

Тема: "Сестринское обследование пациентов терапевтического профиля"

I. Введение.

- Сбор информации очень важен, и должен осуществляться в соответствии с такой структурой, которая описывается в модели сестринского дела, рекомендованной Европейским Региональным бюро ВОЗ для сестер, которые планируют использовать сестринский процесс.
- Данные о пациенте должны быть полными и точными и носить описательный характер.
- Информацию о состоянии здоровья пациента можно собирать различными способами и из различных источников: от пациентов, членов их семей, членов дежурной смены, из медицинской документации, физических осмотров, диагностических тестов.
- Организация информационной базы начинается со сбора субъективной информации путем опроса пациента, в процессе которого медсестра получает представление о состоянии физического, психологического, социального, эмоционального, интеллектуального и духовного состояния пациента, его особенностях.
- Наблюдая поведение и оценивая внешний вид пациента и его взаимоотношения с окружающей средой, медицинская сестра может определить, соответствует ли рассказ пациента о себе данным, полученным в результате наблюдения.
- В процессе сбора информации медсестра использует факторы, способствующие общению (обстановка, время беседы, манера говорить и т.д.), которые помогут установить чувство доверия и конфиденциальные отношения.
- Наряду с ощущением профессионализма медицинской сестры это создает ту доброжелательную обстановку между сестрой и пациентом, без которой невозможен адекватный терапевтический эффект.

II. Сбор информации о пациенте.

1. Цель

Собрать информацию о пациенте.

2. Показания

Необходимость сбора информации о пациенте.

3. Противопоказания

Нет.

4. Оснащение

Учебная сестринская история болезни, медицинская документация.

5. Возможные проблемы пациента

- 1) Бессознательное состояние пациента.
- 2) Негативное отношение к беседе.
- 3) Недоверие к медсестре.
- 4) Агрессивно-возбужденное состояние пациента.
- 5) Снижение или отсутствие слуха.
- 6) Нарушение речи.

6. Последовательность действий медицинской сестры (м/с) для обеспечения безопасности

- 1) Информировать пациента о цели и ходе сбора информации.
- 2) Приготовьте учебную сестринскую историю болезни.
- 3) Обратитесь к пациенту по имени и отчеству.
- 4) Задавайте вопросы четко, спокойным голосом, не торопитесь.
- 5) Формулируйте вопросы правильно, чтобы они были понятны пациенту.
- 6) Задавайте вопросы последовательно, в соответствии со схемой учебной сестринской истории болезни, соблюдая деонтологические правила.
- 7) Записывайте ответы пациента четко в учебную сестринскую историю болезни.

7. Оценка результатов

Информация о пациенте собрана и записана в учебную сестринскую историю болезни.

III. Обработка полученной информации о пациенте.

1. Собрав необходимую субъективную и объективную информацию о состоянии здоровья пациента, сестра должна получить четкое представление о пациенте до начала планирования ухода.
2. Попытаться определить, что нормально для человека, как он видит свое нормальное состояние здоровья и какую помощь может себе оказать сам.
3. Определить нарушенные потребности человека и потребности в уходе.
4. Установить эффективное общение с пациентом и привлечь его к сотрудничеству.
5. Обсудить с пациентом потребности в уходе и ожидаемые результаты.
6. Обеспечить условия, при котором сестринский уход учитывает потребности пациента, проявляются забота и внимание к пациенту.
7. Заполнить документацию с целью ее использования в качестве основы для сравнения в дальнейшем.
8. Не допускать возникновения новых проблем у пациента.

СУБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

1. Паспортная часть

- ФИО;
- возраст;
- профессия
- семейное положение;
- пол;
- национальность.

2. Причина обращения

- мнение больного о своем здоровье;
- ожидаемый результат.

3. **Источники информации:** пациент, семья, медицинская документация, медицинский персонал, др. источники.

4. Возможность пациента общаться: *да, нет*

- речь: нормальная, нарушенная, отсутствует
- зрение: нормальное, сниженное, отсутствует
- слух: нормальный, сниженный, отсутствует

5. Жалобы пациента:

- при поступлении;
- на настоящий момент (основные и дополнительные).

Все жалобы должны быть детализированы:

- *точная локализация;*
- *характер болей;*
- *под влиянием чего возникают;*
- *сколько времени длятся;*
- *как снимаются;*
- *иррадиация.*

6. Анамнез болезни Anamnesis morbi

Anamnesis morbi – 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 исследования до встречи с медсестрой 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.

7. Анамнез жизни Anamnesis vitae

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:

- биография пациента (условия, в которых рос и развивался - бытовые условия);
- перенесенные заболевания, операции;
- условия труда, проф. вредности, окружающая среда;
- семейная и половая жизнь (с какого возраста, предохранение);
- гинекологический анамнез (у женщин):
 - 1) во сколько начались менструации;
 - 2) периодичность;
 - 3) болезненные, безболезненные;
 - 4) обильность;
 - 5) длительность;
 - 6) дата последних менструаций;
 - 7) количество беременностей;
 - 8) аборты;
 - 9) роды;
 - 10) менопауза.
- отношение к алкоголю, наркотикам (не употребляет, умеренно и т.д.);
- курит ли больной (со скольких лет, сколько в день);
- образ жизни, духовный статус (культура, моральные ценности);
- социальный статус (роль в семье, на работе, финансовое положение);
- наследственность.

8. Эпидемиологический анамнез

- гепатит, туберкулез, малярия, венерологические заболевания;
- переливания крови и инфузии за последние полгода;
- выезд за границу в последние 2 года.

9. Аллергологический анамнез

- переносимость пищи и лекарственных средств, вид аллергии (как проявляется).

10. Страховой анамнез: ОМС, ДМС.

ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Производится при опросе пациента, наблюдение за выражением лица, дыханием, положением, при измерении АД, температуры, исследовании пульса, подсчете ЧДД, а также определении сухости или вялости кожи.

ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ			
<p style="text-align: center;">Основное (<i>физикальное</i>) состоит из:</p> <ul style="list-style-type: none"> • осмотра (inspectio) • ощупывания (palpatio) • выстукивания (percussio) • выслушивания (auscultation) 	<p style="text-align: center;">Дополнительное (<i>лабораторно-инструментальное</i>)</p>	<p style="text-align: center;">ОБЩЕЕ (положение, сознание, состояния кожных покровов)</p>	<p style="text-align: center;">ЧАСТНОЕ (по системам органов: ССС, ЖКТ, дыхательная система и т.д.)</p>

Физикальное обследование

1. Состояние:

- удовлетворительное;
- средней тяжести (отклонение от нормы, но нет угрозы для жизни);
- тяжелое (имеется непосредственная угроза для жизни).

2. Сознание:

- ясное;
- спутанное;
- отсутствует (*кома* - бессознательное состояние, отсутствие реакции на внешний раздражитель).

Степени угнетения сознания:

<p><i>ступор (оцепенение)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ может быть при психических заболеваниях 	<p><i>сомноленция (помрачение)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ легкое помрачение сознания; ✓ отвечает, но медленно; ✓ больной в сознании; ✓ можно легко вывести настойчивым обращением; ✓ бывает при инсульте и при черепно-мозговой травме. 	<p><i>сопор (спячка)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ бессознательное состояние, близкое к коме; ✓ рефлексы сохранены, но угнетены; ✓ больного можно разбудить, если сделать укол.
---	--	---

3. Поведение:

- адекватное;
- неадекватное.

4. Настроение (эмоциональное состояние):

- спокойное;
- печальное;
- замкнутое;
- сердитый.

5. Положение:

- 1) *активное* (сам встает, сам обслуживает себя);
- 2) *пассивное* (без помощи не может изменить положение);
- 3) *вынужденное* (принимает для облегчения своего состояния), например:
 - прижав колени к животу (перитонит);
 - положение легавой собаки (менингит);
 - дышать в вертикальном положении (ортопноэ);
 - положение на больном боку (при воспалении плевры);

- положение молящегося мусульманина (при скоплении жидкости в области перикарда).
6. **Рост**
 7. **Вес**
 8. **Температура**
 9. **Конституция** - определяется по эпигастральному углу; это определенная организация строения человеческого организма, проявляется внешним обликом и характером внутренних органов, а главное - ЦНС, функциональными свойствами. От конституции зависит характер той или иной реакции организма в ответ на внешние воздействия среды, а, следовательно - течение заболевания.
 - нормостеник;
 - астеник (дыхательная система, ЖКТ);
 - гиперстеник (ССС, эндокринная система).
 10. **Телосложение:**
 - правильное;
 - неправильное (непропорциональное, деформация).
 11. **Походка:**
 - неизменная;
 - спастическая (при поражении ЦНС - как робот);
 - атактическая (при поражении периферической нервной системы);
 - утиная походка.
 12. **Состояние кожи и слизистых оболочек:**
 - цвет, окраска (гиперемия - краснота, бледность, иктеричность - желтушность, цианоз – синюшность);
 - цианоз может быть: акроцианоз, диффузный – распространенный);
 - тургор — это степень эластичности;
 - влажность: неизменная, сухая, влажная;
 - дефекты: ожоги, рубцы, пролежни, высыпания.
 13. **Подкожно-жировая клетчатка:**
 - в норме 1-3 см у пупка;
 - отеки: местные (почечные – утром, на лице; сердечные – вечером – на ногах), общие (водянка, отек всего тела – анасарка), пастозность (отечность), в полостях (гидроцефалия, гидроторакс, асцит), скрытые, при истощении (кахетсические), микседематозный отек (не оставляет ямки).
 14. **Лимфатические узлы:**
 - величина (увеличены, не увеличены);
 - консистенция;
 - подвижные или неподвижные;
 15. **Отдельные части тела**

Исследование по системам:

1. Костно-мышечная система:

- деформация скелета;
- деформация суставов;
- атрофия мышц;
- мышечная сила.

2. Дыхательная система:

- 1) изменение голоса;
- 2) характер дыхания;
- 3) характер одышки:
 - экспираторная;

- инспираторная;
 - смешанная;
- 4) наличие и характер мокроты;
- 5) кашель.
- 3. Сердечно-сосудистая система:**
- Пульс (от 60 до 80 ударов в минуту);
 - АД на обеих руках 110-140/60-90 мм.рт.ст.;
 - наличие отеков.
- 4. ЖКТ**
- аппетит;
 - глотание (нормальное, затрудненное);
 - съемные зубные протезы (да, нет).
- 1) Осмотр полости рта:
- язык (обложен, не обложен, налет);
 - зев (чистый, красный, зернистость);
 - наличие кариозных зубов.
- 2) Рвота, характер рвотных масс.
- 3) Живот:
- участие в дыхании;
 - форма;
 - симметричность;
 - увеличен в объеме особенности кожи живота.
- 4) Пальпация живота (болезненность, напряжение).
- 5) Пальпация печени и определение степени увеличения.
- 6) Стул (оформлен, запор, понос, недержание, примеси).
- 5. Мочевыделительная система:**
- мочеиспускание (свободное, затрудненное, болезненное, учащенное);
 - цвет мочи;
 - прозрачность.
- 6. Нервная система:**
- сон;
 - психическое состояние.
- 7. Половая система:**
- половые органы (наружный осмотр, характер оволосения);
 - молочные железы (размеры, асимметрия, деформация).

ПАЛЬПАЦИЯ

Пальпация (от лат. palpatio — ощупывание).

- Метод исследования, основанный на осязании, ощущении при ощупываниях пальцами.
- Правило – руки д. б. тёплыми, чистыми, с короткими ногтями, движения д. б. мягкими и осторожными – проводят одной рукой или двумя руками (бимануально).
- Она м. б. поверхностная – ладонь лежит плашмя и глубокая – проводится пальцами.
- Проводят с целью изучения физических свойств тканей и органов, определяют их расположение и патологические процессы.

ПЕРКУССИЯ

Перкуссия (от лат. percussio, буквально — нанесение ударов, здесь — постукивание), выстукивание, — один из основных методов физии, исследования внутренних органов больного, заключающийся в постукивании по поверхности тела.

- Она м. б. громкая (с нормальной силой перкуторного звука) и тихая (для определения границ и размеров органа).
- Перкуторный звук зависит от количества воздуха в органах, эластичности, напряжения.

Правила перкуссии:

1. Больной раздет по пояс.
2. Помещение д. б. тёплым, руки тёплыми.
3. Третий палец левой руки плотно прижат к телу, соседние пальцы расставлены в стороны и также плотно прижаты.
4. Третий палец правой руки согнут под углом 90.
5. Стибание только в лучезапястном суставе.
6. Удары наносят перпендикулярно в область 2 фаланги 3 пальца левой руки.
7. Удары д.б. короткие и отрывистые, одинаковой силы.

Перкуссия может быть:

1. *топографическая* – с целью определения границ органа – идут от ясного звука к тупому; палец расположен параллельно искомой границе; границу тупости определяют по наружному краю пальца;
2. *сравнительная* – перкутируются симметричные участки тела.

Перкуторные звуки:

1. Ясный, лёгочный звук - в норме под лёгкими или органом, содержащим газ или воздух. Он м. б. укорочен или притуплён, когда в плевральной полости жидкость или раке лёгкого, т. е. уменьшение или исчезновение воздуха на участке лёгких.
2. Коробочный – при эмфиземе лёгких.
3. Тимпанический – в норме над кишечником и желудком, где газ и вода.
4. Тупой в норме над органами без воздуха – печень, селезёнка.

АУСКУЛЬТАЦИЯ

Аускультация (выслушивание) — метод исследования и диагностики, основанный на анализе звуковых явлений (тоны, ритм, шумы, их последовательность и продолжительность), которыми сопровождается работа внутренних органов (аускультация сердца, легких, органов брюшной полости).

Различают два вида аускультации: **непосредственную** (производится путем прикладывания уха к грудной клетке и др.) и **посредственную** (производится при помощи стетоскопа или фонендоскопа).

Правила аускультации:

1. тёплое помещение;
2. больной раздет по пояс;
3. выслушивают стоя, сидя, лёжа в положении, когда удобно больному и врачу;
4. в помещении тишина;
5. выслушивают вдох, выдох;
6. прикладывают фонендоскоп к телу плотно.