

НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНА КАРТА

Предмет з медсестринства у внутрішній медицині

Для III курсу сестринська справа відділення

Заняття № 18 Практичне

Теоретичне

Тема заняття: Робота медичної сестри в поліклінічному відділенні та стаціонарі терапевтичного профілю лікувально профілактичних закладів (ЛПЗ). Робота у фізіопульмонологічному відділенні. Надання невідкладної допомоги при ускладненнях: кровохарканні, леневій кровотечі.

Мета заняття

- а) **навчальна** Оволодіти методикою огляду хворих.
- 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, фізіатрія.

Забезпечення заняття:

- а) **наочні посібники** хворі, історії хвороби, таблиці, бланки аналізів, лікарські препарати.
- б) **технічні засоби навчання** термометр, температурний лист, шпатель, пінцет, лоток з ватними кульками, тонометр.
- в) **роздатковий матеріал** інструктивні картки, алгоритми, картки тестового контролю, задачі.

г) література:

основна Конспект. Н. М. Середюк «Внутрішні хвороби» ст..178-188.
додаткова В. С. Тарасюк «Алгоритми з практичних навичок»

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

ЗМІСТ ТА ХІД ЗАНЯТТЯ

№ елементу та його тривалість	Елементи заняття, навчальні питання і форми, методи навчання та засоби забезпечення	Доповнення, зміни, зауваження
1	2	3
1	Організація заняття	
1 2		
2	Контроль знань та умінь	
15-25	по темі:	
	Робота медичної сестри в поліклінічному відділенні та стаціонарі терапевтичного профілю лікувально профілактичних закладів (ЛПЗ). Робота у фтізіопульмонологічному відділенні. Надання невідкладної допомоги при ускладненнях: кровохарканні, леневій кровотечі.	
	усний, письмовий, програмований, індивідуальний і т.д.	
	1. Які хвороби лікують в фтізіопульмонологічному відділенні.	

1	2	3
3	Визначення нової теми	
	(називається тема, навчальна мета і мотивація)	
	Робота медичної сестри в поліклінічному відділенні та стаціонарі терапевтичного профілю лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ). Робота в фтізіопульмонологічному відділенні.	
	ПЛАН:	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Провести медсестринське обстеження пацієнта з легеневою кровотечею. 2. Виявлення проблем пацієнта. 3. Складання плану догляду за пацієнтом. 4. Реалізація плану догляду. 5. Навчання пацієнта та його оточення само та взаємодогляду. 6. Заходи безпеки під час роботи з електроприладами, апаратами, що працюють під тиском, балонами з газом. 7. Оцінювання результатів мед сестринських втручань та їх корекція. 	

Закріплення та контроль засвоєння нової теми

1. Задачі.

2. Контрольні завдання.

Підведення підсумків заняття

Оголошення оцінок.

Домашнє завдання

Конспект.

Інструктивна карта

для проведення практичного заняття

з медсестринства у внутрішній медицині № 18, 4 год (академічних години)

для III курсу медсестринська справа відділення

I. Тема: Робота медичної сестри в поліклінічному відділенні та стаціонарі терапевтичного профілю лікувально профілактичних закладів (ЛПЗ)
Робота в фтізіопульмонологічному відділенні. Надання невідкладної допомоги при ускладненнях: кровохарканні, левевій кровотечі.

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

1. Етіологія кровохаркання і кровотечі.
2. Клінічну картину захворювань
3. Дані лабораторних м – дів дослідження.
4. Методи лікування

уміти:

1. Обстежити хворого з кровохарканням і легеневою кровотечею.
2. Визначити клінічні синдроми і симптоми.
3. Аналізувати дані лабораторних досліджень.
4. Виписувати рецепти.

III. Обладнання:

Тонometr, фонендоскоп.

IV. Питання для повторення:

1. Медсестринське обстеження з легеневою кровотечею.

V. Хід роботи:

1. Провести медсестринське обстеження пацієнта з легеневою кровотечею.
2. Виявлення проблем пацієнта.
3. Складання плану догляду за пацієнтом.
4. Реалізація плану догляду.
5. Навчання пацієнта та його оточення само та взаємодогляду.
6. Заходи безпеки під час роботи з електроприладами, апаратами, що працюють під тиском, балонами з газом.
7. Оцінювання результатів медсестринських втручань та їх корекція.

А. ПІДРАХУНОК ЧАСТОТИ ДИХАННЯ.

При догляді за хворими із захворюваннями органів дихання необхідно стежити за частотою, глибиною та ритмом дихання. Нормальне дихання беззвучне і непомітне для оточуючих. Людина звичайно дихає через ніс із закритим ротом. У дорослої людини частота дихання у стані спокою коливається від 16 до 20 дихальних рухів за 1 хв., причому вдих в 2 рази коротший за видих; одне дихання відповідає приблизно чотирьом пульсовим ударам. У жінок частота

дихання дещо більша, ніж у чоловіків. Під час сну і в стані спокою дихання стає повільнішим. Фізична праця, нервові збудження, підвищення температури намагають дихання.

I. Місце проведення:

стаціонар, домашні умови.

II. Оснащення робочого місця:

1. Годинник із секундною стрілкою або секундомір.
2. Температурний лист.
3. Ручка.

III. Попередня підготовка до виконання навичку:

- підготувати годинник із секундною стрілкою або секундомір;
- запропонувати пацієнту сісти на стілець або лягти у ліжку;
- вимити руки з милом під проточною водою, витерти рушником.

IV. Основні етапи виконання навичку:

1. Рахувати необхідно вдих і видих, як один дихальний рух. Підрахунок проводити протягом 1 хвилини. При наявності досвіду можна рахувати протягом 30 секунд, результат підрахунку помножити на 2.
2. Пам'ятайте! Пацієнт може невимушено затримувати або прискорювати дихання, тому під час обстеження необхідно вести підрахунок дихальних рухів грудної клітки непомітно для нього.
3. Можна рахувати дихання безпосередньо після визначення частоти пульсу, не віднімаючи руки від променевої артерії — тоді хворий впевнений, що у нього рахують пульс.
4. Якщо дихання поверхневе і рухи грудної клітки або живота важко помітити, то необхідно зробити вигляд, що рахуєте пульс, тримаючи свою руку на променевій артерії пацієнта. Тим часом іншу руку непомітно покласти пацієнту на його грудну клітку (при грудному типі дихання) або на живіт (при черевному типі дихання). Протягом 1 хв. рахувати кількість дихальних рухів грудної клітки.
5. Можна спостерігати за частотою дихання і на відстані від хворого — при грудному типі дихання рахувати кількість рухів грудної клітки за 1 хвилину, а при черевному — рухи черевної стінки протягом 1 хвилини.
6. Отриманий результат записати цифрами в історії хвороби, амбулаторній картці та на температурному листі (у відповідній графі).

В. ДОПОМОГА ХВОРОМУ ПІД ЧАС КАШЛЮ:

Кашель — це складний рефлексорно-защитний акт, який направлений на видалення вмісту дихальних шляхів (слизу, харкотиння, крові, сторонніх тіл). Кашель може бути сухим, та вологим (із виділенням харкотиння), постійним чи періодичним, приступоподібним. Кашель виникає майже при всіх захворюваннях органів дихання, а тому необхідно обов'язково звернутися до лікаря, щоб після обстеження він встановив діагноз і призначив лікування.

I. Місце проведення:

стаціонар, домашні умови.

II. Оснащення робочого місця:

1. Лужна мінеральна вода.
2. Тепле молоко.
3. Гідрокарбонат натрію.
4. Інгалятор тепловологий або паровий з електропідігрівом.
5. Ниркоподібний лоток.
6. Гірчичники.
7. Вода температурою +40°-45°С.
8. Рушник.
9. Набір чистих сухих банок (10-15 шт.).
10. Металевий зонд з нарізками на кінці.
11. 96° розчин етилового спирту у флаконі.
12. Плювальниця або чиста суха банка ємністю 250 мл.
13. Протикашльові засоби.
14. Відхаркуючі засоби.

III. Попередня підготовка до виконання навичку:

- підготувати все необхідне для постановки гірчичників;
- підготувати все необхідне для постановки банок;
- підготувати інгалятор і лікарський розчин.

IV. Основні етапи виконання навичку:

1. Надати хворому напівсидяче положення у ліжку, при якому зменшується кашель.
2. Забезпечити доступ свіжого повітря у палату — відкрити кватирку або вікно (без протягів), при провітрюванні добре вкрити хворого.
3. Дати тепле питво хворому: молоко з натрієм гідрокарбонатом (на склянку молока 1/2 чайної ложки натрію гідрокарбонату) або молоко з лужною мінеральною водою.
4. Зробити хворому інгаляцію, враховуючи показання і протипоказання (Блок "Інгаляція лікарських речовин").
5. Поставити хворому на грудну клітку гірчичники або банки, враховуючи показання і протипоказання (Блок "Найпростіші методи фізіотерапії").
6. За призначенням лікаря при сухому кашлі застосувати протикашльові засоби (лібексн, бромгексин, кодтерлін).
7. За призначенням лікаря при вологому кашлі застосувати відхаркувальні засоби (сиropи, настої, відвари із лікарських рослин; бронхолітин, пертусин).
8. При вологому кашлі дати хворому плювальницю або чисту банку ємністю 250 мл з кришкою, на дно якої налити трохи води або 3% розчин хлораміну.

- не слід, тому що оболонка подушки не розрахована на високий тиск і може статися розрив з вибухом.
7. Гумову трубку кисневої подушки перетиснути затискачем, щоб кисень не виходив з подушки в атмосферу.
 8. Від'єднати гумову трубку подушки від вихідного штуцера кисневого балону.
 9. Надіти на гумову трубку кисневої подушки мундштук з краном. Кран має бути закритим, в положенні, перпендикулярному до трубки.
 10. Зняти затискач з гумової трубки.
 11. Використати кисневу подушку за призначенням.

A. ЗАПОВНЕННЯ КИСНЕВОЇ ПОДУШКИ КИСНЕМ ВІД БАЛОНА.

Для оксигенотерапії використовується спеціальний медичний кисень, який зберігається в балонах, пофарбованих в блакитний колір. На балоні є позначка чорною фарбою "Кисень" та літера "М" – медичний. Тиск у балоні 150 атм. Медичний працівник повинен знати, що стиснутий кисень є вибухонебезпечним, а тому слід суворо дотримуватися правил техніки безпеки при роботі з киснем, балоном, апаратурою.

Киснева подушка являє собою прогумований мішок ємністю 25-50 л. Від мішка відходить гумова трубка довжиною біля 1 м, на якій є кран та мундштук. До подушки кріпиться лямка.

I. Місце проведення:

спеціально приміщення для зберігання кисневого балону.

II. Оснащення робочого місця:

1. Балон, заповнений медичним киснем.
2. Редуктор.
3. Киснева подушка.
4. Затискач.

III. Попередня підготовка до виконання навичку:

з огляду на небезпеку вибуху кисню та виникнення пожежі медична сестра

повинна звернути увагу на:

- приміщення, де зберігається кисневий балон. Воно повинне бути сухим, температура повітря – не вища за +25°C. Дія більш високої температури оточуючого повітря або дія сонячних променів можуть призвести до різкого підвищення тиску газу в балоні у зв'язку з його розширенням. В приміщенні, де зберігається кисневий балон, недопустимо палити, користуватися електроприладами, відкритим вогнем. Забороняється в цьому приміщенні зберігати інші гази, ефір, спирт, бензин;
- положення балону. Балон повинен знаходитися у вертикальному положенні, бути зафіксованим металевими скобами до стіни приміщення;
- позначку, яка розміщена на верхній частині балона. Звернути увагу на рік виготовлення балону і дату наступного випробовування (випробовування на стійкість до високого тиску проводиться один раз на 5 років);
- свій зовнішній вигляд. Одяг повинен бути чистим, а саме, не забрудненим жиром, мастилами, фарбою. Руки забороняється змащувати кремом або олією.

IV. Основні етапи виконання навичку:

Запам'ятайте! Кисень – це сухий і холодний газ, який при контакті з слизовими оболонками може викликати їх олік, а тому на всіх етапах роботи з киснем – не слід направляти струмінь газу в обличчя, очі.

1. Візуально оцінити стан мішка і гумової трубки кисневої подушки, звертаючи увагу на їх цілість.
2. З гумової трубки кисневої подушки зняти мундштук з краном.
3. Надягнути лямку від кисневої подушки на передпліччя лівої руки.
4. Приєднати гумову трубку подушки до вихідного штуцера кисневого балону.
5. Звернути увагу на редуктор, який має 2 манометри. Один із них показує тиск кисню в балоні, інший – тиск, під яким кисень випускається з балону. Користуючись вентиля редуктора, наповнити подушку киснем під тиском 1-2 атм (вентиль редуктора слід повільно крутити за годинниковою стрілкою, слідкуючи за стрілкою манометра низького тиску).
6. Відчувши наповнення подушки (вона стає твердою), вентиль редуктора закрутити проти годинникової стрілки. Занадто тверду подушку робити

- не слід, тому що оболонка подушки не розрахована на високий тиск і може статися розрив з вибухом.
7. Гумову трубку кисневої подушки перетиснути затискачем, щоб кисень не виходив з подушки в атмосферу.
 8. Від'єднати гумову трубку подушки від вихідного штуцера кисневого балону.
 9. Надіти на гумову трубку кисневої подушки мундштук з краном. Кран має бути закритим, в положенні, перпендикулярному до трубки.
 10. Зняти затискач з гумової трубки.
 11. Використати кисневу подушку за призначенням.

НОСОВИХ КАТЕТЕРІВ.

I. Місце проведення:

маніпуляційний кабінет.

II. Оснащення робочого місця:

1. Ниркоподібний лоток.
2. Носові катетери: одноразовий — пластиковий або багаторазового використання — гумовий.
3. 3% розчин хлораміну.
4. Ємність, промаркірована "Для промивання носових катетерів".
5. Ємність, промаркірована "Для замочування носових катетерів".
6. Миючий розчин: "Лотос" — 5 г, пергідроль 27,5% — 17 мл, вода питна — 978 мл.
7. Ємність, промаркірована "Для миючого розчину".
8. Шприц ємністю 20 мл.
9. Ножиці.
10. Стерилізатор.
11. Бікс.
12. Пелюшка.
13. Пробірка з бензойноокислим натрієм.
14. Ємність, промаркірована "Для стерильних носових катетерів".
15. Гумові рукавички.
16. Ємність, промаркірована "Для використаних гумових рукавичок".
17. Проточна вода, мило, рушник.

III. Попередня підготовка до виконання:

- одягнути гумові рукавички, поліетиленовий фартух
- приготувати 3% розчин хлораміну (30 г хлораміну на 970 мл води).

Основні етапи виконання наліку:

1. Після використання носовий катетер промити 3% розчином хлораміну в ємності, промаркірованій "Для промивання носових катетерів". Промити канал катетера 3% розчином хлораміну під тиском за допомогою 20 мл шприца.
2. Замочити в 3% розчині хлораміну на 60 хвилин в ємності, промаркірованій "Для замочування носових катетерів".
3. Одноразовий пластиковий катетер розрізати ножицями на шматочки і викинути в урну.
4. Гумовий носовий катетер багаторазового використання промити проточною водою.
5. Занурити у миючий розчин температурою 50°C на 15 хвилин. Промити канал катетера миючим розчином під тиском за допомогою 20 мл шприца.
6. Ретельно промити гумовий катетер проточною водою.
7. Провести стерилізацію гумових катетерів методами:
 - а) паровим методом (загорнути у пелюшку, покласти в бікс, стерилізувати при t 121°, тиску 1 атм. 45 хв.). Для контролю дотримання режиму стерилізації покласти у бікс пробірку з бензойноокислим натрієм;
 - б) кип'ятіння у дистильованій воді протягом 30 хвилин.
8. Зберігати стерильні носові катетери в асептичних умовах в промаркірованій ємності.
9. Після дезінфекції і стерилізації гумовий катетер обов'язково слід перевірити на цілість і еластичність, тому що деформований катетер може порізати і дорізати в дихальні шляхи.

Д. ЦЕНТРАЛІЗОВАНА ПОДАЧА КИСНЮ ЧЕРЕЗ МАСКУ.

I. Місце проведення:

служби швидкої допомоги, реанімаційне відділення, операційний блок.

II. Оснащення робочого місця:

1. Кисневий балон.
2. Централізована система подачі кисню.
3. Апарат Боброва.
4. Маска.
5. Стерильні ватні кульки.
6. Розчин 96° етилового спирту.

III. Попередня підготовка до виконання навичку:

- надати хворому зручне положення у ліжку з підвищеним головним кінцем;
- заповнити на 1/3 апарат Боброва водою;
- приєднати апарат Боброва до централізованої системи та зафіксувати його біля ліжка хворого.

IV. Основні етапи виконання навичку:

1. До короткої скляної трубки апарата Боброва приєднати стерильну гумову трубку з стерильною маскою (при наявності наркозного апарата можна використати маску, яка з'єднана за допомогою широкої трубки з апаратом).
2. Ретельно стежити за тим, щоб маска щільно прилягала до обличчя хворого.
3. Відрегулювати швидкість подачі кисню (8-15 л/хв).
4. Тривалість інгаляції – 20-30 хвилин, перерви між інгаляціями – 10-15 хвилин.
5. Провести дезінфекцію маски, двічі протираючи її краї ватними кульками, змоченими у розчині 96° етилового спирту.

Б. ДОПОМОГА ХВОРОМУ ПІД ЧАС ЗАДИШКИ.

Задишка — це зміна частоти, глибини та ритму дихання. Задишка може супроводжуватися учащенням дихання (тахіпноє), уповільненням дихання (брадипноє) або навіть повною зупинкою дихання (апноє). За своїм характером задишка поділяється на інспіраторну, експіраторну та змішану.

Інспіраторна задишка проявляється утрудненим вдихом і виникає при наявності перешкоди для проходження повітря у верхніх дихальних шляхах — спазми голосових зв'язок, стороннє тіло, пухлина, запальні процеси в гортані, трахеї. Експіраторна задишка проявляється утрудненим видихом і виникає при спазмі дрібних бронхів та їх обструкції. Змішана задишка проявляється утрудненням вдиху та видиху і виникає внаслідок зменшення дихальної поверхні легенів

(напр. при запаленні легенів, туберкульозі легенів, ексудативному плевриті та ін.)

Різко виражена задишка називається ядухою. Якщо ядуха має характер приступу вона називається астмою.

I. Місце проведення:

стаціонар, домашні умови.

II. Оснащення робочого місця:

1. Функціональне ліжко.
2. Підголівник або 2-3 подушки.
3. Централізована система подачі кисню або киснева подушка.
4. Гумова грілка.
5. Кухоль з гарячою водою ($t +60^{\circ}-70^{\circ}\text{C}$).
6. Рушник, серветка.
7. Стерильні шприци ємністю 5, 10 мл з голками.
8. Стерильні ватні кульки.
9. 70% розчин етилового спирту.
10. Бронхолітичні засоби.
11. Серцево-судинні засоби.

III. Попередня підготовка до виконання навичку:

- терміново викликати лікаря (якщо хворий в стаціонарі) або швидку медичну допомогу (якщо хворий знаходиться вдома);
- перевірити роботу централізованої системи подачі кисню;
- при її відсутності заповнити киснем кисневу подушку від балону;
- заповнити гумову грілку гарячою водою;
- підготувати стерильні шприци з голками;
- підготувати бронхолітичні засоби (адреналін, еуфілін, ефедрин);
- підготувати серцевосудинні засоби (нітрогліцерин, строфантин, кінорглікон).

IV. Основні етапи виконання навичку:

1. Заспокоїти хворого (хвилювання може посилити задишку).
2. Надати хворому напівсидяче положення у ліжку:
 - а) підняти головний кінець функціонального ліжка;
 - б) застосувати підголівник;
 - в) використати додаткові подушки.
3. Звільнити грудну клітку хворого від одягу, який стискає її.
4. Забезпечити доступ свіжого повітря в кімнату — відкрити квартиру або вікно.
5. В умовах стаціонару забезпечити подачу кисню хворому від централізованої системи або кисневої подушки.
6. Прикласти грілки до нижніх кінцівок хворого, попередньо перевіривши їх температуру, щоб уникнути опіків.

ВІМІРЮВАННЯ ТЕМПЕРАТУРИ ТІЛА В ПОРОЖИНИ РОТА

Вимірювання температури тіла в порожнині рота дає дуже точні результати, незалежно від температури навколишнього середовища, вологості шкіри тощо. Так, наприклад, вимірювання температури тіла в порожнині рота показані у надто виснажених та знесилених хворих. У них термометр у пахвовій ділянці

не щільно охоплюється м'якими тканинами, тому результати такого вимірювання є неточними.

I. Місце проведення:

стаціонар, домашні умови.

II. Оснащення робочого місця:

1. Ниркоподібний лоток.
2. Індивідуальний медичний термометр.
3. 96° розчин етилового спирту.
4. Стерильний шпатель.
5. Температурний лист.
6. Ручка.
7. Футляр для зберігання термометра.

III. Попередня підготовка до виконання навичку:

- помити руки з милом під проточною водою, витерти чистим рушником.
- для вимірювання температури тіла у порожнині рота хворий повинен користуватися індивідуальним термометром.

IV. Основні етапи виконання навичку:

1. Перевірити, чи вся ртуть в резервуарі термометра (на рівні поділки 36°), коли ні – струсити термометр.
2. Провести огляд слизової оболонки щік, мигдаликів, язика та ділянки під язиком за допомогою стерильного шпателя.
3. При відсутності запальних хвороб порожнини рота (стоматиту, гингівіту, тонзиліту тощо) резервуар термометра помістити під язиком хворого, попросити його губами притримувати корпус термометра.
4. Через 5 хвилин виняти термометр.
5. Показання термометра занести у температурний лист.
6. Продезінфікувати термометр (навик "Д").

Г. ВИМІРЮВАННЯ ТЕМПЕРАТУРИ ТІЛА У ПРЯМІЙ КИШЦІ.

Вимірювання температури тіла у прямій кишці найчастіше застосовують у хірургічній практиці. Так, у разі діагностичних затруднень необхідно порівняти температуру у паховій ділянці та у прямій кишці. В нормі різниця температури не перевищує $0,5^{\circ}\text{C}$. Більша різниця вказує на наявність запального процесу в черевній порожнині (наприклад, на наявність перитоніту).

I. Місце проведення:

стаціонар, домашні умови.

II. Оснащення робочого місця:

1. Ниркоподібний лоток.
2. Індивідуальний медичний термометр.
3. Вазелінова олія.
4. Гумові рукавички.
5. Температурний лист.
6. Ручка.
7. Футляр для зберігання термометра.

III. Попередня підготовка до виконання навичку:

- помити руки з милом під проточною водою, витерти чистим рушником,

одягнути гумові рукавички;

- запропонувати хворому лягти у ліжко на лівий бік, підвести ноги до живота;

- для вимірювання температури тіла у прямій кишці хворий повинен користуватися індивідуальним термометром.

Основні етапи виконання навичку:

1. Перевірити, чи вся ртуть в резервуарі термометра (на рівні поділки 34°C), коли ні – струсити термометр.
2. Резервуар термометра змастити вазеліновою олією.
3. Розсунути сідниці хворого і ввести резервуар термометра у пряму кишку до середини його довжини.
4. Сідниці щільно притиснути одна до одної.
5. Через 5 хвилин виїняти термометр.
6. Продезінфікувати термометр (навик "Д").

Ж. ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ У СТАДІЇ ЗБЕРЕЖЕННЯ ТЕМПЕРАТУРИ ТІЛА НА ВИСОКОМУ РІВНІ

Стадія збереження температури тіла на високому рівні триває від декількох годин до декількох тижнів, залежно від виду хвороби та реактивності організму. Друга стадія гарячки характеризується тим, що теплоутворення і тепловіддача в організмі приблизно врівноважена. Хворий скаржиться на відчуття жару, загальну слабкість, сильний головний біль. Спостерігається почервоніння шкіри, вона гаряча на дотик. Пульс прискорений. Дихання прискорене, пошехливе. Язик сухий. Герпес на губах. При значному підвищенні температури у хворого можуть з'явитися марення, галюцинації.

I. Місце проведення:

стаціонар, домашні умови.

II. Оснащення робочого місця:

1. Ліжко.
2. Ковдра.
3. Медичний термометр.
4. Міхур з льодом.
5. Серветка полотняна.
6. Апарат для вимірювання артеріального тиску.
7. Столовий оцет.
8. 10% розчин бури на гліцерині.
9. Кислота ацетилсаліцилова, амідопірин (у таблетках).
10. Розчини: анальгін, димедрол, аміназин (в ампулах).
11. Система для постановки очисної клізми: кухоль Есмарха із наконечником і краном, вода 1-1,5 л температурою 10-15°C, вазелін, судно, клеєна ленточка, гумові рукавички, фартух.

III. Попередня підготовка до виконання навичку:

- створити для хворого повну тишу і установити індивідуальний пост;
- помити руки з милом під проточною водою, витерти чистим рушником.

IV. Основні етапи виконання навичку:

1. Регулярно стежити за показниками температури, частоти пульсу, артеріального тиску.
2. Застосувати фізичні заходи, що полегшують гарячку і головний біль: холодні водно-оцтові примочки на чоло, міхур з льодом на голову, обтирання тіла хворого водою кімнатної температури з додаванням оцту, вологе обкутування оголеного хворого, оголювання хворого та включення вентилятора.
3. Дати жарознижуючі препарати: кислоту ацетилсаліцилову по 0,5 г 3 рази на добу, амідопірин 0,5 г на добу чи інші.
4. При перших ознаках стану марення сповістити лікаря і збільшити пильність у догляді за таким хворим.
5. За призначенням лікаря ввести хворому медикаменти: 50% розчин анальгину – 2 мл, 1% розчин димедролу – 1-2 мл, 2,5% розчин аміназину – 1 мл, внутрішньом'язово.
6. При гіпертермії важкого перебігу після введення хіміотерапевтичних засобів, які знімають спазм судин шкіри, можна застосувати: обкладання

- хворого міхурами з льодом, внутрішньовенне введення охолодженого (до $+ 10^{\circ}\text{C}$) ізотонічного розчину натрію хлориду, застосування очисної клізми з холодною водою.
7. Дати у великій кількості пиття (фруктові і ягідні соки, відвар шипшини, лужну мінеральну воду).
 8. Годувати хворого 6-7 разів на добу висококалорійною, легкозасвоюваною, вітамінізованою їжею.
 9. Після прийому їжі запропонувати хворому прополоскати порожнину рота перевареною водою.
 10. Здійснювати часткову обробку шкіри, своєчасно змінювати білизну, особливо після потовиділення.

Б. ОСОБЛИВОСТІ ВИМІРЮВАННЯ ТЕМПЕРАТУРИ ТІЛА У ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ.

I. Місце проведення:

дитяче відділення стаціонару, домашні умови.

II. Оснащення робочого місця:

1. Ниркоподібний лоток.
2. Медичний термометр.
3. Банка ємністю 0,5 л.
4. Бинт.
5. Вата.
6. Рушник, чиста серветка.
7. Температурний лист.
8. Ручка.

III. Попередня підготовка до виконання навичку:

- помити руки з милом під проточною водою, витерти чистим рушником;
- вимірювати температуру тіла потрібно перед годуванням дитини;
- запеленати грудну дитину слід так, щоб верхній кінець термометра виходив назовні.

IV. Основні етапи виконання навичку:

1. Перевірити, чи вся ртуть в резервуарі термометра (на рівні поділки 34°C), коли ні – струсити термометр.
2. Провести огляд шкіри в паховій ділянці, де найчастіше і вимірюють температуру тіла у дітей грудного віку.
3. При відсутності у пахвинній ділянці опрілостей, дерматиту витерти ділянку м'яким сухим рушником методом "промокання".
4. Встановити термометр у пахвинній ділянці, ногу дитини дещо зігнути і кульшовому суглобі так, щоб термометр заховався в утвореній складці шкіри. Притримати у такому положенні ногу дитини.
5. Через 10 хвилин виїняти термометр.
6. Показання термометра занести в історію розвитку новонародженого.
7. Продезінфікувати термометр (навик "Д").

С. ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ У СТАДІЇ ПІДВИЩЕННЯ ТЕМПЕРАТУРИ ТІЛА.

Стадія підвищення температури тіла триває декілька годин, іноді — декілька днів. Перша стадія гарячки характеризується тим, що теплоутворення в організмі перевищує тепловіддачу. Хворий скаржиться на появу остуди, погане самопочуття, головний біль, ниючий біль у всьому тілі. Спостерігається блідість шкіри, вона холодна на дотик і набуває виду "гусячої".

I. Місце проведення:

стаціонар, домашні умови

II. Оснащення робочого місця:

1. Ліжко.
2. Ковдра.
3. Медичний термометр.
4. Грілка з гарячою водою.
5. Полотняна серветка.
6. Склянка.
7. Гарячі напої.

III. Попередня підготовка до виконання навичку:

- підготувати грілку (блок "Найпростіші методи фізіотерапії", навик "1");
- помити руки з милом під проточною водою, витерти чистим рушником;
- підготувати гарячі напої.

IV. Основні етапи виконання навичку:

1. Укласти хворого у ліжко.
2. Тепло вкрити ковдрою.
3. До нижніх кінцівок прикласти теплі грілки.
4. Дати у великій кількості гарячі напої (чай з малиною, калиною, липовим цвітом).

Е. РЕЄСТРАЦІЯ ДАНИХ ВИМІРЮВАННЯ ТЕМПЕРАТУРИ ТІЛА

I. Місце проведення:

пост медичної сестри у відділенні стаціонару, кабінет доклінічної пр
ки.

II. Оснащення робочого місця:

1. Медична карта стаціонарного хворого.
2. Температурні листи.
3. Ручка.

Попередня підготовка до виконання навичку:

- непередбачена.

Основні етапи виконання навичку:

1. В Україні прийнята температурна шкала за Цельсієм і цифровий запис буде, наприклад, таким: $t - 37,6^{\circ}\text{C}$.
2. Графічний запис показників температури провести у температурному листі.
3. Зазначити у температурному листі дані: прізвище, ім'я та по батькові хворого, номер карти стаціонарного хворого, номер палати.
4. Зверху по горизонталі відзначити дату.
5. По вертикалі після кожного вимірювання температури нанести крапку, що відповідає даті, часу вимірювання (ранок або вечір) і показникові температури. Потрібно знати, що одна поділка шкали "Т" дорівнює показникові $0,2^{\circ}\text{C}$.
6. З'єднати крапки лініями, починаючи з шкали "Т" і таким чином отримати температурну криву.
7. Графіки температури, частоти пульсу, артеріального тиску зробити олівцями різного кольору.

А. ВИМІРЮВАННЯ ТЕМПЕРАТУРИ ТІЛА В ПАХВОВІЙ ДІЛЯНЦІ.

I. Місце проведення:

стаціонар, кабінет доклінічної практики, домашні умови.

II. Оснащення робочого місця:

1. Ниркоподібний лоток.
2. Медичний термометр.
3. Банка смістю 0,5 л.
4. Бинт.
5. Вата.
6. Рушник, чиста серветка.
7. Температурний лист.
8. Ручка.

III. Попередня підготовка до виконання навичку:

- в стаціонарі температуру тіла вимірювати вранці натще з 6 до 8 години та з 16 до 18 години до вечері;
- якщо необхідно виміряти температуру тіла на протязі дня, то вимірювати її слід після прийняття їжі через 30-40 хв. Проводити термометрію одразу ж після прийняття їжі не бажано, оскільки її показники будуть дещо вищими;
- запитати у хворого, чи він безпосередньо перед вимірюванням температури не пив гарячі напої (каву, чай);
- бажано, щоб хворий був у стані спокою; краще, щоб лежав у ліжку;
- звернути увагу на те, чи не розташовується ліжко хворого біля гарячої батареї (взимку);
- звернути увагу на те, чи не має у хворого грілки, міхура з льодом на момент вимірювання температури тіла;
- вимити руки з милом під проточною водою, витерти чистим рушником.

IV. Основні етапи виконання навичку:

1. Перевірити, чи вся ртуть в резервуарі термометра (на рівні поділки 34°C), коли ні – струсити термометр.
2. Провести огляд шкіри пахвової ділянки; при наявності гіперемії, місцевих запальних процесів не можна проводити вимірювання температури тіла в цій ділянці, тому що показання термометра буде вищим, ніж температура усього тіла.
3. При відсутності місцевих запальних процесів протерти шкіру сухим рушником, оскільки вологість охолоджує ртуть, і показання термометра буде нижчим.
4. Встановити термометр так, щоб весь ртутний резервуар з усіх боків

щільно прилягав до тіла пахвової ділянки; при підозрі на симуляцію розмістити одномоментно два термометри в лівій і в правій пахвових ділянках.

5. Запропонувати хворому притиснути плече до грудної клітки, а передпліччя розмістити таким чином, щоб долоня розміщувалася у протилежній пахвовій ділянці.
6. Через 10 хвилин вийняти термометр.
7. Показання термометра занести у температурний лист.
8. Продезинфікувати термометр (навик "Д").

3. ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ У СТАДІЇ ЗНИЖЕННЯ ТЕМПЕРАТУРИ ТІЛА

Стадія зниження температури тіла може відбуватися двома шляхами: літичним (протягом 2-3 діб) та критичним (різке зниження температури протягом декількох годин). Третя стадія гарячки характеризується тим, що теплоутворення в організмі знижується, а тепловіддача зростає. При літичному зниженні температури тіла стан хворого поступово поліпшується. Літичне зниження температури тіла безпечно для хворого.

Криза може мати сприятливий перебіг, коли зниження температури супроводжується рясним потовиділенням. Пульс і дихання не прискорюються, свідомість не порушується, безсоння змінюється сном. Перебіг кризи може бути й дуже важким. Це свідчить про те, що у хворого виникла гостра судинна недостатність (див. нижче).

I. Місце проведення:

стаціонар, домашні умови.

II. Оснащення робочого місця:

1. Ліжко.
2. Ковдра.
3. Медичний термометр.
4. Грілки з гарячою водою.
5. Полотняні серветки.
6. Апарат для вимірювання артеріального тиску.
7. Медикаменти: 1% розчин мезатону, 10% розчин кофеїну-бензоату натрію, 10% розчин сульфокамфокаїну, розчин кордіаміну — 1-2 мл.

III. Посередня підготовка до виконання навиків:

- підготувати грілку (блок "Найпростіші методи фізіотерапії", навик "I");
- помити руки з милом під проточною водою, витерти чистим індивідуальним рушником;
- заповнити шприц необхідним лікарським препаратом (блок "Парентеральне введення лікарських препаратів", навик "Г").

IV. Основні етапи виконання навиків:

1. Регулярно стежити за показниками температури, частоти пульсу, артеріального тиску.
2. При літичному зниженні температури тіла продовжувати ретельний туалет шкіри хворого зі зміною натільної і постільної білизни; розширити режим активності; призначити діету №15.
3. У разі критичного зниження температури тіла та при виникненні колапсу (різка слабкість, сильний голозний біль, відчуття холоду, остуда; об'єктивно — поверхневе дихання, холодний липкий піт, ниткоподібний пульс, зниження артеріального тиску іноді до загрозливих цифр, похолодіння кінцівок).

необхідно:

- а) викликати негайно лікаря до хворого;
- б) дати випити хворому кава або міцного солодкого чаю;
- в) підняти нижній кінець ліжка на 30-40 см;
- г) з-під голови хворого забрати подушку;
- д) до кінцівок прикласти гарні грілки;
- е) дати хворому (після призначення лікаря) 1% розчин мезатону або 10% розчин кофеїну — бензоату натрію 1-2 мл, 10% розчин сульфокамфокаїну — 2 мл, підшкірно;
- і) при поліпшенні стану хворого витерти шкіру хворого насухо, змінити натільну та постільну білизну.

4. **Знає! Увага!** Якщо не надати своєчасно невідкладну допомогу хворому у разі виникнення колапсу, — хворий може померти.