

НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНА КАРТА

Предмет з медсестринства у внутрішній медицині

Для III курсу сестринська справа

відділення

Заняття № 8 Практичне

Теоретичне

Тема заняття: Хвороби серцево – судинної системи. Гостра і хронічна серцева недостатність.

Мета заняття

а) **навчальна** Оволодіти методикою огляду хворих з гострою та хронічною серцевою недостатністю, атеросклерозом, аналізу клінічних симптомів, синдромів, даних додаткових методів обстеження.

б) **виховна** Виховати відчуття відповідальності до обраної професії, чуйне ставлення до пацієнтів.

Міжпредметні зв'язки:

а) **які забезпечують інші предмети** анатомія, фізіологія.

б) **які забезпечуються іншими предметами:** кардіологія, хірургія.

Забезпечення заняття:

а) **наочні посібники** хворі, історії хвороби, таблиці, бланки аналізів, лікарські препарати.

б) **технічні засоби навчання** термометр, температурний лист, пінцет, лоток з ватними кульками, тонометр.

в) **роздатковий матеріал** інструктивні картки, алгоритми, картки тестового контролю, задачі.

г) література:

основна Н. М. Середюк «Внутрішні хвороби» ст..398-417.

додаткова В. С. Тарасюк «Алгоритми з практичних навичок»

д) **місце проведення заняття** стаціонар, учбова кімната.

	Хвороби серцево – судинної системи. Гостра та	
	хронічна серцева недостатність.	
	ПЛАН:	
	1. Суб'єктивне і об'єктивне обстеження хворих із	
	тема. захворюваннями.	
	2. Визначення клінічних симптомів і синдромів.	
	3. Ознайомлення з даними лабораторних дослі-	
	джень, їх аналіз.	
	4. Ознайомлення з основними групами лікарських	
	засобів і способами їх застосування. Виписування	
	рецептів. Виконання призначень лікаря.	
	5. Здійснення догляду за хворими з серцевою не-	
	достатністю.	

Інструктивна карта
для проведення практичного заняття
З медсестринства у внутрішній медицині № 8, 4 год (академічних години)
для III курсу сестринська справа відділення

I. Тема: Хвороби серцево – судинної системи. Гостра і хронічна серцева недостатність.

II. Мета: студенти повинні (відповідно кваліфікаційній характеристиці)
знати:

1. Етіологія захворювання.
2. Клінічну картину захворювання.
3. Дані лабораторних м – дів дослідження.
4. Методи лікування серцевої недостатності.

уміти:

1. Обстежити хворого з серцевої недостатністю.
2. Визначити клінічні синдроми і симптоми х – би.
3. Аналізувати дані лабораторних досліджень.
4. Виписувати рецепти.

III. Обладнання:

Тонometr, фонендоскоп.

IV. Питання для повторення:

1. Догляд за хворими з серцевою недостатністю.
2. Яке положення пацієнта при гострій та хронічній недостатності.

V. Хід роботи:

1. Обстеження хворого з серцевою недостатністю.
2. Аналіз клінічних симптомів і синдромів.
3. Аналіз даних лабораторних досліджень.
4. Призн. лікув., виписув. рецептів.

ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМ З ГОСТРОЮ СУДИННОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

До лікувальних заходів, що проводяться при шоці на дошпитальному етапі, відносяться: 1) за необхідності — тимчасова зупинка кровотечі, відновлення прохідності дихальних шляхів, накладання асептичних пов'язок на поверхневі рани, при зупинці серця — зовнішній масаж серця або електрична дефібриляція в поєднанні зі штучною вентиляцією легенів; 2) знеболення місць переломів, травм шляхом введення новокаїну та іммобілізація транспортними шинами; 3) введення анальгетиків, а при тяжкому шоці — наркоз; 4) інфузійна терапія плазмозамінниками, введення серцево-судинних та антигістамінних препаратів; 5) введення глюкокортикоїдів у великих дозах; 6) проведення оксигенотерапії.

У стаціонарі надання допомоги полягає в якомога швидшій оцінці ступеня тяжкості шоку. При шоці I ступеня основним є запобігання переходу його у II та III ступінь. Для цього хворому забезпечують абсолютний спокій, здійснюють блокаду шляхів проведення аферентних імпульсів, установлюють необхідний кисневий режим. Для знеболення звичайно використовують новокаїнові блокади, промедол (внутрішньовенно 0,5—1 мл 2 % розчину), фентаніл. Початкова доза наркотичних анальгетиків повинна бути зменшена вдвічі через можливе пригнічення дихання. Анальгетики доцільно поєднувати з транквілізаторами (5—10 мг сибазону), натрію оксибутиратом (20—40 мг/кг).

Найефективнішим методом боротьби з болем є нейролептаналгезія (1 мл фентанілу + 2 мл дроперидолу). Для екстреного знеболення можна використовувати кетамін (1 мг/кг внутрішньовенно). Гіповолемію усувають шляхом введення колоїдних розчинів у поєднанні з кристалоїдами та буферними розчинами (1600—1500 мл внутрішньовенно). Необхідно вводити також натрію гідрокарбонат (не менше як 1 ммоль/кг на I год), трисамін (2 мл/кг на 1 год).

Лікування при шоці II, III ступенів спрямоване на відновлення функцій нервової системи, ліквідацію розладів кровообігу та інших порушеного обміну речовин, іонного балансу та кислотно-основного стану. Починають лікування з введення 1200 мл поліглюкіну, 1800 мл желатинолю, 1500 мл кристалоїдів, включаючи не менше як 2 ммоль/кг на 1 год натрію

гідрокарбонату. Швидкість інфузії при цьому збільшується до 100 мл/хв. При розвитку шоку III ступеня вливають струминно внутрішньовенно 2 л колоїдних розчинів та білкових плазмозамінників, 1,5—2 л кристалоїдів. Натрію гідрокарбонат вводять у дозі до 3 ммоль/кг на 1 год. Об'ємна швидкість інфузії 100 мл/хв.

Для відновлення регулюючої функції гіпоталамо-гіпофізарної системи призначають великі дози глюкокортикостероїдів (дексаметазон 30—60 мг, гідрокортизон 1—1,5 г, преднізолон — 200—300 мг, солюмедрол — 250 мг).

З метою корекції метаболічних порушень, особливо енергетичного обміну, вводять глюкозу (60—100 мл 40 % розчину, при цьому на кожні 4 г глюкози додаємо 1 ОД інсуліну).

При значних ушкодженнях м'яких тканин проводять дезінтоксикаційні заходи, які досягаються стимуляцією діурезу, вливанням великої кількості рідини (за схемою, описаною вище). Для стимуляції діурезу може бути використаний маніт під контролем щогодинного діурезу та центрального венозного тиску.

Периферичні вазоконстриктори використовують тільки після поповнення об'єму циркулюючої крові. Їх вводять у великому розведенні (1—2 мл на 400 мл 5 % розчину глюкози) до досягнення ефекту. Обґрунтованим є введення препаратів, що розширюють судини нирок, серця, мозку, збільшують діурез, скоротливу здатність міокарда. Такою дією володіє дофамін у мікродозах (2 мкг/кг на 1 хв).

ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ З ГОСТРОЮ СУДИННОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ.

Гостра судинна недостатність клінічно проявляється непритомністю, колапсом і шоком .

Непритомність – це найпоширеніший і легкий прояв гострої судинної недостатності внаслідок короткочасного раптового малокрів'я головного мозку. При цьому хворий непритомніє.

Непритомність минає переважно самостійно, але для прискорення цього процесу необхідно покласти потерпілого в горизонтальне положення, трохи підняти ноги, щоб збільшити приток крові до головного мозку, звільнити від тісного одягу, розстібнути комір, послабити ремінь, забезпечити доступ свіжого повітря. Доцільно окропити лице і груди холодною водою, дати йому понюхати ватку, змочену нашатирним спиртом, зігріти ноги грілками або розтерти рушником. Коли хворий прийде до тями, не потрібно поспішати піднімати його. Якщо дозволяють умови, дати випити гарячого чаю чи кави. Після того допомогти йому сісти і, за умови задовільного самопочуття, встати.

Необхідно пам'ятати, що *непритомність може бути проявом тяжкого захворювання*, за якого хворий потребує термінової допомоги. Це зобов'язує медичного працівника ретельно оглянути хворого, розпитати його про самопочуття, визначити пульс, його частоту, напруження, артеріальний тиск.

Гостра судинна недостатність

Можливі проблеми пацієнта	Сестринські втручання у зв'язку з проблемами
Наявні, актуальні	
1. Короткочасна непритомність	<p>1. Покласти потерпілого в горизонтальне положення, трохи підняти ноги, щоб збільшити приплив крові до головного мозку, звільнити від тісного одягу, забезпечити доступ свіжого повітря, дати понюхати ватку, змочену нашатирним спиртом, окропити лице і груди холодною водою.</p> <p>2. Коли пацієнт опритомніє, не поспішати підіймати його. Дати йому випити гарячого чаю чи кави.</p> <p>3. Виміряти пульс, його наповнення, напруження та артеріальний тиск.</p> <p>4. Допомогти сісти і, за умови задовільного самопочуття, встати.</p> <p>5. Поговорити з пацієнтом, пояснити, що непритомність може бути проявом захворювання, при якому хворий потребує допомоги, тому пацієнта направити на обстеження до лікаря.</p>
\\Потенційні	
1. Можлива повторна непритомність	1.Обов'язково звернутися до лікаря для виявлення причин непритомності, проведення лікування основного захворювання.

План сестринського догляду
 Прізвища Ім'я по батькові Васюта Петро Сергійович
 Відділення терапевтичне
 № палати 6

<i>Дата</i>	<i>Проблеми пацієнта</i>	<i>Мета (очікуваний результат)</i>	<i>Сестринські втручання (дій медсестри)</i>	<i>Періодичність, Кратність, Частота оцінки</i>	<i>Кінцева дата Досягнення мети</i>	<i>Підсумкова оцінка ефективності догляду</i>
20.02 2000	\ Наяв ні непритомність	Короткотермінова 1. пацієнт не готовий до несподіванок	1. провести бесіду з пацієнтом, і виявити причину цього захворювання. 2. Спілкуючись з пацієнтом, розповісти про суть захворювання. 3. Порекомендувати приймати відвари або настої заспокійливих трав 4. Пояснити родичам що хворий потребує спокійної атмосфери та спокійних стосунків	Кожного дня протягом усього періоду лікування у стаціонарі	25.02 2000	Пацієнт Оптимістичніше Ставиться до життя
		\ Довго термінова	1 Провести бесіду з пацієнтом використавши при цьому його ж стан щоб довести шкідливий вплив на організм паління та вживання алкоголю. 2. Навчити правильного режиму щодо фізичного навантаження та відпочинку.	Кожного дня до виписки із стаціонару	26.02. 2000	Пацієнт Не палить Непритомності Ще не було.

Погоджено з лікарем, який лікує пацієнта:

Медична сестра(підпис)

Лікар(підпис)

План сестринського догляду.
Гостра судинна недостатність.

П.І.П.
Відділення
№ палати

Дата	Проблеми пацієнта	Мета(очікуваний результат)	Медсестринські втручання (дії медсестри)	Періодичність, кратність, частота оцінки	Кінцева дата досягнення мети.	Підсумкова оцінка ефективності дог.
25.04. 2005	Раптова різка слабкість, адинамія	Пацієнт буде почувати себе значно краще	Покласти пацієнта в горизонтальне положення з опущеною головою. Вислуховувати уважно пацієнта	1 раз в 5-6 днів	25.05.05 р.	Загальний стан значно поліпшився
25.04. 2005	Головний біль	Хворий видужає	Провести бесіду Про необхідність дотримання постільного режиму та всіх призначень. Заспокоїти пацієнта, сказати що це все тимчасово.	3-4 р. на день до зниження головного болю	8.05.05 р.	Головного болю немає
25.04. 2005	Ризик виникнення ускладнень	Зменшити ризик розвитку	Провести бесіду з пацієнтом про ризик розвитку ускладнень	Кожного дня протягом всього періоду лікування у стаціонарі	15.05.05р.	Ризик виникнення ускладнень минув, пацієнт відчуває себе добре

**ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМ З ГОСТРОЮ
СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ**

Гостра серцева недостатність розвивається внаслідок порушення скоротливої здатності міокарда, зменшення систолічного і хвилинного об'єму серця. Вона виникає внаслідок перевантаження серцевого м'яза, при кардіосклерозі, гіпертонічній хворобі, вадах серця, інфаркті міокарда та ін.

Гостре порушення скоротливої здатності міокарда лівого шлуночка призводить до того, що він не в змозі перегнати в аорту всю кров, яка надходить з лівого передсердя, внаслідок чого розвивається застій крові у лівому передсерді та малому колі кровообігу.

Найважливішим симптомом гострої серцевої недостатності є напад ядухи — **серцевої астми**.

Клініка серцевої астми досить характерна. Напад ядухи найчастіше починається вночі. У хворого виникає відчуття нестачі повітря, яке супроводжується страхом смерті. Він не може лежати, приймає вимушене положення, сідає, опустивши ноги і упирається руками у ліжко. Хворий збуджений, ловить повітря ротом, вираз обличчя страждальний. Шкіра обличчя, шиї, грудей, спини бліда, нерідко з сіруватим відтінком, у разі тривалого нападу стає синюшною, покрита краплями поту. Голова хворого нахилена вперед, м'язи плечового поясу напружені, надключичні ямки згладжені, грудна клітка розширена, міжребер'я втягнуті, на шиї виступають набухлі вени. Дихання прискорене (30—40 за 1 хв), утруднене, особливо вдих, іноді дихання супроводжується стогоном. Напад може супроводжуватись кашлем, харкотинням, нерідко з домішками крові. Перкуторно відчутний дещо скорочений звук у нижніх відділах.

Аускультативно — численні незвінкі дрібно- та середньо-пухирчасті хрипи над нижніми відділами легень.

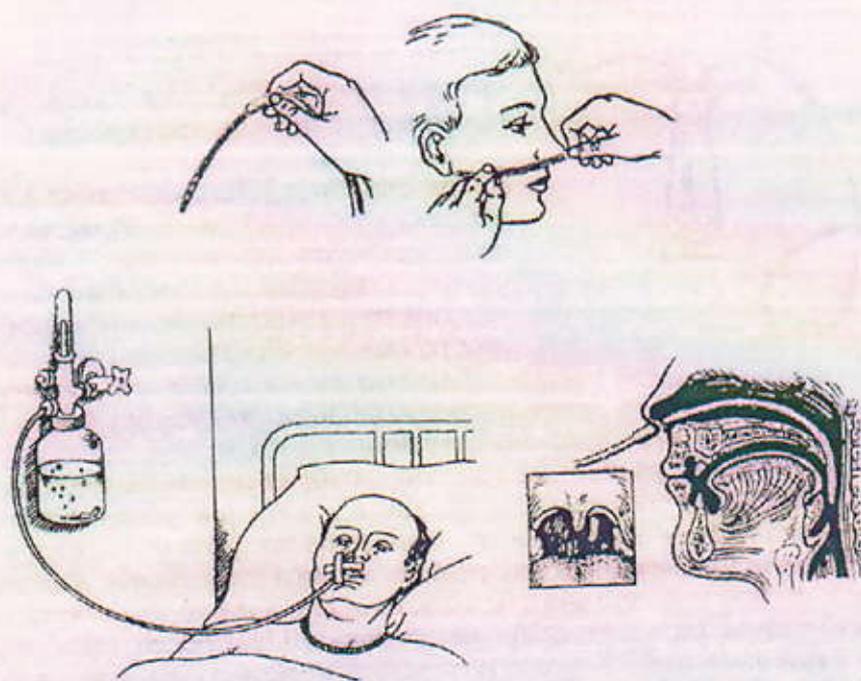
За наявності нападу ядухи медична сестра повинна негайно вирішити, серцева це чи бронхіальна астма, оскільки від цього залежить, яких лікувальних заходів треба вжити.

Під час нападу серцевої астми хворому необхідно створити максимальний спокій, він не транспортабельний. Медична сестра допомагає йому прийняти зручне сидяче положення з опущеними ногами, налагоджує постійні інгаляції кисню, обов'язково треба забезпечити доступ свіжого повітря.

Крім того, медична сестра повинна дати хворому нітрогліцерин під язик. Нітрогліцерин зменшує тиск у легеневій артерії і поліпшує роботу серця.

До стоп прикладають грілку, до гомілок гірчичники, на стегна накладають джгути. Під керівництвом лікаря медична сестра вводить хворому необхідні лікарські засоби.

Найтяжчим ускладненням гострої серцевої недостатності є **набряк легенів**. Він виникає при тих самих захворюваннях, при яких

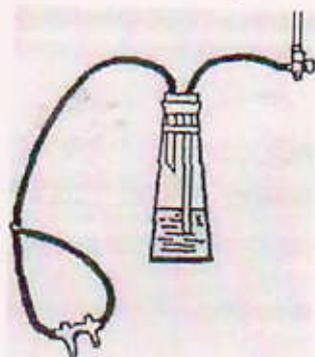


Подача кисню через носовий катетер

спостерігається і серцева астма (атеросклеротичний кардіосклероз, гіпертонічна хвороба, інфаркт міокарда, вади серця, гострий нефрит та ін.). Крім того, набряк легенів може виникати у разі гострих отруєнь, черепно-мозкової травми та порушеннях мозкового кровообігу, пневмонії, раку легенів і обтурації дихальних шляхів, анафілактичного шоку, після операцій, а також у термінальних станах.

Набряк легенів розвивається переважно вночі, під час сну, або вдень, під час фізичного навантаження чи хвилювання.

Набряк легенів починається так само, як і серцева астма. Хворий відчуває страшенну ядуху, нерідко зі стискаючим болем у грудній клітці. Дихання різко прискорене, на відстані чути клокотливі хрипи, частий кашель із виділенням великої кількості світлого або рожевого пінистого харкотиння. У тяжких випадках пінисте харкотиння тече з рота і носа. Наростає ціаноз шкіри і слизових оболонок, набухають вени шиї, шкіра покривається холодним липким потом. Під час аускультатії легенів



Апарат Боброва

вислуховується велика кількість різнокаліберних вологих хрипів. ЧСС нерідко до 140—150 за 1 хв. АТ знижується. Під час тривалого набряку легенів АТ падає, пульс важко простежити. Дихання стає поверхневим. У хворого не вистачає сили відкашляти мокротиння, ядуха прогресує і настає смерть.

Клінічні ознаки набряку легенів найчастіше наростають бурхливо і потребують енергійних терапевтичних заходів,

Як і при серцевій астмі, хворому з набряком легенів необхідно створити максимальний спокій, він не т р а н с п о р т а б е л ь н и й. Медична сестра допомагає йому прийняти зручне сидяче положення з опущеними ногами, забезпечує доступ свіжого повітря, звільняє від тісного одягу, налагоджує постійні інгаляції кисню. Застосовує піногасники. Найпростіший з них — пари спирту: 96 % спирт наливають замість води у зволожувач (апарат Боброва), через який пропускають кисень (мал. 23). Хворий дихає парами спирту з киснем через носовий катетер. Іноді змочену спиртом вату вкладають під кисневу маску. Активнішим «піногасником» є антифомсилан, який у вигляді 10 % розчину заливають у зволожувач.

Стійку піну можна відсмоктати з дихальних шляхів катетером, з'єднаним із відсмоктувачем. Одночасно медсестра терміново викликає лікаря і визначає артеріальний тиск. Крім того, слід дати хворому 1 таблетку нітрогліцерину під язик. Нітрогліцерин зменшує тиск у легеневій артерії.

До стоп прикладають грілку, до гомілок гірчичники. Далі медична сестра виконує всі призначення лікаря. Для зменшення перевантаження серця хворого венозною кров'ю, на кінцівки накладають джгути або манжетки від тонометра. Одночасно можна накласти їх на три кінцівки. Через кожні 15 хв. потрібно знімати один із них і перекладати на вільну кінцівку. Знімають джгути поступово, а не одночасно на всіх кінцівках. Медична сестра повинна мати високу професійну майстерність, неабияку витримку і здатність швидко реагувати в екстрених ситуаціях.

Усунувши набряк легенів, напад серцевої астми, хворого транспортують у кардіологічний стаціонар, а за його відсутності — у терапевтичне відділення, в палату інтенсивної терапії.

Під час транспортування хворий перебуває у напівсидячому положенні під постійним наглядом медичного працівника. Потрібно пам'ятати, що після виведення хворого зі стану нападу його не можна залишати без нагляду, оскільки набряк легенів може повторитися ще раз у тяжчій формі.

Такого хворого поміщають у блок інтенсивної терапії на функціональне ліжко і надають йому підвищеного положення. Медичні працівники уважно спостерігають за хворим безперервно, цілодобово, зокрема, за виразом і кольором його обличчя, ритмом дихання, поведінкою тощо. Помітивши зміни, терміново доповідають черговому лікарю.

Велике значення має догляд за хворим, особливо годування, загальногігієнічні заходи, забезпечення фізіологічних відправлень. Потрібно сприяти своєчасному випорожненню кишок. Дають проносні засоби, а за необхідності роблять очисні клізми. Важливим є забезпечення нормального діурезу: якщо хворий самостійно не може випорожнити сечовий міхур, застосовують катетер. Потрібно старанно доглядати за шкірою хворого. Дуже важливим є утримання тіла хворого в чистоті. Мається на увазі чистота не лише шкіри, а й волосся, нігтів, вух, носа, порожнини рота.

Хворий перебуває на постільному режимі, тому йому допомагає медсестра. Щоранку треба дати хворому вмитися, а перед кожним прийманням їжі — вмити руки. Гігієнічний догляд за шкірою тулуба, ніг проводять відповідно до загальногігієнічних правил. Потрібно підмивати хворого, міняти натільну та постільну білизну по мірі її забруднення, а також робити профілактику пролежнів.

Для успішного лікування хворого необхідне правильне харчування (дієта № 10). Обмежують кількість рідини (до 300—600 мл на добу) і солі до 2—6 г на добу. Не треба переїдати. Їжа повинна бути такою, що легко перетравлюється і не спричиняє здуття кишок. Потрібно уживати достатню кількість вуглеводів, вітамінів, фруктів. Випорожнення мають бути щоденними.

Потрібно дбати про загальний психічний стан хворого: усувати збудливі та пригнічувальні моменти (шум у палаті, хвилюючі розмови, перебування в одній палаті з умираючим хворим). У разі безсоння дають снодійні та заспокійливі засоби.

Гостра серцева недостатність

Можливі проблеми пацієнта	Сестринські втручання у зв'язку з проблемами
I. Наявні, актуальні	
1. Напад ядухи	<ol style="list-style-type: none"> 1. Створити хворому максимальний спокій. Допомогти йому зручно сісти з опущеними ногами. Забезпечити доступ свіжого повітря 2. Негайно дати хворому нітрогліцерин під язик пам'ятаючи, що нітрогліцерин зменшує тиск у легеневій артерії і поліпшує роботу серця 3. Негайно викликами лікаря. Налаштувати постійні інгаляції кисню, під керівництвом лікаря накласти на стегна манжетки від тонометра. Нагнітаючи повітря, стискають тканини стегна з силою, дещо вищою за діастолічний тиск, при цьому зберігається надходження крові до ніг, але затримується її відродження. Ввести необхідні лікарські засоби згідно з призначеннями лікаря
2. Суворий постільний режим	<ol style="list-style-type: none"> 1. Забезпечити постійний нагляд медичної сестри за хворим 2. Забезпечити необхідний догляд за хворим (див."Догляд за хворим на гостру серцеву недостатність")
II. Потенційні	
1. Можливе повторне виникнення нападу ядухи	<ol style="list-style-type: none"> 1. Пояснити пацієнту, що він повинен виконувати всі рекомендації лікаря як щодо лікування, так і дотримання певного режиму, погодитись з певними обмеженнями

**ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМ З
ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ
НЕДОСТАТНІСТЮ**

В основі хронічної серцевої недостатності лежить недостатність скоротливої функції міокарда, зниження хвилинного об'єму крові, що в свою чергу пов'язане з біохімічними і дистрофічними змінами робочих м'язів серця.

Серцева недостатність може бути спричинена вадами серця, гіпертонічною хворобою, кардіосклерозом, гострою та хронічною ішемічною хворобою серця, анемією та іншими захворюваннями.

Розрізняють три стадії хронічної серцевої недостатності: у хворих з *I стадією* немає помітного застою крові як у великому, так і в малому колі кровообігу, виявляється вона лише під час фізичних напружень у вигляді задишки і серцебиття. У хворих з *II стадією* відзначаються помірно виражені застійні явища в легенях і печінці, а також периферичні набряки, які зникають у стані спокою і під час лікування. Хворі з *III стадією* серцевої недостатності вимушені лежати у ліжку. У них розвиваються значні функціональні і дистрофічні зміни, стійкі набряки, асцит, гідроторакс, анасарка, випітний перикардит, збільшена печінка, може бути цироз серця.

Чим раніше у хворого розпізнають декомпенсацію серця, тим успішнішим буде лікування. Як тільки у хворого виникає ядуха під час фізичного навантаження, зменшується виділення сечі або з'являються набряки на ногах, його відразу ж слід укласти в ліжку і забезпечити цілковитий спокій, поки не зникнуть набряки і не припиниться ядуха. У легких випадках для відновлення компенсації серця досить повного відпочинку.

Хворі з хронічною серцевою недостатністю I стадії працездатні, але вони мають перебувати під диспансерним наглядом і періодично проходити курс медикаментозного лікування.

За недостатності кровообігу II і III ступеня хворі, як правило, дотримують суворого постільного режиму. Ліжка має бути зручним і м'яким. Кровообіг у шкірі таких хворих сповільнений, що призводить до виникнення пролежнів. Через це треба дбати, щоб на простирадлі не було складок, під сідниці підкласти гумовий круг, зверху прикрити простирадлом (мал.29).

Спину хворого щодня необхідно розтирати горілкою чи камфорним спиртом. Під спину і голову хворого треба підкласти кілька подушок.

Якщо хворий через ядуху змушений сидіти, слід підголівник функціонального ліжка або в головах підкласти косинець, обтягнутий полотном. Деяким хворим стає легше, коли їх посадити у зручне м'яке крісло. Якщо крісла з підлокітниками немає, то хворого можна посадити впоперек ліжка, підклавши під спину достатню кількість подушок, а під ноги — маленьку табуретку.

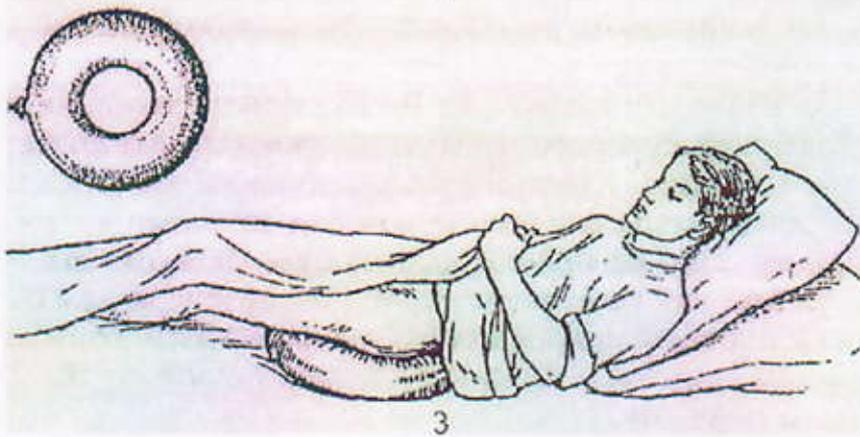
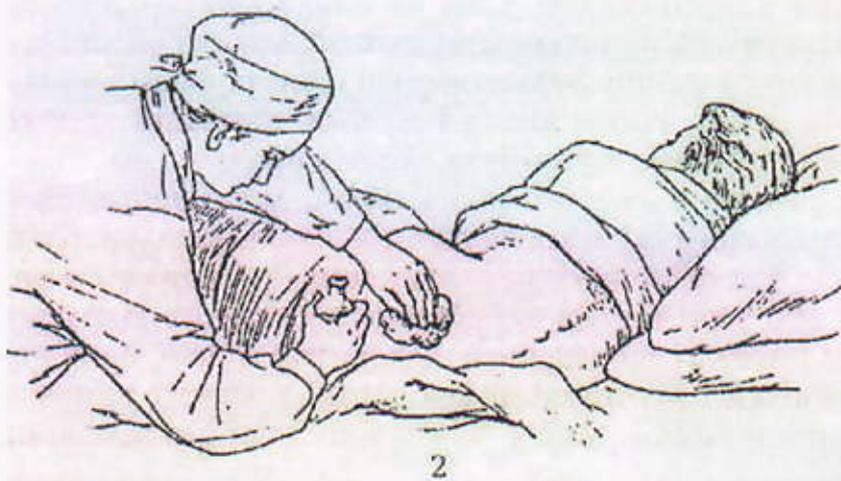
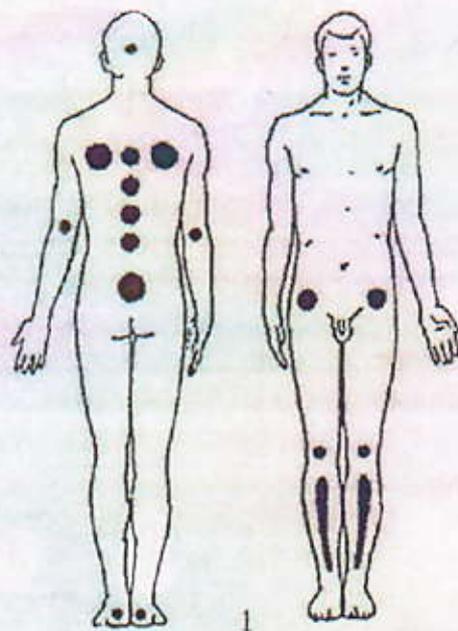
Потрібно ретельно доглядати шкіру хворого. Догляд за волоссям, очима, носом, вухами та порожниною рота проводиться за загальними правилами.

У разі набряків шкіра на ногах стає тонкою і сухою. Кожна, навіть невелика, подрипина може призвести до просочування набрякової рідини. Шкіра мацерується і ранки інфікуються, зокрема стрептококовою інфекцією — на ногах виникає бешиха. Тому суху шкіру ніг треба змащувати вазеліном. При значних набряках місце щільного стикання шкіри обох ніг присипають крохмалем чи тальком.

Кожного хворого з декомпенсацією серця треба періодично зважувати. Зменшення маси тіла свідчить про зменшення набряків. Потрібно виміряти добову кількість сечі — збільшення чи зменшення діурезу відповідає поліпшенню чи погіршенню стану хворого (мал. 30).

Для успішного лікування хворих необхідним є правильне харчування (дієта № 10). Хворим значно обмежують кількість рідини (до 300—600 мл на добу) і солі до 2—6 г на добу.

- Догляд за шкірою і
профілактика пролежнів:
- 1 — місце локалізації пролежнів;
 - 2 — протирання шкіри
дезінфікуючим розчином;
 - 3 — правильне положення
гумового круга



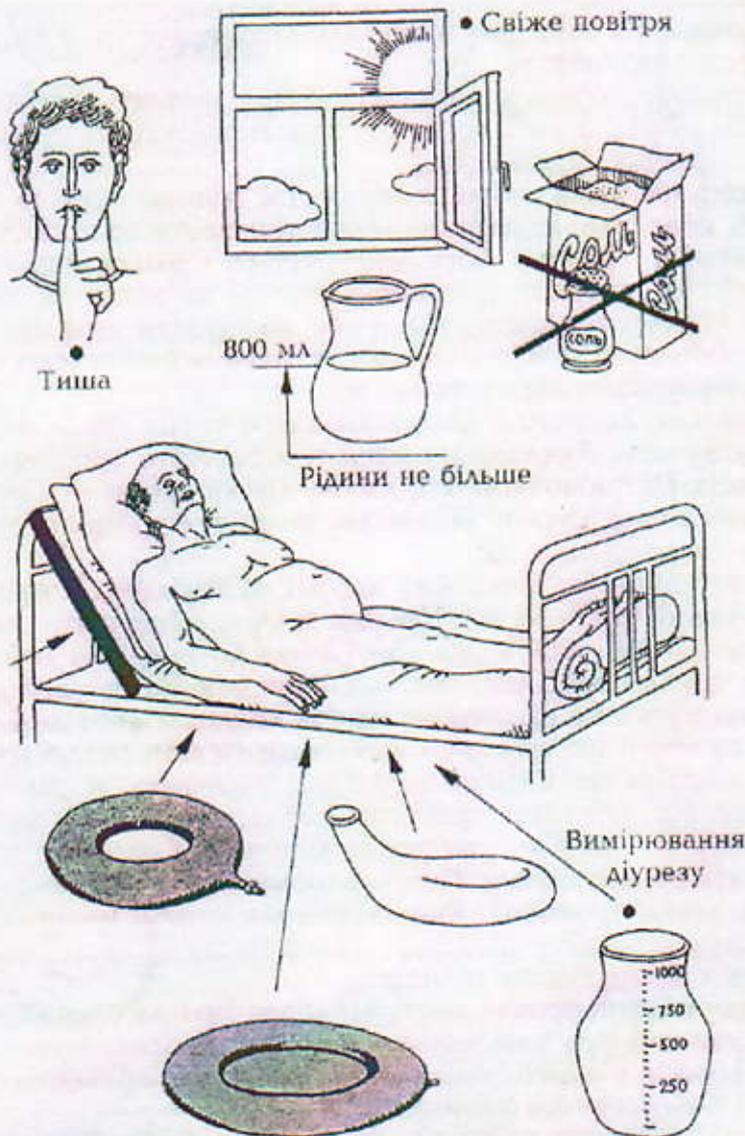
Не треба переїдати, їжа має бути такою, що легко перетравлюється і не спричиняє здуття кишок. Необхідно виключити азотисті екстрактивні речовини (м'ясні бульйони), прянощі і солодощі. Страви подають у вареному та запеченому вигляді. Слід уживати достатню кількість вітамінів, фруктів.

Випорожнення мають бути щоденними. У разі їх відсутності ставлять очисні клізми. При значному здутті живота і закрепі дають легке проносне. Випорожнення кишок не лише зменшує здуття живота, поліпшує самопочуття хворого, але й виводить з калом багато рідини.

Медичний персонал повинен дбати про загальний психічний стан хворого: слід усувати збудливі та пригнічувальні моменти (гамір у палаті, хвилюючі розмови, перебування у одній палаті з умираючим хворим).

У разі безсоння призначають снодійні. Слід дбати про чистоту, провітрювати палати. Ефективним є застосування зволоженого кисню у вигляді інгаляцій або кисневих палаток.

У ставленні до хворих з хронічною серцевою недостатністю медична сестра повинна виявляти особливу повагу, підтримувати у них почуття гідності і утвердити у них віру в поліпшення стану їхнього здоров'я.



Хронічна серцева недостатність

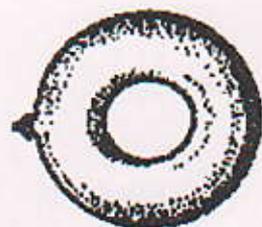
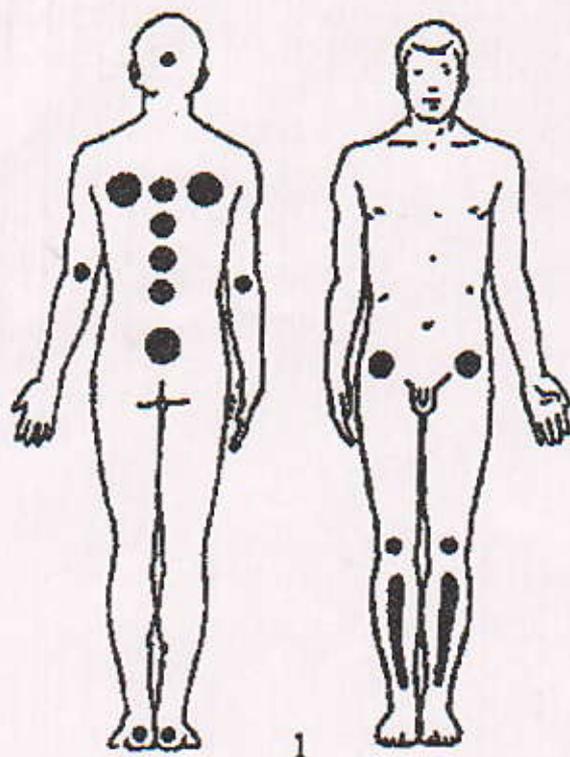
Можливі проблеми пацієнта	Сестринські втручання у зв'язку з проблемами
I. Наявні, актуальні	
1. Задишка і тахікардія	<ol style="list-style-type: none"> 1. Надати хворому зручного положення у ліжку (напівсидячи) або посадити у зручне м'яке крісло. 2. Своєчасно виконувати всі призначення лікаря. 3. Проводити часте провітрювання палати, давати зволожений кисень. 4. Спілкуватися з хворим, відволікаючи від сумних думок, уселяти надію на поліпшення стану, навести приклад пацієнта з позитивною динамікою.
2. набряки на ногах, тулубі	<ol style="list-style-type: none"> 1. Пояснити хворому, що він не повинен вживати багато рідини, надмірне вживання рідини збільшує навантаження на серце та збільшує набряки. 2. У харчовому раціоні обмежити вживання солі до 3 г. Стежити, щоб хворий отримував тільки той раціон, який йому призначений. 3. Стежити за щоденними випорожненнями, у разі затримки — ставити очисну клізму. 4. Вимірювати добовий діурез. 5. Проводити профілактику пролежнів. 6. Хворого періодично зважувати. 7. Давати сечогінні засоби. 8. Рекомендувати хворому діету № 10. їжа має бути такою, що легко засвоюється, обмежити м'ясні страви, солодощі. Включати продукти, багаті на солі калію (картоплю, капусту, курагу, інжир, печені яблука, петрушку, кріп тощо)
3. Поганий сон	<ol style="list-style-type: none"> 1. Створити спокійну атмосферу, доступ свіжого повітря, дати заспокійливі засоби (відвар валеріани, собачої кропиви, меліси), за необхідності — снодійні.
II. Потенційні	
1. Можливі пролежні	<ol style="list-style-type: none"> 1. Проводити заходи, спрямовані на профілактику пролежнів.
2. Можливе виникнення гострої серцевої недостатності	<ol style="list-style-type: none"> 1. Повноцінне лікування. Хворому слід уникати психоемоційного та фізичного перевантаження. Забезпечити систематичний лікарський контроль



Мал. 30. Догляд за хворим з хронічною серцевою недостатністю

Мал. 29. Догляд за шкірою і профілактика пролежнів:

- 1 — місце локалізації пролежнів;
- 2 — протирання шкіри дезінфікуючим розчином;
- 3 — правильне положення гумового круга



План

Сестринського догляду

(для здійснення 3-5 етапів сестринського процесу)

Прізвище, ім'я, по-батькові пацієнта: Лесик Володимир Михайлович

Відділення: терапевтичне
№ палати: 1

Дата	Проблема пацієнта	Мета (очікуваний результат)	Медсестринські втручання (дії медсестри)	Періодичність, кратність, частота оцінки	Кінцева дата досягнення мети	Підсумкова оцінка ефективності догляду
10.03.05	1. Напад ядлухи	1. Усунути ядлуху	1) Створити хворому максимальний спокій. 2) Допомогти хворому зручно сісти з опущеними ногами 3) Забезпечити доступ свіжого повітря 4) Дати хворому нітроглицерин під язик 5) Викликати лікаря 6) Налогодити інгаляцію киснем	Кожного дня при потребі протягом усього періоду лікування у стаціонарі	10.03.05	Стан пацієнта покращився. Дихати стало легше. Задихку усунуто.
10.03.05	2. Кровохаркання кання	2 Зменшити кровохаркання	1) Надати хворому зручного положення, з головою положеною на бік	При потребі	15.03.05	Кровохаркання усунуто
10.03.05	3. Частий пульс 125 за 1 хв. (тахікардія)	Нормалізувати показники пульсу	1. Постійний контроль і визначення частоти пульсу	Щоденно 2 рази на день	10.05.05	Показники пульсу нормалізовані
10.03.05	4. Швидка втома	4. Нормалізувати фізичний стан пацієнта	1. Забезпечити пацієнту психічний спокій. 2. Відпочинок у ліжку	Щоденно	10.05.05	Фізичний стан нормалізовано

Погоджено з лікарем, який лікує пацієнта:

Медична сестра: (підпис)

Лікар: (підпис)

Особливості спостереження та догляду за хворими при хронічній серцевій недостатності.

Хронічна серцева недостатність виникає при різних захворюваннях, внаслідок яких уражається серце і порушається його скоротлива функція.

Основними проявами серцевої недостатності є задишка, тахікардія, набряки підшкірної основи, зменшення кількості виділеної сечі, біль у правому підребер'ї, асцит, гідроторакс.

I. Місце проведення:

стаціонар, домашні умови

II. Оснащення робочого місця:

1. Ліжко, функціональне ліжко.
2. Система централізованої подачі кисню або киснева подушка.
3. Торбинка, заповнена насінням проса, льону.
4. Підкладне гумове коло.
5. 10% камфорний спирт у флаконі.
6. Вата.
7. Банки ємністю 3 та 0,5 л.
8. Підкладне судно.
9. Сечоприймач.
10. Кухоль Есмарха.
11. Перекип'ячена вода кімнатної температури 1_1,5 л.
12. Гумові рукавички.

III. Попередня підготовка до виконання навичку:

- підготувати все необхідне для догляду за шкірою та профілактики пролежнів;
- підготувати все необхідне для постановки очисної клізми;
- підготувати ємності для вимірювання добового діурезу (банки ємністю 3 л та 0,5 л).

IV. Основні етапи виконання навичку:

1. Хворим із значно вираженою серцевою недостатністю рекомендується постільний режим або перебування у зручному кріслі. У ліжку хворому надати напівсидяче положення.
2. Стан абсолютно фізичного спокою не повинен тривати довго. При відсутності протипоказань з метою профілактики застійної пневмонії, пролежнів, тромбозів необхідно часто змінювати положення тіла у ліжку.
3. Дати рекомендації по лікувальній гімнастиці, особливо дихальній. Навчити хворого робити вправи для ніг.
4. Забезпечити психічний спокій. Обмежити кількість відвідувань хворого і перебування відвідувачів. Не слід повідомляти хворого про неприємні звістки, щоб не завдати шкоди його здоров'ю.
5. Палата чи кімната вдома повинні добре провітрюватись, температура повітря не повинна перевищувати + 18° С. Чисте, свіже повітря поліпшує стан хворого.

6. Двічі на день робити в палаті (кімнаті) вологе прибирання.
7. В разі вираженої задишки застосовувати зволожений кисень від системи централізованої подачі кисню із подушки.
8. Постійно спостерігати за дотриманням хворим дієти (стіл № 10) – обмежують кількість солі, рідини, жирів. Годувати хворих 4-5 разів на день, дрібними порціями. Їжа повинна мати підвищений вміст вітамінів, а також солей калію (картопля, капуста, рис, сухофрукти, горіхи, родзинки) та солей кальцію (свіжий сир). З раціону хворого виключають речовини і напої, що збуджують нервову систему (алкоголь, каву, міцний чай, прянощі та стимулюють здуття кишечника (бобові, газовані напої, надмір страв з капусти, картоплі). Добре регулюють функцію кишечника одноденний кефір, сушені сливи, мед, сира морква. Білки повинні надходити в організм з нежирними сортами м'яса (телятина, птиця) та морської риби, в якій багато йоду.
9. Постійно стежити за добовим діурезом та кількістю вжитої рідини. Збільшення співвідношення між діурезом і випитою рідиною буде свідчити про зменшення набряків.
10. Раз на тиждень зважувати хворого, щоб виявити можливість зменшення набряків.
11. Стежити за регулярними випорожненням кишок (при закрепах застосувати проносні або ставити клізми).
12. Регулярно і своєчасно виконувати призначення лікаря щодо медикаментозної терапії хворого. Пам'ятайте! Серцеві глікозиди (дигіталіс, дигоксин, строфантин), які призначаються для лікування серцевої недостатності при передозуванні можуть викликати отруєння організму. Першими ознаками є нудота, блювання, екстрасистолія, зниження добового діурезу; саме на це і повинна звертати увагу медична сестра, яка бере участь в догляді за такими хворими.