ЧЕЛЯБИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

КАФЕДРА МЕНЕДЖМЕНТА И СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМИ

Методическая разработка по практическому занятию для студентов лечебного факультета

По теме:

«Личная гигиена больного. Смена нательного и постельного белья у тяжелобольных. Функциональная кровать.»

|  |  |
| --- | --- |
| Выполнила студентка: | Постовалова Елена Ивановна |
| Группа: | 561 |

Челябинск, 2001г.

1. **Цели занятия:**

В итоге занятия студент должен изучить основы ухода за тяжелобольными.

Студент должен уметь:

* Обращаться с функциональной кроватью;
* Обеспечивать тяжело больному удобное положение в постели;
* Осуществлять смену постельного и нательного белья;
* Правильно осуществлять уход за кожей, волосами, полостью рта, глазами, ушами и носом больного.

1. **Продолжительность, место проведения и материально-техническое оснащение занятий.**

Продолжительность занятий: 2 часа.

Место проведения: учебная комната (практикум), хирургический стационар.

Оснащение: методические рекомендации для студентов, наборы тестов и ситуационных задач, наглядные слайды.

1. **Хронокарта занятий.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Этапы занятий | Содержание этапов | Время | Место |
| Установочный | Вводное слово, уточнение целей и задач занятия | 5 минут | Практикум |
| 1. Проверка исходного уровня знаний | Устный ответ на контрольные вопросы | 10 минут | Практикум |
| 1. Посещение хирургического стационара | 1. Демонстрация студентам соблюдения требований по:   * Смене нательного и постельного белья; * Приготовление постели; * Подача судна и мочеприемника * уход за кожей, волосами, полостью рта, глазами, ушами и носом;   2. Демонстрация устройства функциональной кровати. | 20 минут | Хирургический стационар |
| 1. Самостоятельная работа студентов | Организация комплексных мероприятий по уходу за тяжелобольными. Закрепление навыков работы с функциональной кроватью (обеспечение тяжелобольному удобного положения в постели). | 30 минут | Хирургический стационар |
| 1. Итоговый контроль | Написание и проверка тестов, решение ситуационных задач. | 20 минут | Практикум |
| 1. Подведение итогов | Оценка работы студентов, задание на дом. | 5 минут | Практикум |

**Содержание темы.**

# ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО И УСТРОЙСТВО ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ КРОВАТИ.

При многих заболеваниях отмечаются различные изменения положения больного.

Активное положение – при удовлетворительном состоянии, когда пациент легко и свободно может осуществлять те, или иные, произвольные движения.

Пассивное положение – в случаях невозможности активных движений больных (при бессознательном состоянии, резкой слабости).

Вынужденное положение – пациента принимают с целью уменьшения болезненных ощущений. При ортопноэ больной принимает сидячее положение со спущенными вниз ногами, вследствие чего уменьшается застой крови в сосудах легких и несколько ослабляет одышка.

Положение больного не всегда совпадает с назначенным ему двигательным режимом. Существует 4-е вида двигательного режима:

Строгий постельный – больному не разрешается даже поворачиваться;

Постельный – можно поворачиваться в постели, но не покидать ее;

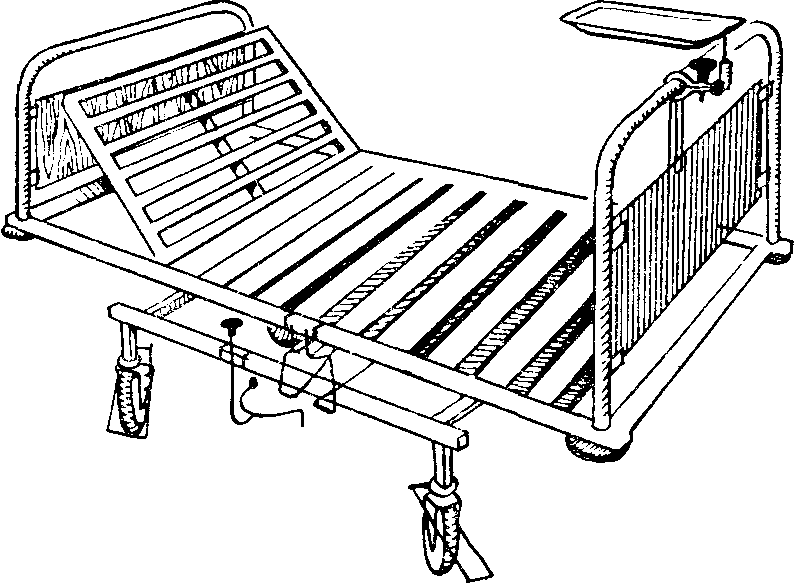
Полу постельный - можно вставать, например в туалет;

Общий – не существует ограничений двигательной активности.

Например, больные в первые сутки инфаркта миокарда должна соблюдать строгий постельный режим даже в случае их активного положения.

Для обеспечения тяжелобольному удобного положения в постели, возникает необходимость в использование функциональной кровати (рис 1.), головной и ножной конец которой можно быстро перевести в нужное положение (поднять, опустить). С этой целью в кроватной сетке предусматривается несколько секций, положение которых меняется поворотом соответствующей ручки. Подъем или опускание головной части кровати нажатием специальной ручки может производить сам больной, не прикладывая для этого почти никаких усилий. Детские кровати, а также кровати для беспокойных больных оборудуются боковыми сетками.

Рис. 1. Устройство функциональной кровати.



# ПРИГОТОВЛЕНИЕ ПОСТЕЛИ. СМЕНА ПОСТЕЛЬНОГО И НАТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ. ПОДАЧА СУДНА И МОЧЕПРИЕМНИКА.

Правильное приготовление постели и контроль за ее состоянием имеют большое значение, особенно для тяжелобольных пациентов. Матрац должен быть достаточной длины и ширины, с ровной поверхностью, желательно обшит клеенкой.

Подушки должны быть средних размеров, в некоторых случаях (при тяжелой одышке) больным удобнее находиться на высоких подушках, в других (например, после операции до выхода из наркоза) – на низких, или вообще без них.

Простыню тщательно расправляют, края ее со всех сторон подвертывают под матрац.

Постель больного и его нательное белье должны содержаться в чистоте. Смену постельного и нательного белья проводят не реже 1 раза в 10 дней, и по мере его загрязнения. Смену постельного и нательного белья нужно проводить так, чтобы, не создавать больному неудобств и стараться не причинять ему болезненных ощущений.

При смене простыни больного осторожно отодвигают на край постели, освободившуюся часть грязной просты­ни скатывают вдоль (как бинт) и на это место расстилают чистую простыню. После этого больного перекладывают на чистую простыню, скатывают оставшуюся часть грязной и полностью расправляют свежую простыню (рис. 2,а).

В тех случаях, когда больному запрещено двигаться, грязную простыню скатывают сверху и снизу до половины туловища больного, одновременно сверху подклады­вают чистую простыню и расстилают ее сверху вниз; после этого грязную простыню убирают снизу, а чистую простыню подводят сверху и полностью расправляют (рис. 2, б).

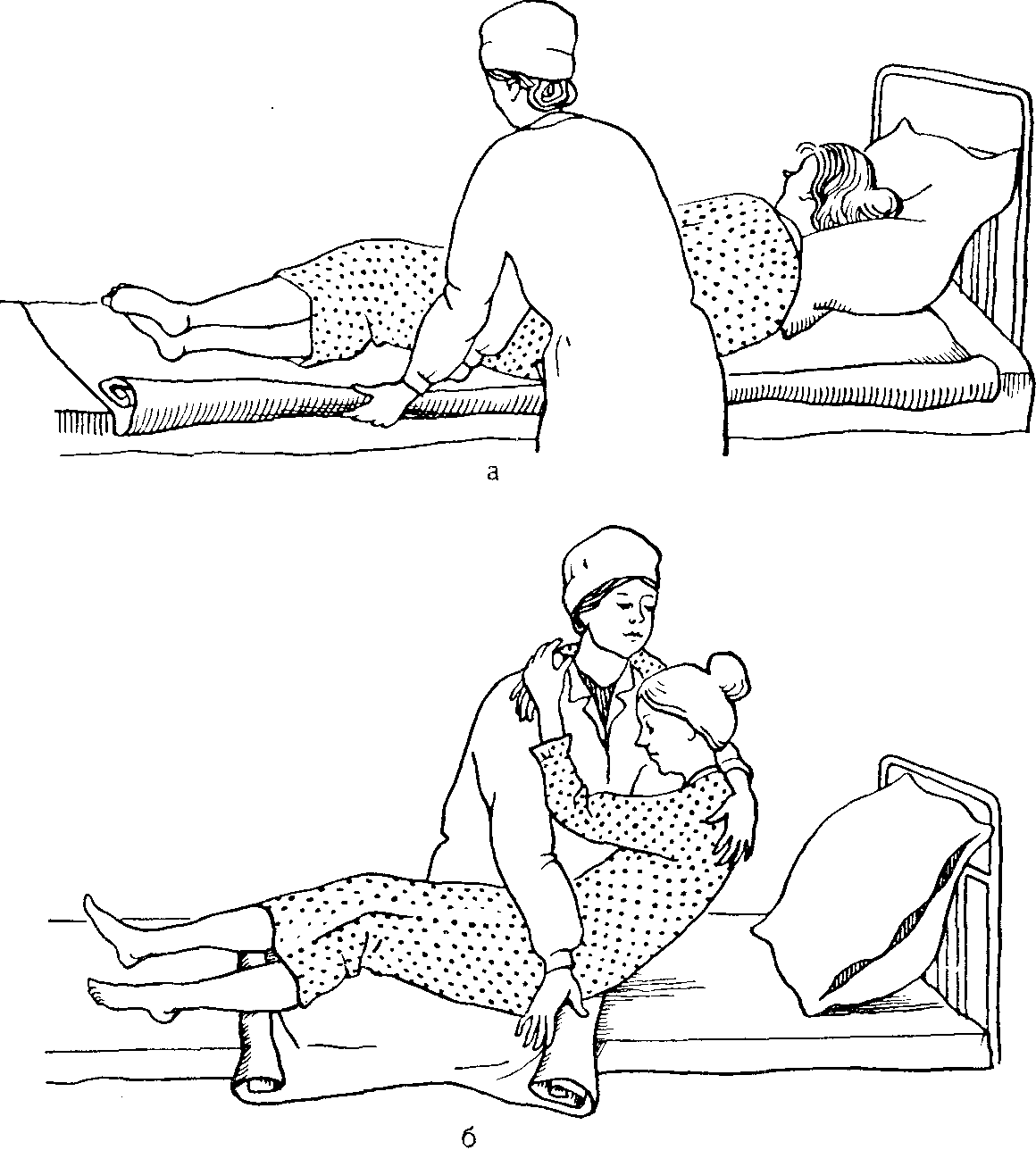
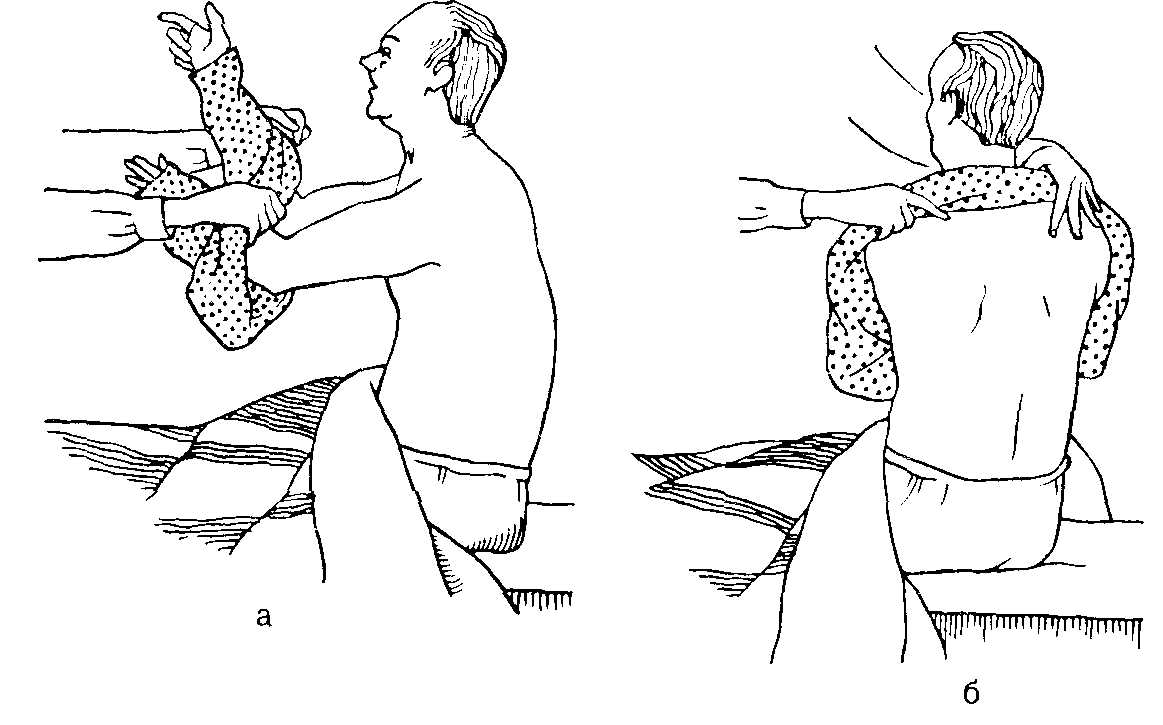


Рис. 2. Смена постельного белья у тяжелобольного.

а — первый способ, б — второй способ.

При смене рубашки у тяжелобольного (лучше, если на нем будет надета рубашка-распашонка) подводят руку под его спину, подтягивают за край рубашки до затылка, снимают ее через голову и освобождают рукава (рис. 3, а). При повреждении одной из рук сначала снимают рубашку со здоровой. Надевают рубашку, наоборот, начиная с больной руки, и пропускают ее затем через голову по направлению к крестцу больного (рис. 3,б).

Рис. 3. Смена нательного белья у тяжелобольного.



Больные, находящиеся на постельном режиме, вынуждены совершать лежа физиологические отправления. В таких случаях больным подают подкладное судно (специальное приспособление для сбора испражнений) и мочеприемник (сосуд для сбора мочи) (рис. 4).

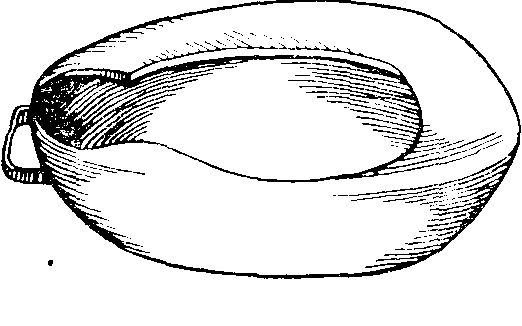
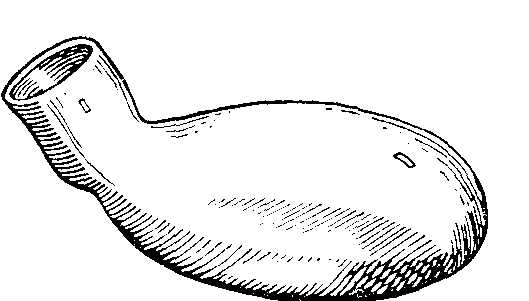


Рис. 4. Подкладное судно и мочеприемник.

Чисто вымытое и продезинфицированное судно с небольшим количеством воды, добавленной для устранения запаха, подводят под ягодицы больного, предварительно попросив его согнуть ноги в коленях и помогая ему свободной рукой несколько приподнять таз. После освобождения судна от содержимого его тщательно моют горячей водой и дезинфицируют 3 % раствором хлорамина или лизола.

При подаче мочеприемника следует иметь в виду, что далеко не все больные могут свободно помочиться, лежа в постели. Поэтому мочеприемник должен быть обязательно теплым. После мочеиспускания мочеприемник опорожняют и хорошо промывают.

# УХОД ЗА КОЖЕЙ

Тщательный уход за кожей имеет большое значение, особенно для больных, вынужденных длительное время находиться на постельном режиме. Загрязнение кожных покровов секретом потовых и сальных желез, другими выделениями ведет к появлению сильного зуда, расчесов, вторичного инфицирования кожи, развитию грибковых заболеваний, возникновению в определенных областях (меж пальцевых складках ног, меж ягодичных складках, подмышечных впадинах) опрелостей (мокнущих поверхностей), способствует в ряде случаев образованию пролежней.

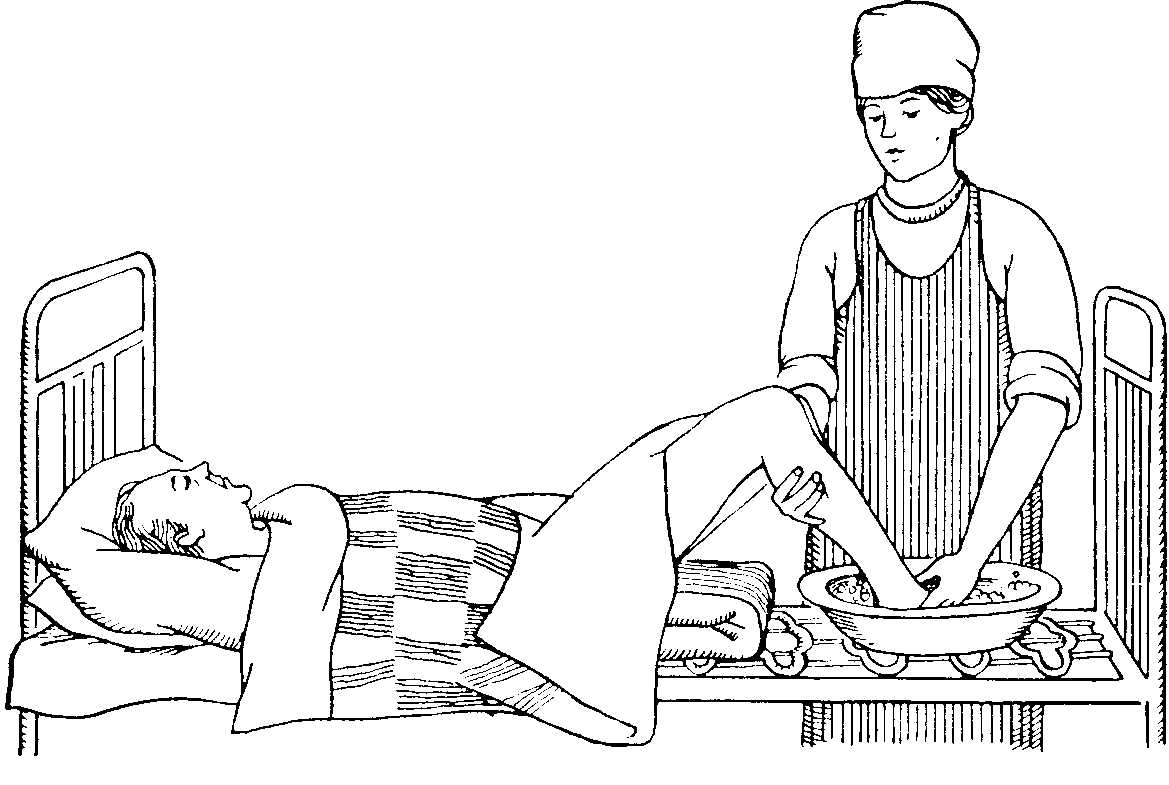


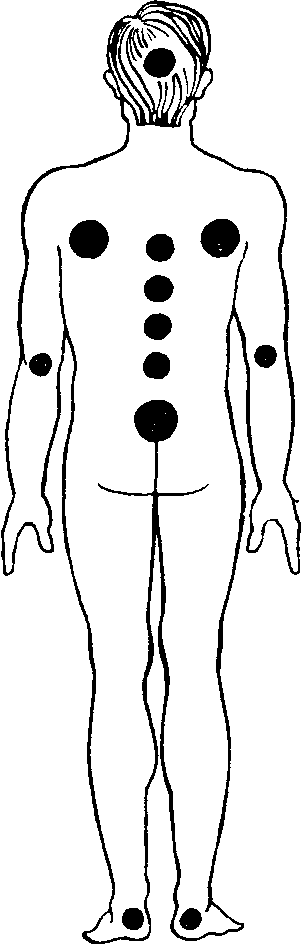
Рис. 5. Мытье ног тяжелобольного в постели.

При отсутствии противопоказаний гигиеническую ванну или душ принимают, но реже 1 раза в неделю. Кожные покровы больных, находящихся на постельном режиме, ежедневно обтирают ватными тампонами, смоченными кипяченой водой с добавлением спирта, одеколона или столового уксуса. Особенно тщательно при этом следует обмывать, а затем и высушивать те места, где могут скапливаться выделения потовых желез (складки под молочными железами, пахово-бедренные складки и т. д.). Руки больных моют перед каждым приемом пищи, а носи – 2–3 раза в неделю (рис. 5).



Рис. 6. Подмывание больной.

Кожные покровы половых органов и промежности необходимо обмывать ежедневно. У тяжелых больных с этой целью следует регулярно (не менее двух раз в день, а иногда и чаще) проводить туалет половых орга­нов с помощью подмывания, которое осуществляют с использованием кувшина, направляя струю теплой воды или слабого раствора перманганата калия на промежность (рис. 6). Ватным тампоном при этом производят несколько движений в направлении от половых органов к заднему проходу. Другим ватным тампоном таким же образом осушают кожу промежности. При наличии у женщины выделений из влагалища применяют также спринцевание – орошение стенок влагалища с помощью кружки Эсмарха и специального влагалищного наконечника кипяченой водой, слабым раствором гидрокарбоната натрия, перманганата калия или изотоническим раствором хлорида натрия.



При уходе за истощенными и ослабленными больными, пациентами, находящимися длительное время на постельном режиме, необходимо проводить комплексные мероприятия по профилактике пролежней.

Пролежни – глубокие поражения кожи с исходом в ее омертвение, возникающие при длительном сдавливании мягких тканей между костными образованиями и внешними предметами, например поверхностью матраца, гипсовой лангетой и др. Пролежни особенно часто развиваются в области крестца, копчика, лодыжек, бугра пяточной кости, мыщелков и вертела бедра (рис. 7).

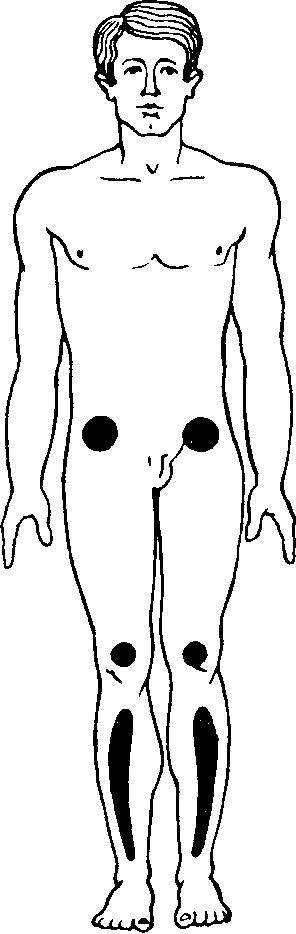


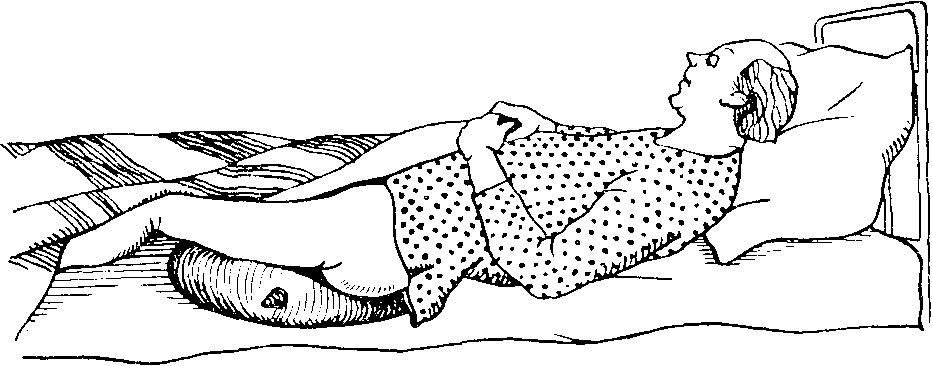
Рис. 7. Места наиболее частого образования пролежней.

К развитию пролежней предрасполагают глубокие нарушения обменных процессов в организме (например, при сахарном диабете), тяжелые нарушения мозгового кровообращения, обширные травмы с повреждением головного мозга. Во многих случаях, однако, образованию пролежней способствует плохой уход за больным – небрежный уход за кожными покровами, несвоевременное перестилание постели, недостаточная активизация па­циента и т. д.

В своем развитии пролежни проходят несколько стадий: побледнение, а затем и покраснение кожных покровов с появлением синюшных пятен, образование пузырей, отслойка эпидермиса с развитием некроза кожи, подкожной клетчатки, фасций, сухожилий и т. д. Пролежни нередко осложняются присоединением вторичной гнойной или гнилостной инфекции с крайне неблагоприятным прогнозом.

Профилактика пролежней сводится к постоянному контролю за состоянием постели тяжелобольного и его нательным бельем (своевременное устранение неровностей, грубых швов, разглаживание складок, стряхивание крошек). В профилактических целях применяют также специальные подкладные резиновые круги, которые помещают под те области тела, которые подвергаются длительному давлению (например, под крестец). Подкладной круг должен быть надут довольно слабо, чтобы он изменял свою форму при движениях больного (рис. 8). Вместо подкладного круга могут использоваться тканевые матрацы, наполненные, например, льняным семенем, а также специальные прорезиненные матрацы, состоянию из многих воздушных камер. Степень наполнения воздухом отдельных камер автоматически изменяется каждые три минуты, так что происходят постоянные подъем и опускание различных секций матраца, вследствие чего точки соприкосновения его с телом больного все время оказываются различными.

Рис. 8. Применение подкладного круга.



Необходимо также стремиться к систематическому изменению положения больного, поворачивая его в постели (на правый, левый бок и т. д.) минимум 8-10 раз в сутки. Учитывая, что пролежни чаще образуются на загрязненной коже, кожные покровы в соответствующих местах (крестец, углы лопаток, остистые отростки позвонков и др.) необходимо 2 3 раза в день обмывать холодной водой с мылом, протирая затем салфетками, смоченными камфорным спиртом или одеколоном, и при­пудривая тальком (рис. 9).

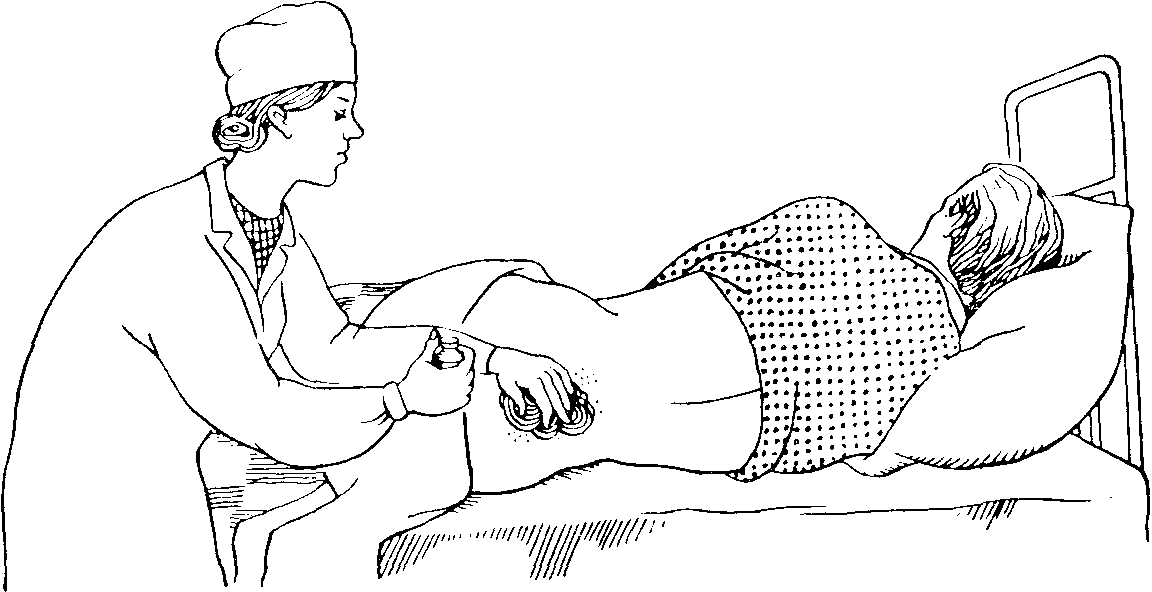


Рис. 9. Обработка больного с пролежнями.

Лечить образовавшиеся пролежни значительно труднее, чем предупредить их возникновение. В начальных стадиях рекомендуют смазывание пораженных участив 5–10 % раствором йода, 1 % раствором бриллиантовой зелени, применение физиотерапевтических методов (УВЧ, ультрафиолетовое облучение). Поверхность пролежней покрывают асептической повязкой. После отторжения некротических масс применяют различные мазевые повязки общестимулирующую терапию (переливание крови плазмы), в некоторых случаях - операцию пересадки кожи.

# УХОД ЗА ВОЛОСАМИ

Плохой уход за волосами с нерегулярным мытьем может приводить к их повышенной ломкости, выпадению, образованию кожных покровах головы жирных или сухих отрубевидных чешуек (перхоти).

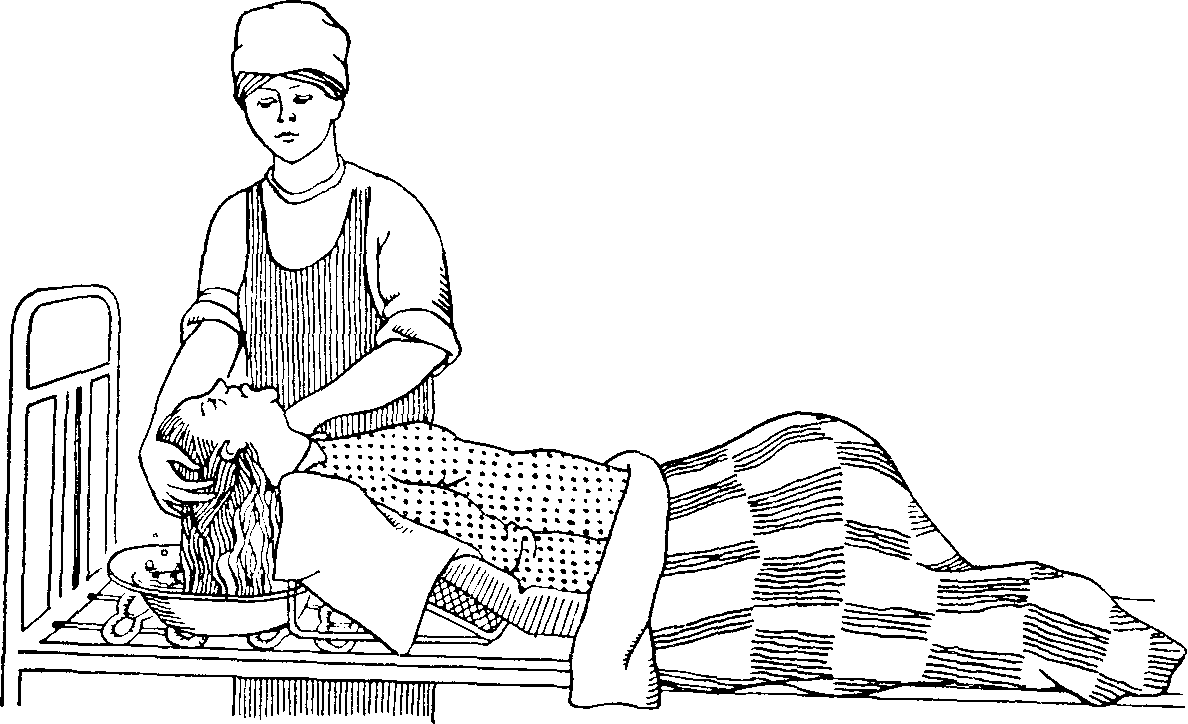


Рис. 10. Мытье головы тяжелобольного в постели.

Жирные волосы рекомендуют мыть 1 раз в неделю, а сухие и нормальные – 1 раз в 10 – 14 дней,

Мытье головы у тяжелобольного проводят в постели (рис. 10). При этом тазик размещают у головного конца кровати, а голову больного несколько приподнимают и запрокидывают. Для мытья волос лучше использовать мягкую воду (кипяченую или с добавлением тетрабората натрия из расчета 1 чайная ложка на 1 л воды). Лучше пользоваться приготовленной мыльной пеной. После мытья волосы осторожно вытирают поло­тенцем, после чего тщательно и бережно расчесывают, начиная от корня, если волосы короткие, или же, наоборот, с концов при длинных волосах.

Необходимо также осуществлять систематический уход за ногтями, регулярно удаляя грязь, скапливающуюся под ними, и коротко подстригая их не реже одного раза в неделю (рис. 11).

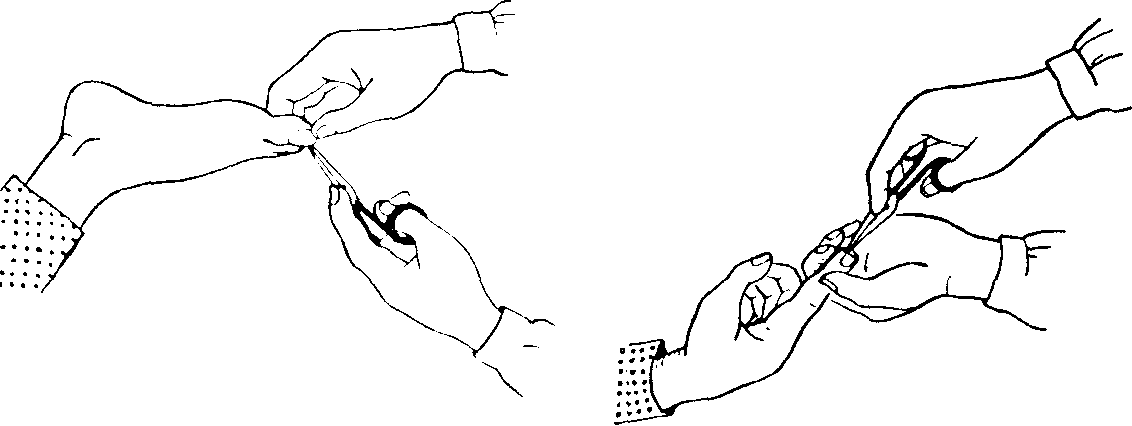


Рис. 11. Подстригание ногтей тяжелобольного на руках и ногах.

# УХОД ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА

Среди правил личной гигиены важное место занимает уход за полостью рта. При многих тяжелых заболеваниях, особенно сопровождающихся высокой лихорадкой, происходит значительное ослабление сопротивляемости организма, в результате чего в полости рта могут активно размножаться микробы, существующие там и в нормальных условиях, приводя к развитию различных поражений зубов (пульпита, периодонтита, пародонтоза), десен (гингивита), слизистой оболочки (стоматита), появлению трещин в углах рта, сухости губ.

С целью их предупреждения больные должны регулярно не реже 2 раз в день чистить зубы, полоскать рот после каждого приема пищи. Тяжелобольным промывают полость рта 0,5 % раствором гидрокарбоната натрия, изотоническим раствором хлорида натрия, слабым раствором перманганата калия. Промывание чаще всего осуществляют с помощью шприца Жане или резинового баллончика. При этом чтобы жидкость не попала в дыхательные пути, больному придают полу сидячее положение с несколько наклоненной вперед головой или же поворачивают голову набок, если больной лежит. Для лучшего оттока жидкости шпателем несколько оття­гивают угол рта.

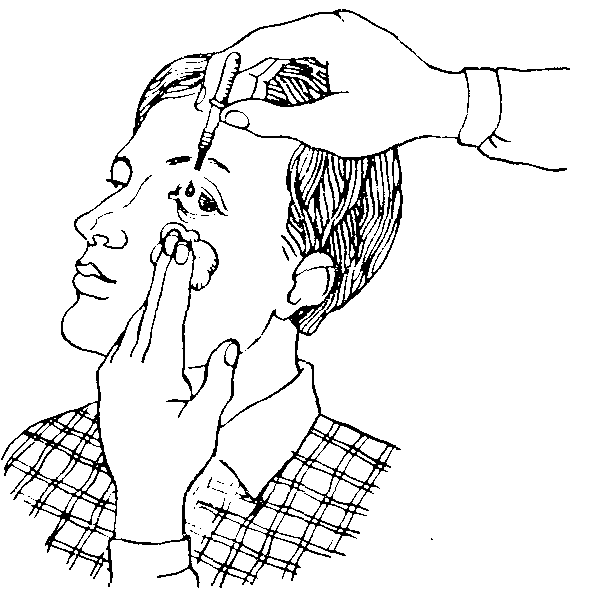
При некоторых заболеваниях полости рта, глотки, миндалин для выявления их возбудителей берут мазок со слизистой оболочки полости рта и глотки. Делают это специальным чистым тампоном, помещая его затем в за­ранее приготовленную стерильную пробирку.

# УХОД ЗА ГЛАЗАМИ

Уход за глазами осуществляют при наличии выделений, склеивающих ресницы и веки, появляющихся обычно при воспалении слизистой оболочки век (конъюнктивитах). В таких случаях с помощью ватного тампона, смоченного 2 % раствором борной кислоты, вначале размягчают и удаляют образовавшиеся корочки, а затем промывают конъюнктивальную полость кипяченой водой или физиологическим раствором. При этом веки раздвигают указательным и большим пальцами левой руки, а правой рукой, не касаясь век, производят орошение конъюнктивального мешка с помощью резинового баллончика.

При закапывании глазных капель или закладывании глазной мази нижнее веко оттягивают влажным тампо­ном, после чего пипеткой выпускают 1 – 2 капли (комнатной температуры!) на слизистую оболочку нижнего века (рис. 12) или туда же широким концом небольшой стеклянной палочки наносят глазную мазь.

Рис. 12. Закапывание больному глазных капель.



# УХОД ЗА УШАМИ И НОСОМ

Уход за ушами заключается в их регулярном мытье теплой водой и мылом. В ряде случаев возникает необходимость в очищении наружного слухового прохода от скопившихся в нем выделений, а также удалении образовавшейся там серной пробки.

Очистку наружного слухового прохода производят ватными палочками очень осторожно, чтобы не повредить поверхность наружного слухового прохода и барабанную перепонку. Для удаления серной пробки применяют промывание наружного слухового прохода с использованием шприца Жане. Предварительно для размягчения серной пробки вводят несколько капель 3 % раствора перекиси водорода (рис. 13). Для выпрямления естественного изгиба наружного слухового прохода ушную раковину оттягивают ле­вой рукой кзади и кверху, наконечник вводят на глубину не более 1 см, после чего на задневерхнюю стенку наружного слухового прохода отдельными порциями направляют струю жидкости. После удаления серной пробки наружный слуховой проход тщательно осушают.

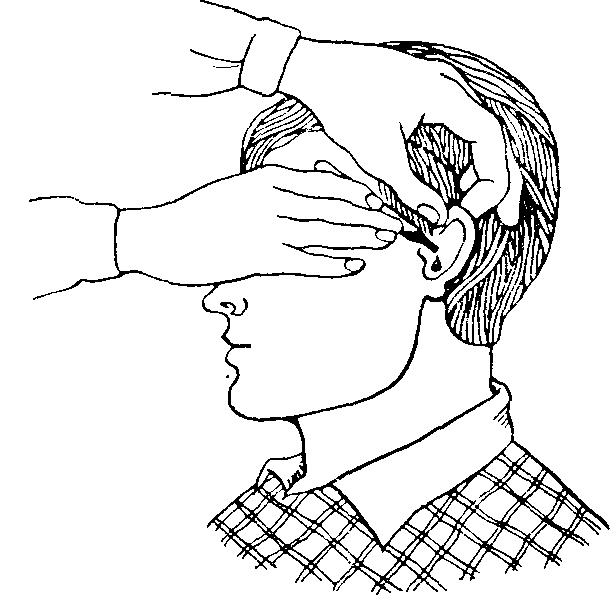


Рис. 13. Закапывание больному капель в наружный слуховой проход.

Необходимость в уходе за носовой полостью возникает при наличии выделений с образованием в ряде случаев корок на слизистой оболочке носовой полости. После предварительного размягчения глицерином или вазелиновым маслом корки удаляют небольшим пинцетом или специальным носовым зондом с накрученной на него ватой. При необходимости стерильным тампоном производят взятие мазка со слизистой оболочки носовой полости с последующим бактериологическим исследованием.

Первая помощь при носовом кровотечении заключается во введении в носовую полость кусочка ваты, смоченного перекисью водорода с последующим прижатием крыла носа, применении холода на область переносицы по 3–4 мин с перерывами. При их неэффективности осуществляют тампонаду носовой полости марлевыми турундами.

**Таким образом, соблюдение правил личной гигиены занимает одно из важнейших мест в комплексе мероприятий по уходу за больными, способствует улучшению течения различных заболеваний, профилактике серьезных осложнений. Большая роль в ее поддержании, особенно у тяжелобольных, отводится медицинским работникам.**

# ТЕСТЫ

1. С какой целью больным с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, страдающим тяжелой одышкой, рекомендуют принимать в постели полу сидячее положение?

а) в таком положении удобнее кормить;

б) уменьшается застой крови в малом круге кровообращения;

в) уменьшается опасность возникновения пролежней.

1. В чем заключается основное назначение функциональной кровати?

а) позволяет придать больному наиболее выгодное и удобное для него положение;

б) ее можно легко и быстро передвигать;

в) облегчает медперсоналу выполнение их функций по лечению и уходу.

3. Как часто следует проводить смену нательного и постельного белья?

а) 1 раз в 10 дней;

б) еженедельно, после принятия ванны или душа;

в) по мере его загрязнения, но не реже 1 раза в 10 дней.

4. Могут ли возникать пролежни при вынужденном сидячем положении больных?

а) не могут, поскольку пролежни образуются только при положении больного на спине, на животе или на боку;

б) могут, в области седалищных бугров;

в) не могут, поскольку при сидячем положении между костными выступами и матрацем остается большой слой подкожно-жировой клетчатки и мышечной ткани.

5. Почему подкладной круг нельзя надувать слишком сильно?

а) он быстро выйдет из строя;

б) ему трудно будет придать в постели устойчивое положение;

в) он должен изменять свою форму при движениях больного.

6. Что следует предпринять в начальной стадии образования пролежней?

а) усилить все профилактические мероприятия (содержание постели, смена положения больного, тщательный туалет кожи);

б) использовать различные биологически активные мази;

в) провести хирургическое лечение;

г) назначить физиопроцедуры на пораженную область (УВЧ, УФО);

д) обработать пораженные участки 1 % раствором бриллиантового зеленого, крепким раствором марганцовокислого калия, 5-10% раствором йода.

7. У тяжелобольного отмечаются повышенная ломкость и легкое выпадение волос. Нужно ли ему расчесывать волосы?

а) обязательно и как можно чаще;

б) стараться не расчесывать волосы вообще;

в) расчесывать как обычно, но использовать редкий гребень.

8. У больного с воспалением легких, получающего пенициллин, появились белые налеты на слизистой оболочке полости рта. Что следует предпринять?

а) усилить уход за полостью рта;

б) взять мазок со слизистой оболочки полости рта для бактериологического исследования;

в) рекомендовать больному более часто чистить зубы;

г) рекомендовать больному снять зубные протезы;

д) назначить противогрибковые препараты (например, нистатин).

9. Почему нецелесообразно закапывать в глаза более 1-2 капель лекарственных растворов?

а) глазные капли содержат сильнодействующие вещества;

б) в конъюнктивальной полости не удерживается больше 1 капли раствора;

в) большое количество жидкости неблагоприятно отражается на состоянии конъюнктивы.

10. Нужно ли при носовом кровотечении рекомендовать больному запрокидывать голову назад?

а) да, поскольку при этом быстрее остановится кровотечение;

б) следует рекомендовать только при очень сильном носовом кровотечении;

в) не нужно, так как кровотечение не остановится; кровь будет стекать по заднем стенке носоглотки, что затруднит правильную оценку динамики кровотечения.