выдох, затем продолжительная пауза, после чего все повторяется.

Дыхание Биота -- чередование поверхностных частых ритмичных дыхательных движений и продолжительных пауз.

Кашель возникает из-за рефлекторного раздражения кашлевого центра, находящегося в головном мозге и служит для выделения бронхиального секрета.

Различают несколько видов кашля:

1. лающий, грубый -- при ларингите, ложном и истинном крупе;

2. мучительный сухой непрерывный -- при фарингите и трахеите, раке бронха, плеврите;

3. влажный -- при бронхитах, при пневмонии;

4. приступообразный, с закатываниями -- при коклюше;

5. приглушенный - при эмфиземе легких;

6. беззвучный кашель - при разрушении голосовых связок (туберкулез, сифилис)

гортани).

Характер кашля может меняться у одного больного на протяжении заболевания. Боль в грудной клетке чаще всего возникает при межреберной невралгии, миозите, ушибе грудной клетки, плеврите. Особенно тяжелая боль в груди может развиваться при тромбоэмболии легочных сосудов, пневмотораксе.

Бронхи и легочная ткань не имеют болевых рецепторов, поэтому не болят. Боль возникает при раздражении плевры, где имеется большое количество нервных рецепторов.

Кровохарканье -- одно из наиболее частых осложнений при туберкулезе легких и бронхоэктазах. При крупозной пневмонии и инфаркте легкого мокрота бывает ржавой, при раке легкого она часто приобретает вид малинового желе.

Кровохарканье нередко связано с заболеванием сердца (застойное легкое). Следует различать кровохарканье и кровотечение, при котором выделяется много алой крови вследствие разрыва крупных легочных сосудов. Возможно выделение крови из верхних дыхательных путей: носа, гортани, трахеи.

Мокрота (sputum) -- это патологическое отделяемое из дыхательных путей.

По количеству мокроты можно судить о распространенности процесса. При бронхите, некоторых формах пневмонии мокроты выделяется мало. При абсцессе легкого или бронхоэктазах мокрота выделяется полным ртом.

По своему характеру мокрота бывает:

Слизистая мокрота -- бесцветная (прозрачная), вязкая. Встречается при многих острых и хронических заболеваниях верхних и нижних дыхательных путей.

Гнойная (или гнилостная) мокрота содержит гной. Цвет мокроты -- жёлтый или зелёный. Чисто гнойная мокрота встречается, например, при прорыве абсцесса лёгкого в бронх.

Слизисто - гнойная мокрота возникает у людей с хроническими заболеваниями легких.

В течение заболевания мокрота может изменять свой характер.

Мокрота также может иметь неприятный запах, который на расстоянии не чувствуется. Зловонный запах мокроты зависит либо от распада ткани (гангрена, раковая опухоль) либо от разложения белков самой мокроты при задержке её в полостях (абсцесс, бронхоэктазы).

Повышение температуры тела - один из важных симптомов заболеваний органов дыхания. Высокая температура наблюдается при крупозной пневмонии. Гектическая, то есть с высоким размахом, может быть при абсцессе легкого. Туберкулез или рак легкого могут проявляться субфебрильной температурой.

Объективное обследование органов дыхания включает:

- 1) наружный осмотр лица, носа, шеи, грудной клетки;
- 2) осмотр глоточного кольца;
- 3) исследование дыхательных движений;
- 4) пальпацию;
- 5) перкуссию;
- 6) аускультацию;

- 7) рентгенологическое;
- 8) инструментальное;
- 9) функциональное;
- 10) клинико-лабораторное исследования.

Цианоз губ, лица, рук указывает на нарушение газообмена. (см. Приложение рис.3).

Гиперемия лица отмечается при пневмонии, бледность кожи -- при тяжелых, истощающих, хронических заболеваниях.

При пальпации определяют болевые точки на грудной клетке, частоту дыхательных движений (чдд), проведение голосового дрожания (плотно приложив ладони к грудной клетке ниже углов лопаток, просят пациента негромко сказать -- раз--два--три или тридцать три), в норме голосовое дрожание проводится одинаково с обеих сторон, если оно усилено -- уплотнена доля легкого, если оно ослаблено или не проводится -- жидкость в плевральной полости.

С помощью перкуссии определяют границы легких и участки патологических изменений. Наибольшее значение имеют следующие варианты перкуторного звука при исследовании легких:

- 1) тупой перкуторный звук возникает над уплотненной долей (сегментом) легкого (некоторые стадии крупозной пневмонии), большим скоплением жидкости (плеврит);
- 2) притуплённый звук появляется над уплотненным участком легкого (очаговая пневмония, опухоль);
- 3) коробочный звук бывает при увеличении воздушности легких (эмфизема), он напоминает звук, возникающий при постукивании пальцами по пустой картонной коробке;
- 4) тимпанический перкуторный звук возникает над участком легкого с гладкостенной полостью (абсцесс легкого после опорожнения от гноя, значительная каверна при туберкулезе).

При аускультации в норме выслушивается везикулярное дыхание (слышен вдох и начало выдоха), в патологии -- жесткое, бронхиальное (кроме межлопаточной области), амфорическое и саккадированное (прерывистый вдох) дыхание.

Большое значение для диагностики имеют хрипы, которые связаны с накоплением в бронхах мокроты, слизи. В этом случае воздух проходит с трудом, поэтому при аускультации определяется звук как при прохождении пузырьков воздуха через жидкость. Это влажные хрипы, которые могут быть крупнопузырчатыми, среднепузырчатыми и мелкопузырчатыми в зависимости от калибра бронхов.

Сухие хрипы возникают при набухании слизистой оболочки бронхов или при нахождении в них очень вязкой мокроты (бронхиальная астма, бронхиты). В зависимости от распространенности патологического процесса и калибра пораженных бронхов различают хрипы: свистящие, гудящие, жужжащие, рассеянные или на ограниченном участке.

При аускультации легких можно обнаружить шум трения плевры, который возникает при трении друг о друга листков плевры, вследствие патологических процессов ставшие шероховатыми, неровными или сухими. Такие изменения

происходят при воспалении, опухоли плевры, ее токсических поражениях (при уремии), обезвоживании организма.

Схема обследования пациента с патологией дыхательной системы

#### ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА

1. КАШЕЛЬ
2. ВЫДЕЛЕНИЕ МОКРОТЫ
3. ОДЫШКА
4. ПРИСТУПЫ УДУШЬЯ
5. КРОВОХАРКАНИЕ
6. БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ
7. ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА

#### АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ

1. ПРИЧИНЫ
2. НАЧАЛО ЗАБОЛЕВАНИЯ
- 3 ДИНАМИКА И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ БОЛЕЗНИ
4. ПРОВЕДЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
5. ДАННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЙ

#### Анамнез жизни

1. ФАКТОРЫ РИСКА
- 2 ПРОФЕССИЯ, УСЛОВИЯ РАБОТЫ
3. СОЦИАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ
4. ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ
5. АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ
6. НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ

#### НЕПОСРЕДСТВЕННОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА

#### ОСМОТР

общее состояние положение в постели

цианоз

одышка

форма пальцев и ногтей

форма грудной клетки

#### ПАЛЬПАЦИЯ

голосовое дрожание болезненные точки на грудной клетке

#### ПЕРКУССИЯ

перкуторный звук подвижность легочных нижних краев

границы легких

границы абсолютной тупости сердца

#### АУСКУЛЬТАЦИЯ

дистанционные хрипы

характер дыхания

бронхофония

хрипы (сухие, влажные)

шум трения плевры

## ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ

### 1. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ:

- а) рентгеноскопия;
- б) рентгенография (флюорография);
- в) томография;
- г) бронхография.

### 2. БРОНХОСКОПИЯ

### 3. СПИРОМЕТРИЯ

### 4. СПИРОГРАФИЯ

## ЛАБОРАТОРНЫЕ:

### 1. ОАК

### 2. ОА МОКР

- 3. Биохимическое исследование крови
- 4. Бактериологический анализ мокроты
- 5. Исследование мокроты на чувствительность к антибиотикам
- 6. Цитологическое исследование мокроты, экссудата

### 1.3 План сестринского ухода за больными

На этом этапе сестринского процесса медсестра составляет план сестринского ухода с мотивацией своих действий. При этом медицинская сестра должна руководствоваться стандартами сестринской практики, которые рассчитаны на работу в типичной ситуации, а не с отдельным пациентом.

От медсестры требуется умение гибко применять стандарт в реальной ситуации. Она имеет право дополнить план действий, если она сможет аргументировать вносимые дополнения.

Реализация плана сестринских вмешательств

Цель медицинской сестры на данном этапе обеспечить соответствующий уход за пациентом, провести обучение и консультирование по необходимым вопросам.

Медицинская сестра должна помнить, что все сестринские вмешательства основаны:

- На знании цели.
- На индивидуальном подходе и безопасности.
- Уважении к личности.
- Поощрения пациента к самостоятельности.

Существует три категории сестринского вмешательства.

Выбор категории определяется нуждами пациентов, предписаний врача и под его наблюдением.

Независимое сестринское вмешательство предусматривает действия, осуществляемые медсестрой по собственной инициативе, руководствуясь собственными соображениями, без прямого требования со стороны врача. Например, обучение пациента гигиеническим навыкам, организация досуга пациента и др.

Взаимозависимое сестринское вмешательство предусматривает совместную деятельность сестры с врачом, а также с другими специалистами.

Зависимое сестринское вмешательство, такое как выполнение назначений врача.

При всех типах взаимодействия ответственность сестры исключительно велика.

Этапы

План сестринских мероприятий

1. Обследование пациента и сбор информации о состоянии здоровья.

Необходимо установить психологический контакт с пациентом, заручиться его доверием, ободрить пациента, создать у него хорошее настроение. В значительной мере это достигается в тех случаях, когда пациент ощущает участие медицинской сестры в его судьбе, видит внимание, заинтересованность и желание прийти ему на помощь. Медицинская сестра должна умело, осторожно и в деликатной форме проводить расспрос.

2. Определение проблем пациента и формулировка сестринского диагноза.

Проблемами пациента с заболеваниями органов дыхания являются:

\* кашель с мокротой (приступ кашля может провоцироваться изменением положения тела); \* одышка (при физической нагрузке или в покое, обусловленная хронической обструктивной болезнью легких)

\* кровохарканье, пугающее больного (наблюдается преимущественно в фазу обострения или после физических нагрузок) При обострении процесса пациенты предъявляют жалобы на слабость, недомогание, снижение аппетита, потливость, субфебрильную температуру, тупые боли в грудной клетке на вдохе, что свидетельствует об интоксикационном синдроме.

3. Планирование сестринского ухода.

Устранить симптомы заболевания, обеспечить полноценный уход и наблюдение за пациентом, предотвратить ухудшение состояния пациента.

4. Реализация сестринского ухода.

При кашле с мокротой: больного необходимо обеспечить индивидуальной плевательницей, заполненной на 1/4 дезинфицирующим средством, обучить гигиене кашля, рекомендовать занимать дренажные положения 3-4 раза в день по 30 минут (поза «ищущего тапочки под кроватью», положение Квинке).

При одышке: обеспечить пациенту психо-эмоциональный и физический покой, возвышенное положение головного конца кровати, доступ свежего воздуха, кислородотерапию, выполнение врачебных назначений. сестринский уход дыхание заболевание

При боли в грудной клетке: положение на больном боку.

При кровохарканье: пациента необходимо обеспечить индивидуальной плевательницей, заполненной на 1/4 дезинфицирующим средством, обучить гигиене кашля, обеспечить прием кровоостанавливающих средств в соответствии с врачебными назначениями.

5. Оценка эффективности оказанной помощи.

Медицинская сестра должна осуществлять динамическое наблюдение за пациентом, оценивать изменения в состоянии здоровья через определенное время и фиксировать результаты в сестринской истории болезни.