

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Kuban State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Алгоритмы манипуляций по общему терапевтическому уходу

Методическое пособие

Краснодар, 2020 год

ЦДК 616 (091): 378.661. (07.07)

Составители:

Бочарникова М.И. – ассистент кафедры ПВБ;

Крючкова И.В. – ассистент кафедры ПВБ;

Кузнецова Е.А. – ассистент кафедры ПВБ;

Непсо А.А. – ассистент кафедры ПВБ;

Панченко Д.И. – ассистент кафедры ПВБ;

Солодова Ю.А. – ассистент кафедры ПВБ;

Шевченко О.А. – доцент кафедры ПВБ.

Научный редактор: заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней,
доцент А.Ю. Ионов

Методическое пособие «Алгоритмы манипуляций по терапевтическому уходу». – Краснодар – 2020 г.

Методическое пособие предназначено для студентов 1-2 курсов лечебного и медико-профилактического факультетов. Призвано систематизировать знания и оптимизировать навыки по простейшим медицинским манипуляциям.

Рекомендовано к изданию ЦМС КубГМУ, протокол № _____ от _____

Кубанский государственный медицинский университет

ОГЛАВЛЕНИЕ:

Гигиеническая обработка рук.....	4
Транспортировка терапевтического больного.....	4
Санитарная обработка больного.....	6
Антропометрия.....	11
Измерение артериального давления.....	13
Определение и подсчет пульса.....	15
Измерение температуры тела.....	15
Помощь при лихорадке.....	19
Уход за глазами.....	21
Уход за полостью рта.....	26
Уход за полостью носа.....	28
Уход за ушами.....	28
Кормление тяжелобольного.....	29
Оксигенотерапия.....	31
Профилактика пролежней.....	32
Смена постельного и нательного белья.....	33
Применение судна.....	36
Применение согревающего компресса.....	39
Подача грелки.....	40
Подача пузыря со льдом.....	41
Набор лекарственного вещества из ампулы.....	43
Техника внутривенной инъекции.....	44
Техника подкожных инъекций.....	46
Техника внутримышечной инъекции.....	48
Техника внутривенной инъекции.....	51
Техника внутривенно-капельного вливания.....	54
Промывание желудка.....	58
Подмывание тяжёлобольного.....	60
Постановка газоотводной трубки.....	62
Постановка очистительной клизмы.....	63
Постановка сифонной клизмы.....	65
Катетеризация мочевого пузыря.....	67
Сердечно-лёгочная реанимация.....	71
Сбор мокроты.....	77
Сбор мочи на общий анализ.....	78
Сбор мочи суточной на глюкозу.....	79
Сбор, исследование мочи по Нечипоренко.....	80
Сбор мочи на исследование по Зимницкому.....	81
Сбор кала на общий анализ.....	81
Список литературы.....	83

Гигиеническая обработка рук (дезинфекция):

Показания: перед выполнением инвазивных процедур, перед уходом за больными с ослабленным иммунитетом, перед надеванием и после снятия перчаток. После ухода за раной и работы с мочевым катетером, после контакта с биологическими жидкостями или после возможной микробной контаминации.

Приготовьте: туалетное мыло, кран с водой, матерчатое или бумажное полотенце, ножницы и пилка для ногтей, стерильные салфетки, 70° этиловый спирт, 0,5% спиртовой хлоргексидин, 2,4% раствор перманганата калия, стерильные хирургические перчатки.

Последовательность действий:

1. Осуществите бытовой уровень обработки рук.
2. Осушите руки стерильной салфеткой.
3. Возьмите салфетку, смоченную 70° этиловым спиртом или 0,5% спиртовым хлоргексидином, и обработайте руки — последовательно, симметрично, ступенчато, пунктуально, т.е.:
 - поочередно обработайте пальцы левой и правой кисти,
 - поочередно обработайте ладонную и тыльную поверхности левой и правой кисти,
 - поочередно обработайте нижнюю треть предплечья слева и справа,
 - поочередно обработайте среднюю треть предплечья слева и справа.
4. Обработку проводите в течение 3 мин по 1,5 мин двумя салфетками.
3. Осушите руки стерильной салфеткой.

Транспортировка и перекладывание терапевтического больного:

Под транспортировкой понимают как перевозку, так и переноску больного к месту оказания медицинской помощи.

Вид транспортировки определяет врач, манипуляция выполняется вдвоём или втроём с или без помощи больного.

Цель: создать максимальный покой больному при его перемещении.

Показания: невозможность больных передвигаться самостоятельно, доставка больных в операционную и из операционной в отделение.

Приготовьте: каталка с паралоновым матрасом в клеёнчатом чехле, чистая простынь, одеяло и подушка.

Перед выполнением манипуляции:

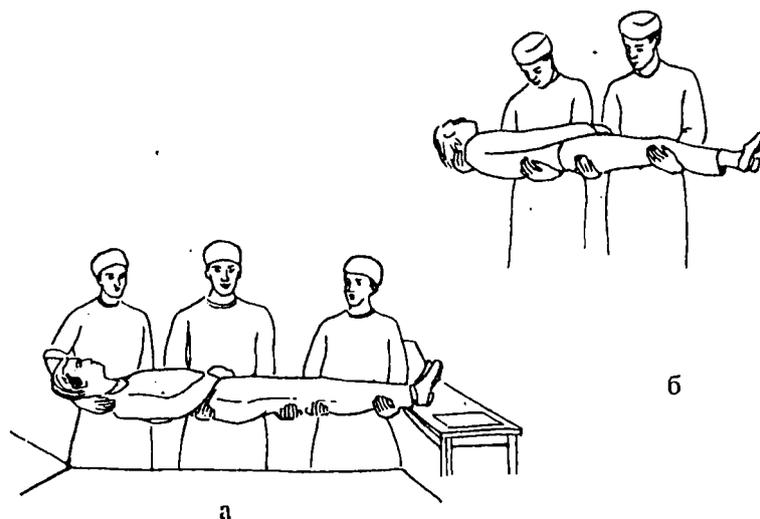
1. Вежливо, доброжелательно поприветствуйте больного, обратившись к нему по имени и отчеству.
2. Объясните ему смысл манипуляции. Добейтесь понимания и получите согласие на её выполнение.
3. Обеспечьте конфиденциальность манипуляции. Во время манипуляции вежливо общайтесь с больным, поясняя ему ваши действия. Проявляйте доброту и милосердие к нему.

Последовательность действий:

1. Подготовьте каталку к транспортировке, проверьте её исправность.
2. Постелите на каталку простыню и положите на неё подушку.

3. Поставьте каталку (носилки) по отношению к кушетке (кровати) под прямым углом, так, чтобы её головной конец подходил к ножному концу кушетки.
4. Раскройте больного, если он укрыт.
5. Встаньте вдвоём с одной стороны больного: один человек подводит руки под голову и спину больного, второй — под таз и колени.
6. Поднимите больного и повернитесь вместе с ним на 90° в сторону каталки (носилки).
7. Опустите больного на каталку (носилки), придайте ему удобное положение, убедитесь, что он чувствует себя комфортно.
8. Укройте, скажите ему несколько добрых слов.
9. Транспортируйте его в отделение головой вперёд, а вниз по лестнице (на носилках) — ногами вперёд, приподнимая ножной конец носилок.
10. Во время транспортировки непрерывно наблюдайте за состоянием больного.
11. В отделении бережно переложите больного на кровать (повторяя манипуляцию перекладывания в обратной последовательности).
12. Помогите ему лечь удобнее.
13. Поправьте постель.
14. Скажите ему несколько добрых слов.

Перекладывание пациента на носилки втроём (а) и вдвоём (б):

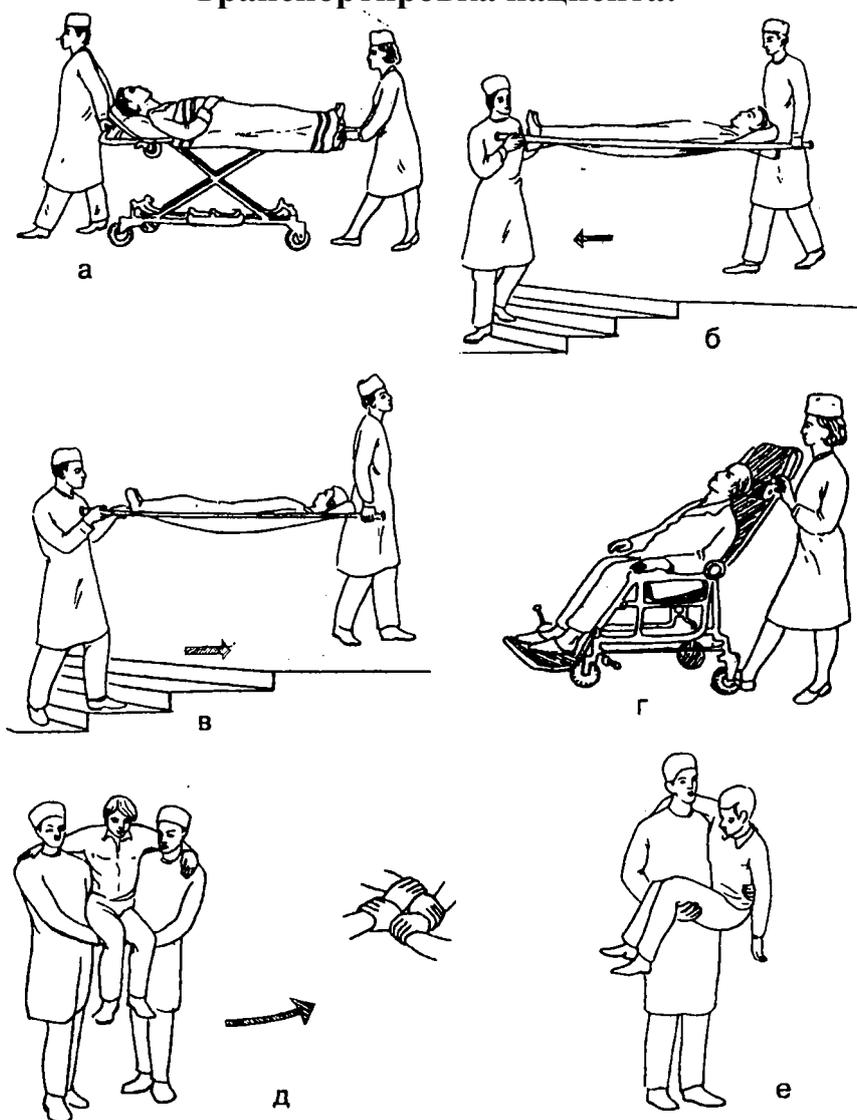


Транспортировка пациента на каталке (вдвоем):

1. Проверьте и подготовьте к транспортировке каталку.
2. Постелите на каталку:
 - а) 1/2 часть одеяла;
 - б) накройте простыней;
 - в) положите подушку;
 - г) клеенку с пленкой (при необходимости).
3. Поставьте каталку ножной частью под углом к изголовью кушетки или другим способом, более удобным в данной ситуации.
4. Приподнимите пациента - одна медсестра подводит руки под шею и туловище, другая - под поясницу и ноги.
5. Положите пациента на каталку и убедитесь, что ему удобно лежать.

6. Укройте пациента второй половиной одеяла и простыней.
7. Встаньте у каталки - одна медсестра впереди каталки, другая - сзади, но лицом к пациенту.
8. В таком положении транспортируйте пациента в отделение головой вперед.
9. Поставьте каталку к кровати так, как позволяет площадь палаты.
10. Снимите с кровати одеяло, раскройте пациента и доступным способом переложите его на кровать.
11. Укройте пациента и убедитесь, что он чувствует себя комфортно, что у него нет просьб.

Транспортировка пациента:



Санитарная обработка больного (гигиеническая ванна):

Цель: профилактика заноса и распространения внутрибольничной инфекции.

Показания: при поступлении больного в приёмное отделение и не менее одного раза в течение 7 дней — текущая гигиеническая обработка, уход за больными с нарушением физиологических отправления.

Противопоказания: тяжёлое состояние больного, кровотечение, травма, высокая температура тела, кожные заболевания.

Приготовьте: мочалка индивидуальная одноразовая (для тела), мочалка (для ванны), мыло, полотенце, простыни, термометр для измерения температуры воды, чистое бельё, ёмкости для грязного белья, дезинфицирующие растворы, кастрюли с надписью «чистые мочалки» и «грязные мочалки», флакон с нашатырным спиртом, флакон с сердечными каплями (корвалол, валокордин).

Подготовка ванны:

1. Вымойте ванну мочалкой с мылом и обработайте дезинфицирующим раствором.
2. Налейте в ванну холодную воду.
3. Добавьте к холодной воде горячую воду до температуры 38—40 °С (под контролем термометра).
4. Положите на деревянный настил около ванны матерчатую салфетку.
5. Проверьте температуру ванной комнаты (25 °С).
6. Подготовьте индивидуальную (одноразовую) мочалку.

Перед выполнением манипуляции:

1. Вежливо, доброжелательно поприветствуйте больного, обратившись к нему по имени и отчеству.
2. Объясните ему смысл манипуляции. Добейтесь понимания и получите согласие на её проведение.
3. Обеспечьте конфиденциальность манипуляции.
4. Пригласите больного в ванную комнату.
5. Во время манипуляции вежливо общайтесь с больным, поясняя ему ваши действия. Проявляйте к нему доброту и милосердие.

Последовательность действий:

1. Помогите больному раздеться.
2. Помогите ему войти в ванну.
3. Помогите удобно расположиться в ванне. Вода в ванне должна доходить до средней трети груди больного.
4. Подставьте под ноги больного деревянную подставку или скамейку, если он не упирается ногами в противоположный конец ванны или помогите расположиться ему на специальном сидении для ванны.
5. Намыльте мочалку мылом.
6. Вымойте больного в следующей последовательности: голова, туловище, руки, ноги.
7. Помогите больному выйти из ванны.
8. Протрите его простынёй или полотенцем в той же последовательности.
9. Помогите надеть чистое бельё.
10. Скажите несколько добрых слов больному и проводите его до палаты.

Запомните! Продолжительность ванны не должна превышать 20—30 мин. Особое внимание необходимо обратить на обработку паховых областей, промежности, подмышечных впадин, у женщин — под молочными железами. Необходимо также следить за окраской кожных покровов больного и пульсом.

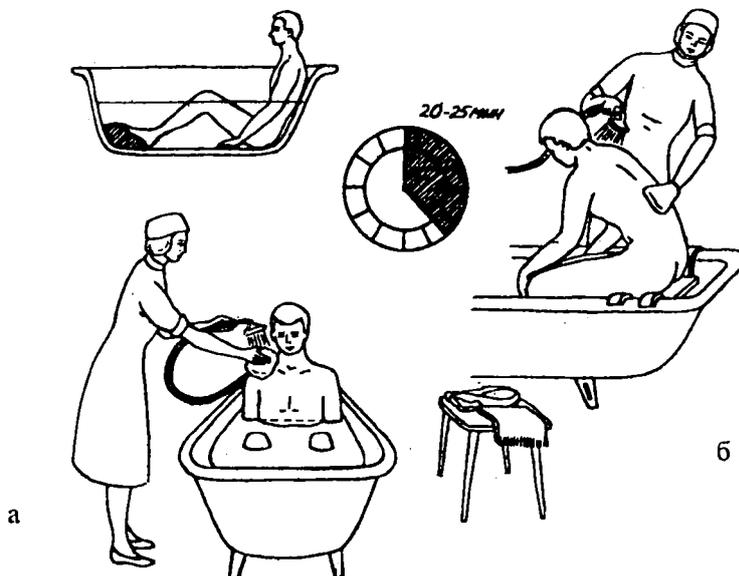
Осложнения: побледнение кожных покровов, головокружение, плохое самочувствие, тахикардия.

Оказание помощи при осложнениях:

Если больному стало плохо во время приёма ванны, помогите ему выйти из ванны, вытрите его простынёй или полотенцем, уложите на кушетку с приподнятым ножным концом, дайте понюхать ватку, смоченную нашатырным спиртом. Положите на лоб больного полотенце, смоченное холодной водой.

В зависимости от состояния больного и жалоб — вызовите врача.

Полная санитарная обработка больного в ванне (а) и под душем (б):



Обработка пациента при выявлении вшей:

Цель: предупреждение распространения инфекции.

Показания: наличие вшей и гнид.

Приготовьте (для себя):

1. Бутылку с шампунем.
2. Дополнительный халат.
3. Косынку.
4. Маску.
5. Перчатки.

Приготовьте (для пациента):

1. Кушетку.
2. Клеенку.
3. Прорезиненный мешок для вещей (2 шт.).
4. Обычный шампунь для мытья головы.
5. Клеенчатую пелерину.
6. Халат.

Последовательность действий:

1. Постелите на кушетку клеенку.
2. Наденьте дополнительный халат, косынку, маску, перчатки.
3. Хорошо встряхните бутылку с шампунем.
4. Предложите пациенту сесть на кушетку и объясните его поведение во время манипуляции.

5. Нанесите неразведенный шампунь на сухие волосы и кожу пациента, подождите, пока они полностью не промокнут.
6. Оставьте шампунь на поверхности на тот промежуток времени, который указан в инструкции.
7. Промойте волосы теплой водой и обычным шампунем или мылом.
8. Пока волосы еще мокрые, расчешите все узлы обычной расческой, разделите волосы на 4 пряди.
9. Начиная с верха головы, поднимите одну из 4 прядей на 2-3 см.
10. Возьмите специальную расческу в другую руку и поставьте зубчики как можно ближе к коже волосистой части головы.
11. Медленно расчесывайте от корней до кончиков волос, так, чтобы полностью расчесать во всю длину прядь волос в 2-3 см.
12. Заколите назад пряди, которые уже расчесаны. продолжайте расчесывать и закалывать до тех пор, пока не будут вычесаны все вши и гниды (часто снимайте куском марли гнид, которые накапливаются на расческе).
13. Когда все волосы расчесаны, промойте их теплой проточной водой и обычным шампунем.

Дополнительная информация:

1. Если во время обработки и расчесывания волосы высыхают, их необходимо смачивать водой.
2. После высушивания волос (после окончания обработки) проверьте их еще раз, и, если обнаружите гнид, вычешите волосы еще раз тщательно.
3. Повторите обработку шампунем через 7-10 дней.
4. Вещи пациента сдайте в дезкамеру.
5. После использования расчески и все другие вещи и материал замочите в дез. растворе.
6. Уксусная вода - часто применяется для борьбы с гнидами.

Состав: обычный уксус 5-9% (2-3 ст. ложки) + 1 стакан обычной теплой воды (27-35 градусов).

- а) Нанести состав на голову.
- б) Накрыть голову х/б косынкой на 30 минут.
- в) Прочесать голову частым гребнем (если его нет, то между зубчиками расчески протянуть нитку).
- г) Смыть состав обычным шампунем.

Запомните!

В течение месяца необходим 3-кратный осмотр пациента, через каждые семь дней, т.е. кто проводил обработку, должны принять душ, а вещи сдать на дезобработку.

После обработки пациента с наличием гнид, вшей, чесотки в условиях стационара, все вещи пациента и дополнительная спец. одежда медсестры отправляются в дез. камеру.

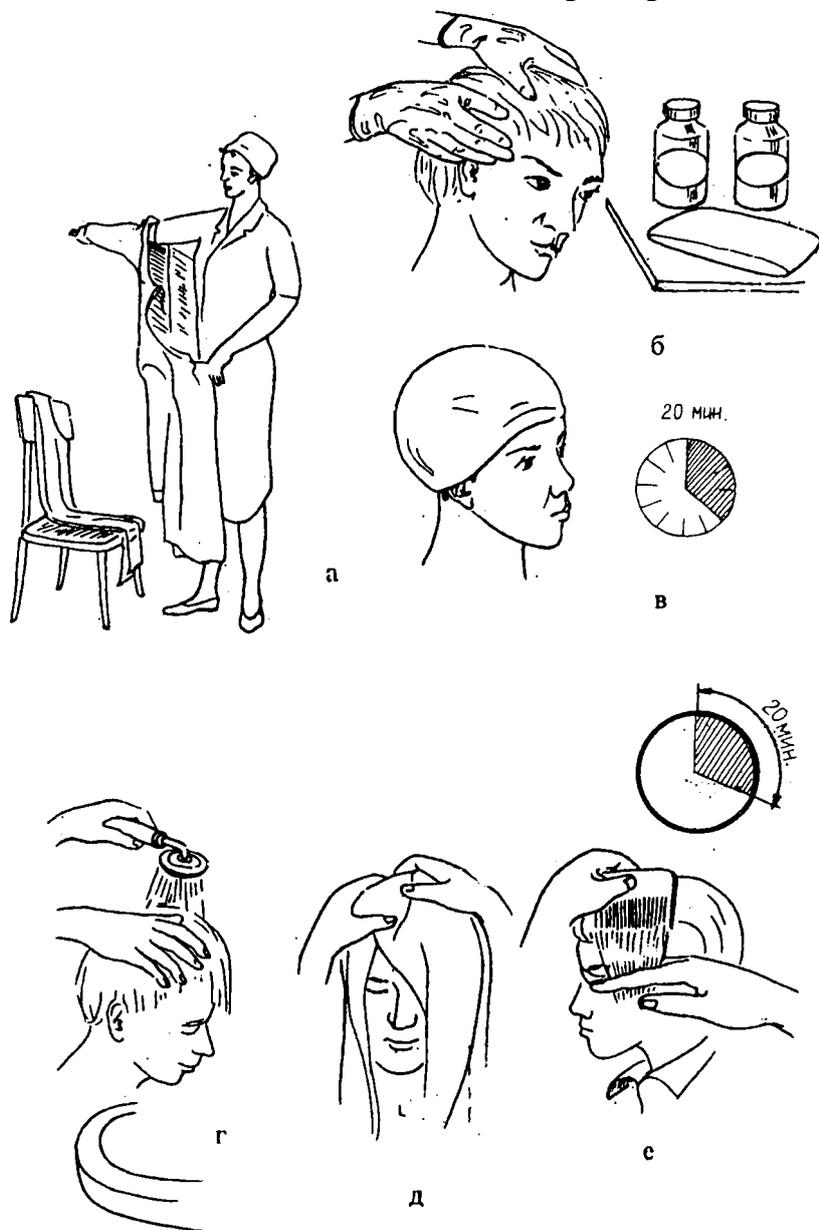
Если обработка пациента проводилась в домашних условиях, то вещи необходимо кипятить в любом содовом растворе (2 столовые ложки соды на ведро воды) 15 минут с момента закипания.

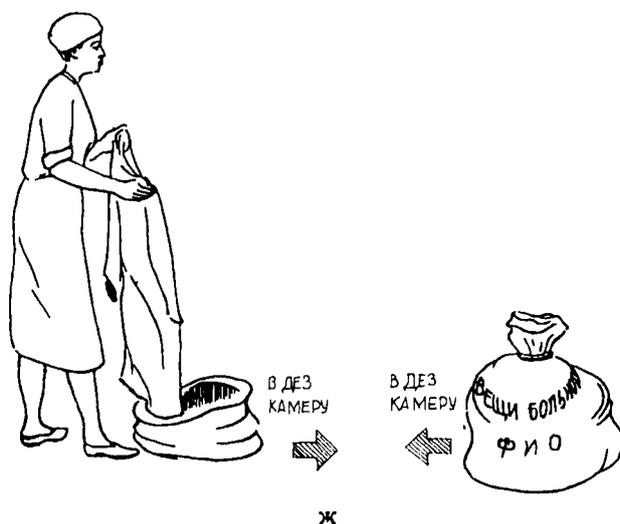
После стирки ткань обязательно прогладить горячим утюгом!

Медицинский персонал, проводивший дез. обработку пациента, обязан провести дез. обработку помещения, сдать свой комплект специальной одежды в дез. камеру и пройти гигиеническую обработку.

Каждое лечебно-профилактическое учреждение, в том числе поликлиники и стационары, обязано иметь в своем оснащении противопедикулезный набор.

Последовательность действий медицинской сестры при выявлении педикулёза:





Антропометрия:

Цель: получить объективные данные обследования пациента.

Показания:

- а) первичный осмотр пациента;
- б) динамическое наблюдение в процессе лечения.

Противопоказания: крайне тяжелое состояние пациента.

Взвешивание пациента:

Приготовьте:

- а) медицинские весы;
- б) лист наблюдения за состоянием пациента;
- в) перчатки;
- г) емкости с дезинфицирующими растворами;
- д) одноразовую салфетку под ноги пациента (можно использовать обычный лист бумаги).

Подготовьте пациента:

- а) предупредите о манипуляции, утром натощак до приёма пищи;
- б) предложите опорожнить мочевой пузырь и кишечник;
- в) предложите пациенту раздеться до нательного белья и обязательно снять обувь.

Последовательность действий:

1. Проверьте исправность и точность работы медицинских весов.
2. На площадку весов постелите одноразовую салфетку или обычный лист бумаги.
3. Предложите пациенту встать на середину площадки весов, при опущенном затворе.
4. Поднимите затвор весов, установите равновесие с помощью грузов, расположенных на верхней и нижней планках весов - в результате получите массу тела пациента.
5. Полученные данные обязательно внесите в соответствующую графу в листе наблюдения за состоянием пациента.
6. Наденьте перчатки и использованную одноразовую салфетку или обычный лист бумаги замочите в дез. растворе.

Запомните!

Взвешивание всегда проводится в одних и тех же условиях - натощак, в нательном белье, после опорожнения мочевого пузыря и кишечника, без обуви.

Измерение роста пациента:

Приготовьте:

- а) ростомер;
- б) одноразовую салфетку (под ноги пациенту) или обычный лист бумаги;
- в) перчатки;
- г) емкости с дез. раствором.

Последовательность действий:

1. Проверьте исправность ростомера.
2. На площадку ростомера постелите салфетку.
3. Планку ростомера поднимите вверх и предложите пациенту встать на площадку ростомера спиной к шкале так, чтобы его затылок, лопатки, ягодицы и пятки плотно прилегали к ней.
4. Голова должна быть в таком положении, чтобы верхний край наружного слухового прохода и углы глаз были на одной горизонтальной линии.
5. Опустите планку на темя пациенту и отметьте длину его тела по нижнему краю планки.
6. Полученные данные запишите в лист наблюдения.
7. Наденьте перчатки и замочите пеленку в дезинфицирующем растворе.

Измерение окружности грудной клетки:

Приготовьте:

- а) сантиметровую ленту;
- б) лист наблюдения за пациентом;
- в) перчатки.

Последовательность действий:

1. Проверьте целостность сантиметровой ленты, четкость нанесенных цифр.
2. Предложите пациенту освободить грудную клетку от одежды и отвести слегка руки в стороны.
3. Сантиметровую ленту наложите сзади - по нижним углам лопаток, спереди – у мужчин по уровню сосков, у женщин - по 4 ребру. руки пациента опущены, дыхание свободное. Измерение проводят трижды:
 - а) в покое;
 - б) на максимальном вдохе;
 - в) на максимальном выдохе;
4. Полученный результат запишите в лист наблюдения;
5. Наденьте перчатки, смочите ветошь в дезинфицирующем растворе и обработайте ленту два раза с 5-минутным перерывом, затем сполосните под проточной водой, высушите, уложите в футляр.

Динамометрия:

Проводится обычно прибором с металлической пружиной, соединенной со стрелкой циферблата. Применяют также ртутные, гидравлические, электрические, маятниковые динамометры. В последнее время используют полидинамический станок А.В.

Коробкова и Г.И. Чернява, который позволяет добиться раздельного действия тех или иных групп мышц и измерить их силу в равных условиях.

Измерение окружности живота:

Цель:

- а) выявление скопления жидкости в брюшной полости (асцит);
- б) уточнение объема живота для подбора размера нательного белья.

Последовательность действий:

1. Предупредить пациента накануне, что утром натощак будет проводиться измерение.
2. Сантиметровую ленту поместить сзади - на уровне третьего поясничного позвонка, спереди - на уровне пупка.
3. Полученные данные занести в лист наблюдения.

Измерение артериального давления:

АД - это давление крови на стенки артерий и впереди лежащий столб крови во время систолы и диастолы. Нормальные величины артериального давления находятся в пределах 120/70-140/90 мм рт.ст.

Величина АД зависит от многих причин:

- а) возраста;
- б) состояния нервной и эндокринной систем;
- в) времени суток;
- г) физической нагрузки и т.д.

Утром артериальное давление ниже на 5-10 мм рт. ст., но у пациентов, страдающих повышенным артериальным давлением (гипертонией), наоборот, отмечается подъем АД утром.

Измерять АД следует в определенные часы, лучше утром, до обеда, при отсутствии утомления и возбуждения, в определенном положении тела, по возможности при одинаковой средней температуре воздуха и обычном атмосферном давлении.

Измерение артериального давления на плечевой артерии:

Цель: получить объективные данные о состоянии пациента.

Показания определяет врач. **Противопоказаний нет.**

Приготовьте:

- а) тонометр;
- б) стетофонендоскоп.

Подготовьте пациента:

- а) сообщите о манипуляции;
- б) усадите или уложите его так, чтобы не было напряжения мышц, он должен лежать спокойно, не разговаривать;
- в) предупредите, что он не должен следить за ходом измерения АД.

Последовательность действий:

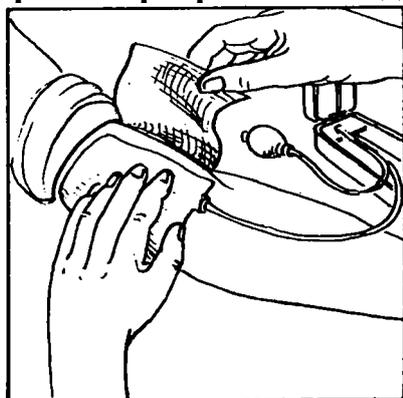
1. Проверьте исправность тонометра и фонендоскопа.
2. Уточните у пациента его обычное давление и его самочувствие в этот момент; были ли физические или психо-эмоциональные нагрузки, курение, приём каких-либо препаратов ближайшие 30 мин.

3. Освободите плечо от одежды и наложите манжетку на 2-3 см выше локтевого сгиба так, чтобы под нее свободно проходили 1-2 пальца, закрепите ее.
4. Руку пациента максимально разогните в локтевом суставе, ладонью вверх. Чтобы вены были более доступны, подложите под локоть резиновую подушечку.
5. Найдите в локтевом сгибе плечевую артерию, наденьте фонендоскоп и плотно, но без давления приложите его к артерии, нагнетайте воздух в нее и в манометр, фиксируйте момент исчезновения тонов аускультативно или пальпаторно момент исчезновения пульсации на лучевой артерии с превышением давления на 20-30 мм. рт. ст. и постепенно снижайте давление воздуха со скоростью 1-2 мм.рт.ст. в сек.; при появлении первого тона отметьте в памяти эту цифру.
6. Продолжайте выпускать воздух из манжетки до тех пор, пока тоны не исчезнут, отметьте в памяти и эту цифру.
7. Снимите с руки пациента манжетку, сообщите ему полученные данные, результаты занесите в лист динамического наблюдения за пациентом.

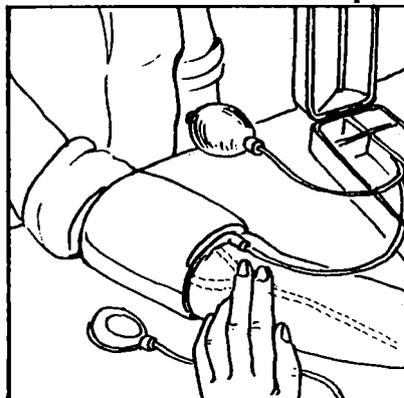
Дополнительная информация:

1. Цифра, полученная при появлении первого тона, соответствует систолическому, то есть, максимальному давлению. Цифра, полученная при исчезновении тонов, соответствует диастолическому, то есть, минимальному давлению.
2. Разница между максимальным и минимальным давлением называется пульсовым давлением, в норме оно равно 30-40 мм рт. ст.
3. Перед измерением АД необходимо проверить, чтобы стрелка тонометра находилась строго на нулевой отметке. повторно измерять АД можно через 1-2 минуты, предварительно выпустив весь воздух из манжетки!

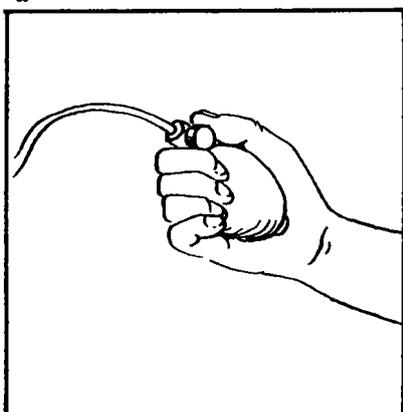
Измерение артериального давления на плечевой артерии:



а



б



в



г

Определение и подсчет пульса пациента:

Пульс - толчкообразные колебания стенок сосудов, вызванные движением крови, выталкиваемой сердцем.

Наиболее частые места определения пульса:

- а) лучевая артерия;
- б) височная артерия;
- в) сонная артерия;
- г) артерия тыльной стороны стопы.

Последовательность действий:

1. Кистью своей руки охватите область лучезапястного сустава пациента так, чтобы большой палец располагался на тыльной стороне предплечья.
2. Остальными пальцами на передней поверхности сустава пальпируйте лучевую артерию, прижимая ее к лучевой кости.

Дополнительная информация:

- а) пульсовая волна ощущается как расширение артерии;
- б) исследование пульса следует начинать на обеих руках; при отсутствии разницы пульса в дальнейшем ограничиваются его исследованием на одной руке;
- в) у здоровых людей частота пульса соответствует частоте сердечных сокращений и равна 60-90 в одну минуту;
- г) при ритмичном пульсе подсчет частоты пульсовых волн производят 30 сек. и умножают на 2; при аритмичном пульсе подсчет следует проводить 1 мин;
- д) учащение ЧСС более 90 в 1 мин. называется тахикардией, урежение ЧСС менее 60 в мин. - брадикардией;
- е) во время сна происходит урежение числа сердечных сокращений на 10 в 1 минуту;
- ё) результат подсчета пульса медсестра отмечает графически цветным карандашом (чаще черным или синим) в листе наблюдения за пациентом;
- ж) повышение температуры тела на 1 градус чаще всего увеличивает число пульсовых ударов на 10 в 1 мин.;
- з) редкий пульс (брадикардия) может наблюдаться у спортсменов и тренированных людей;
- и) при аритмиях частота пульса может быть меньше частоты сердечных сокращений. Разница между частотой сердечных сокращений называется дефицитом пульса.

Запомните несколько правил:

- а) не следует сильно прижимать артерию, так как под давлением пульсовая волна может исчезнуть;
- б) не следует пальпировать пульс одним пальцем, поскольку в нем проходит пульсирующая артерия, это может ввести в заблуждение исследующего.

Измерение температуры тела пациента:

Цель: диагностическая.

Показания: контроль за состоянием пациента.

Противопоказаний нет.

Приготовьте:

1. Перчатки.

2. Максимальный ртутный медицинский термометр.
3. Маркированную емкость для дезинфекции термометров с:
 - а) 2% раствором хлорамина (экспозиция 5 минут);
 - б) 0,5% раствором хлорамина (экспозиция 30 минут);
 - в) 3% раствором перекиси водорода (экспозиция 80 минут).
4. Температурные листы (индивидуальный и общий).

Места измерения температуры:

- а) ротовая полость;
- б) подмышечная область;
- в) паховая складка;
- г) прямая кишка;
- д) влагалище.

Подготовка пациента:

- а) объясните пациенту правила измерения температуры;
- б) придайте пациенту удобное положение;
- в) вытрите подмышечную область или паховую складку;
- г) перед измерением температуры пациент не должен совершать активных движений.

Последовательность действий:

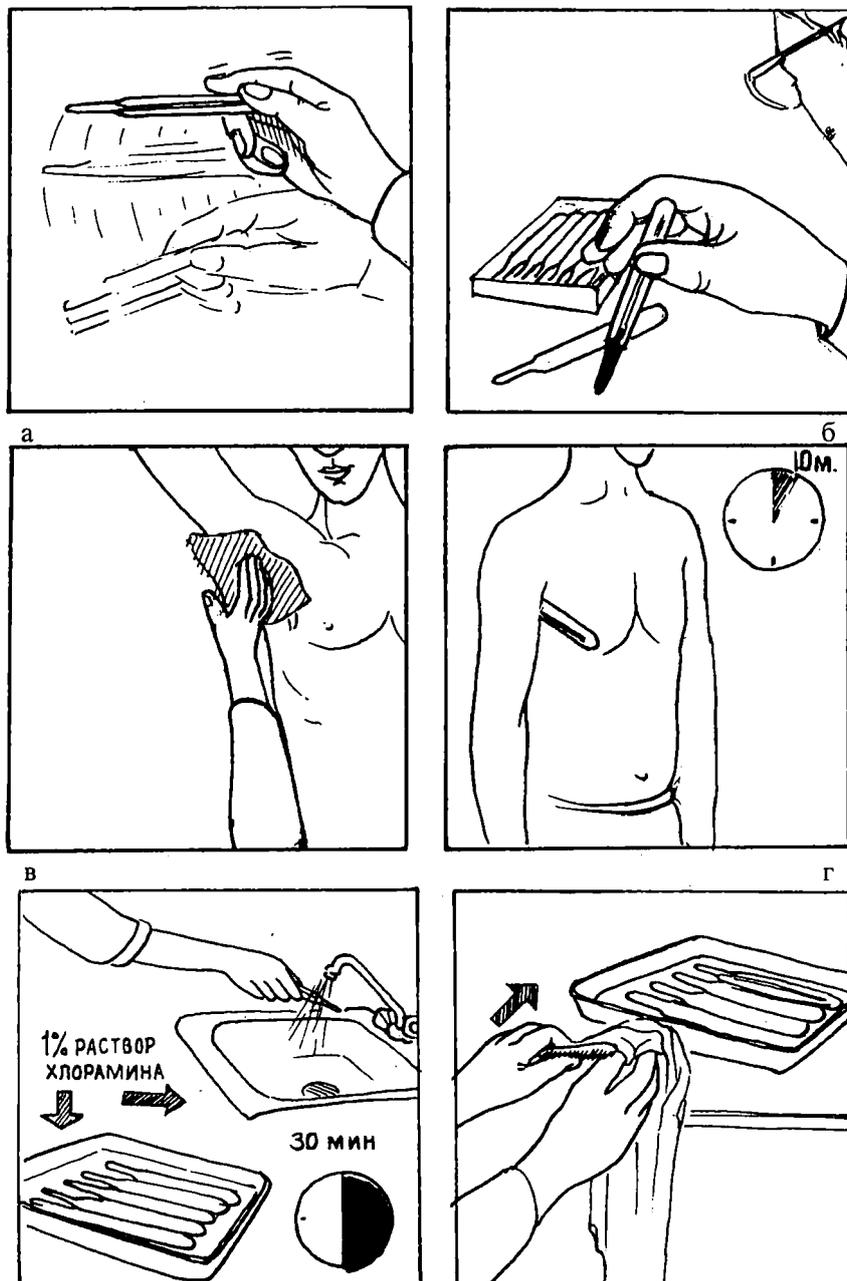
Измерение температуры в подмышечной области:

1. Осмотрите подмышечную область.
2. В термометре стряхните ртуть до отметки 35 градусов.
3. Расположите термометр в подмышечной области так, чтобы ртутный резервуар со всех сторон соприкасался с телом.
4. Обратите внимание, чтобы между телом и термометром не было белья.
5. **Помните!** Измерять температуру необходимо не менее 10 минут! **Наденьте перчатки!**
6. Выньте термометр, отметьте в памяти полученный результат.
7. Стряхните ртуть в термометре до отметки 35 градусов.
8. Продезинфицируйте термометр в одном из указанных растворов.
9. Промойте его под проточной водой, высушите.
10. Замочите перчатки, вымойте руки и отметьте результат.
11. Храните термометры в сухом виде, ртутным резервуаром вниз в футляре!

Дополнительная информация:

Температуру у пациента измеряют, как правило, 2 раза в день: утром натощак (с 7 до 9 часов) и вечером (с 17 до 19 часов). По назначению врача температура может измеряться чаще, по мере необходимости.

Измерение температуры тела в подмышечной впадине:



Ректальное измерение температуры:

Цель: диагностическая.

Показания: назначение врача.

Противопоказания:

- а) задержка стула;
- б) диарея;
- в) заболевания прямой кишки.

Приготовьте:

- а) перчатки;
- б) ректальный термометр (ртутный резервуар - зеленый);
- в) вазелин;
- г) шпатель;
- д) маркированную емкость для дезинфекции термометров.

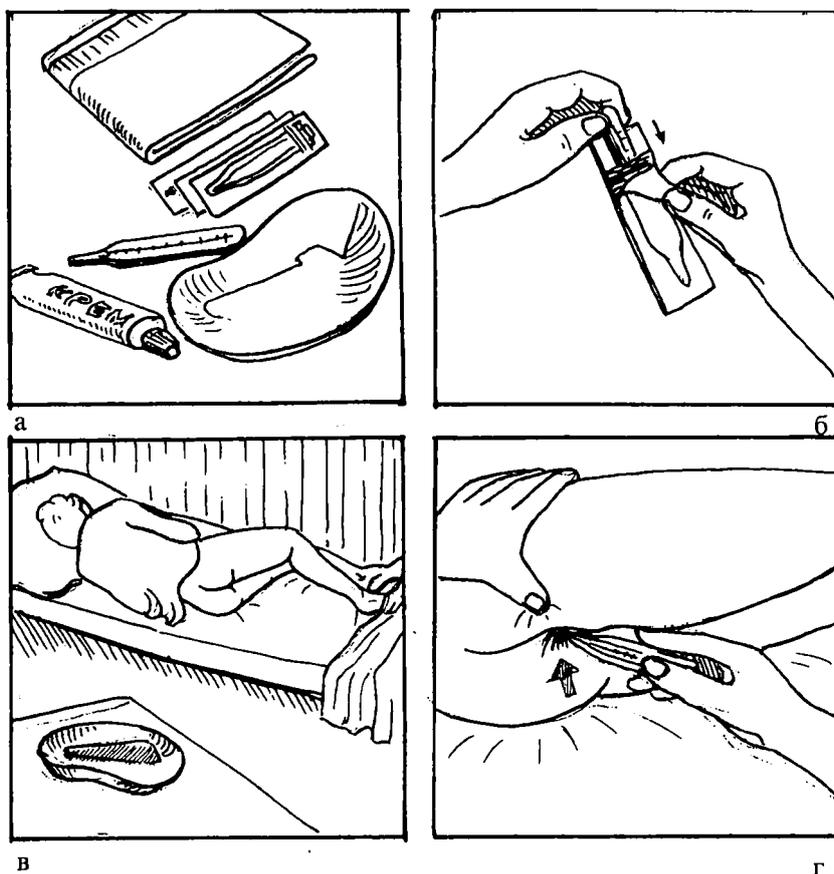
Подготовьте пациента:

- а) психологически;
- б) объясните его поведение при проведении этой манипуляции;
- в) осмотрите место введения ректального термометра на предмет выявления местных воспалительных проявлений.

Последовательность действий:

1. Вымойте, высушите руки, наденьте перчатки!
2. Предложите пациенту лечь на левый бок (при невозможности лечь на бок можно измерять ректальную температуру в положении пациента лежа на спине).
3. Предложите пациенту согнуть ноги в коленных суставах и прижать к животу.
4. Наденьте на указательный или средний палец (в перчатке!) напалечник, опустите его в стерильный, лучше жидкий, вазелин.
5. 4-мя пальцами левой руки разведите ягодицы пациента и смажьте вазелином анальное отверстие, не очень обильно, только для облегчения введения ректального термометра.
6. Снимите напалечник и положите в емкость для использованного материала.
7. 4-мя пальцами левой руки раздвиньте ягодицы пациента и правой рукой введите ректальный термометр узкой частью в прямую кишку на половину его длины, прижмите ягодицы друг к другу.
8. Через 5 минут выньте ректальный термометр, отметьте в памяти полученный результат.
9. Термометр замочите в одном из дезинфицирующих растворов:
 - а) в 2% растворе хлорамина - экспозиция 5 минут;
 - б) в 0,5% растворе хлорамина - экспозиция 30 минут;
 - в) в 3% растворе перекиси водорода - экспозиция 80 минут.
10. Промойте термометр в моющем растворе, сполосните проточной водой, высушите (храните в сухом виде, в футляре, ртутным концом вниз).
11. Обработайте перчатки в одном из дезинфицирующих растворов, снимите и замочите в дез. растворе.
12. Вымойте руки, высушите, вотрите смягчающий крем.
13. Полученный результат внесите в:
 - а) карту наблюдения за пациентом, в виде кривой, начерченной синим карандашом или пастой;
 - б) в общий температурный лист, для стола справок, арабскими цифрами.

Измерение температуры тела в прямой кишке:



Помощь при лихорадке:

Цель: оказание помощи пациенту в различные периоды лихорадки.

Лихорадка - общая приспособительная реакция организма на воздействие чаще инфекционного агента, представляет собой изменение тепловой регуляции с накоплением тепла и повышением температуры тела.

В течение большинства лихорадок различают три стадии, и объем ухода за пациентом зависит от той или иной стадии лихорадки.

1 стадия - нарастания температуры (кратковременная), характеризуется преобладанием теплопродукции над теплоотдачей.

Приготовьте:

- а) грелку;
- б) полотенце;
- в) одно или два одеяла;
- г) поильник;
- д) судно;
- е) минеральную воду (морс, соки) без газов.

Последовательность действий:

1. Создать покой, уложить в постель, к ногам положить грелку, хорошо укрыть, напоить крепким свежесваренным чаем.
2. Контролировать физиологические отправления в постели.
3. Не оставлять пациента одного!
4. Не допускать сквозняков!

5. Желательно установить индивидуальный пост. Если это невозможно, то медсестра обязана часто подходить к пациенту и контролировать гемодинамические показатели (пульс, АД, ЧСС, ЧДД) и при появлении изменений в сторону ухудшения она должна немедленно вызвать врача!

6. Чем выше температура и больше ее колебания, тем сильнее истощается пациент. Чтобы повысить сопротивляемость организма и восполнить энергетические потери, необходимо кормить пациента высококалорийной и легкоусвояемой пищей в жидком или полужидком виде, 5-6 раз в сутки, не больше, малыми порциями. как дезинтоксикационное (снижение концентрации) и выведение из организма токсических веществ) средство применяется большое количество жидкости в виде минеральной воды, соков, морса.

2 стадия - максимального подъема температуры (период разгара).

Приготовьте:

- а) пузырь со льдом;
- б) тонометр с фонендоскопом;
- в) поильник;
- г) судно.

Последовательность действий:

1. По возможности организуйте индивидуальный пост.
2. Сообщите врачу об изменении состояния пациента.
3. Контролируйте гемодинамические показатели.
4. Уберите одеяла и укройте пациента простыней.
5. Используйте примочки к периферическим сосудам и пузырь со льдом к голове.
6. Проветривайте помещение, избегайте сквозняков.
7. Ухаживайте за другими частями тела пациента.
8. Помогайте пациенту при физиологических отправлениях, проводите профилактику пролежней.

3 стадия - период снижения температуры.

Может протекать по-разному, так как температура может снижаться **критически**, то есть, резко снижаться с высоких цифр до низких (например, от 41 до 36 градусов), что часто сопровождается стремительным падением сосудистого тонуса, которое проявляется в резком снижении АД до 60/20 мм рт. ст. и ниже, появлении нитевидного пульса, повышенной потливостью (гипергидроз), предельной слабостью, бледностью кожных покровов. Это состояние пациента называется коллапсом и требует от медицинского персонала срочных мер.

Постепенное снижение температуры с высоких цифр до нормы (ниже нормы) называется **литическим** снижением температуры (лизис).

Последовательность действий медсестры при критическом снижении температуры:

1. Срочно всеми доступными способами сообщите о случившемся врачу, организуйте оказание помощи пациенту.
2. Ни в коем случае не оставляйте пациента одного.
3. быстро уберите у него из-под головы подушку, приподнимите ножную часть кровати на 20 градусов или используйте подручные средства (одеяла, подушки и др.).

4. Положение пациента должно быть горизонтальным, с приподнятыми ногами.
5. К рукам и ногам пациента приложите грелки, обернутые полотенцем.
6. Используйте увлажненный водой кислород.
7. Контролируйте гемодинамические показатели.
8. Правильно доложите лечащему или дежурному врачу о состоянии пациента.
9. Выполните назначения врача.
10. После выведения пациента из данного состояния вытрите его насухо, смените влажное нательное и постельное белье.
11. Обеспечьте дальнейший уход за пациентом (горячий сладкий чай и т.д.).
12. Контролируйте назначенный врачом режим двигательной активности пациента.
13. Обеспечьте наблюдение дежурного мед. персонала в течение суток.
14. Создайте пациенту условия для продолжительного глубокого сна.

Помните!

1. Как правило, после падения температуры пациент засыпает быстро, и будить его для кормления и т.д. не стоит!
2. Пациента необходимо будить только для приема медикаментозных средств, как через рот, так и парентерально.

Уход за глазами:

Приготовьте:

1. Стерильные перчатки.
2. Марлевые салфетки (не менее 8 штук) или стерильные шарики из гигроскопической ваты (не оставляющей волосков).
3. Стерильный лоток для шариков или салфеток.
4. Лоток для использованного материала.
5. 2 стерильные мензурки.
6. 2 стерильные пипетки.
7. Любой асептический раствор или раствор ромашки, шалфея, чай, кипяченую воду и т.д.
8. Емкости с дез. раствором для обработки пипеток.

Утренний туалет глаз:

Последовательность действий:

1. Предупредите пациента о назначенной манипуляции и получите разрешение на ее выполнение.
2. Помогите пациенту занять удобное положение в постели.
3. Вымойте, высушите руки, наденьте перчатки.
4. Налейте асептический раствор в мензурки.
5. Обработайте перчатки спиртом.
6. Слегка отжать тампон и протереть им ресницы и веки больного по направлению от наружного угла глаза к внутреннему; тампон выбросить.
4. Взять другой тампон и повторить протирание 4-5 раз (разными тампонами).
5. Промокнуть остатки раствора в углах глаз больного сухим тампоном.

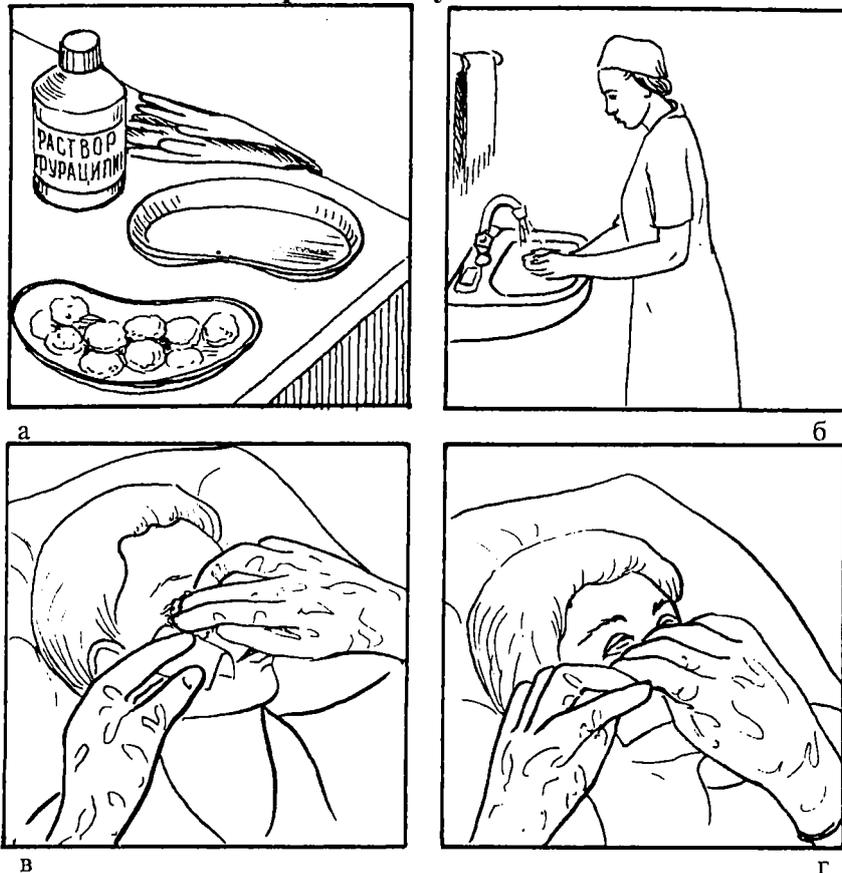
Помните!

При наличии гнойных выделений из одного глаза его необходимо промыть асептическим раствором. при этом следует контролировать, чтобы раствор не перекатился через переносицу из больного глаза в здоровый.

12. Использованный материал, мензурки, пипетки, лоток погрузить в емкость с дез. раствором.

13. Перчатки обработайте в дез. растворе и замочите в нем.

Утренний туалет глаз:



Промывание глаз:

Приготовьте: специальный стеклянный стаканчик на ножке, лекарственный раствор.

Последовательность действий:

1. Налить в стаканчик лекарственный раствор и поставить перед больным на стол.
2. Попросить больного, чтобы он рукой взял стаканчик за ножку, наклонил лицо так, чтобы веки оказались в стаканчике, прижал стаканчик к коже и поднял голову (при этом жидкость не должна вытекать).
3. Попросить больного часто поморгать в течение 1 мин, не отнимая стаканчик от лица.
4. Попросить больного поставить стаканчик на стол, не отнимая стаканчик от лица.
5. Налить свежий раствор и попросить больного повторить процедуру (8-10 раз).

Закапывание капель в глаза:

Цель: лечебная.

Показания: определяет врач.

Противопоказания: определяет врач; индивидуальная непереносимость.

Приготовьте:

- а) стерильные перчатки;
- б) стерильный лоток;
- в) стерильные ватные шарики из гигроскопической ваты;
- г) 2 пипетки (для каждого глаза);
- д) лоток для использованного материала;
- е) емкость с дез. раствором.

Подготовка пациента:

- а) сообщите о манипуляции;
- б) еще раз уточните аллергологический анамнез;
- в) объясните поведение во время манипуляции.

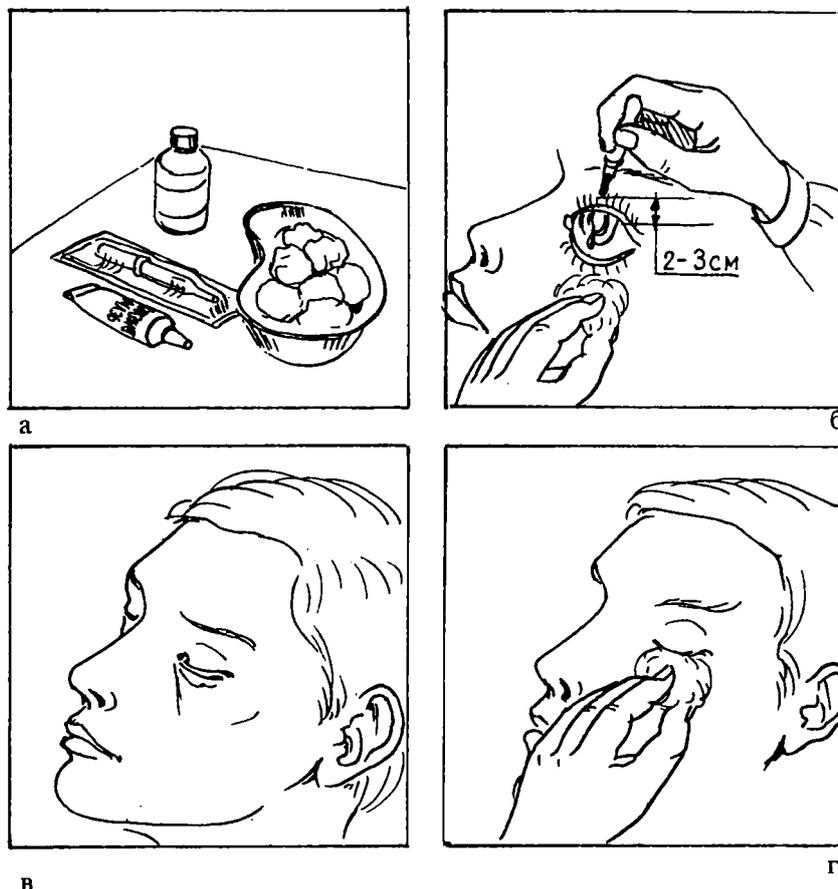
Порядок действий:

1. Проверьте флакон с лекарственным средством на:
 - а) герметичность;
 - б) срок годности;
 - в) убедитесь в правильности названия, дозы и концентрации лекарства;
 - г) убедитесь в отсутствии признаков его непригодности.
2. Усадите пациента, плотно прижав спиной к спинке стула.
3. Наденьте перчатки.
4. Наберите пипеткой лекарственное средство из флакона на $\frac{1}{2}$ стеклянной части, не допуская попадания раствора в резиновую часть пипетки.
5. Попросите пациента слегка запрокинуть голову назад, указательным пальцем левой руки слегка оттяните нижнее веко вниз, предложите пациенту посмотреть вверх.
6. Поднесите пипетку к середине нижнего века на расстояние, равное одной капле (желательно, чтобы пипетка была с закругленным концом).
7. Наклоните пипетку под углом 45 градусов к нижнему веку и осторожно введите лекарственное средство, не более 2 капель.
8. Отпустите нижнее веко и попросите пациента плотно сомкнуть глаза (веки).
9. появившиеся излишки лекарственного средства промокните у внутреннего края глаза.
10. Со вторым глазом действия повторяются.

Дополнительная информация:

1. Перед закапыванием в глаза предварительно, не менее, чем за два часа, необходимо вынуть флаконы с лекарственными средствами из холодильника, чтобы температура лекарственного средства в момент введения была не менее 25 градусов.
2. Если в одном глазу имеется гнойный процесс, то необходимо контролировать, чтобы капли лекарственного средства из больного глаза не попали в здоровый глаз.
3. Весь использованный материал, перчатки, ватные шарики замачиваются в дез. растворе.

Закапывание капель в глаза:



Закладывание мази в оба глаза:

Цель: лечебная.

Показания: определяет врач.

Противопоказания: индивидуальная непереносимость.

Приготовьте:

1. Стерильные перчатки.
2. Глазную мазь (проверьте название, концентрацию, срок годности, герметичность упаковки, признаки непригодности).
3. 2 стеклянные лопаточки (для каждого глаза).
4. Стерильный лоток для стерильных салфеток или шариков из гигроскопической ваты.
5. Лоток для использованного материала.
6. Емкости с дез. растворами.

Подготовка пациента:

- а) предупредите его о назначенной манипуляции и получите разрешение на ее выполнение;
- б) объясните, как вести себя во время манипуляции;
- в) уточните аллергологический анамнез;

Последовательность действий:

1. Вымойте, высушите руки.
2. Проверьте целостность стеклянных лопаточек.

3. Предложите пациенту занять удобное для проведения манипуляции положение (на стуле или в постели).
4. Обработайте руки шариком, смоченным спиртом. наденьте перчатки.
5. Откройте тюбик с мазью, выдавите из него мазь, не более 0,5-1 см, на одну сторону глазной (стеклянной) палочки.
6. Указательным пальцем левой руки оттяните нижнее веко правого глаза вниз.
7. Средним пальцем придерживайте верхнее веко правого глаза и предложите пациенту посмотреть вверх. Поднесите глазную палочку к середине нижнего века и выложите на него мазь.
8. Предложите пациенту плотно сомкнуть веки.
9. Круговыми движениями, осторожно, в направлении от уха к носу распределите мазь в конъюнктивной полости. Остатки мази снимите шариком или салфеткой в области внутреннего глазного угла.
10. Если есть необходимость заложить мазь в другой глаз, повторите действия в той же последовательности новыми шариками или салфетками. Весь использованный материал замочите в дез. растворе.

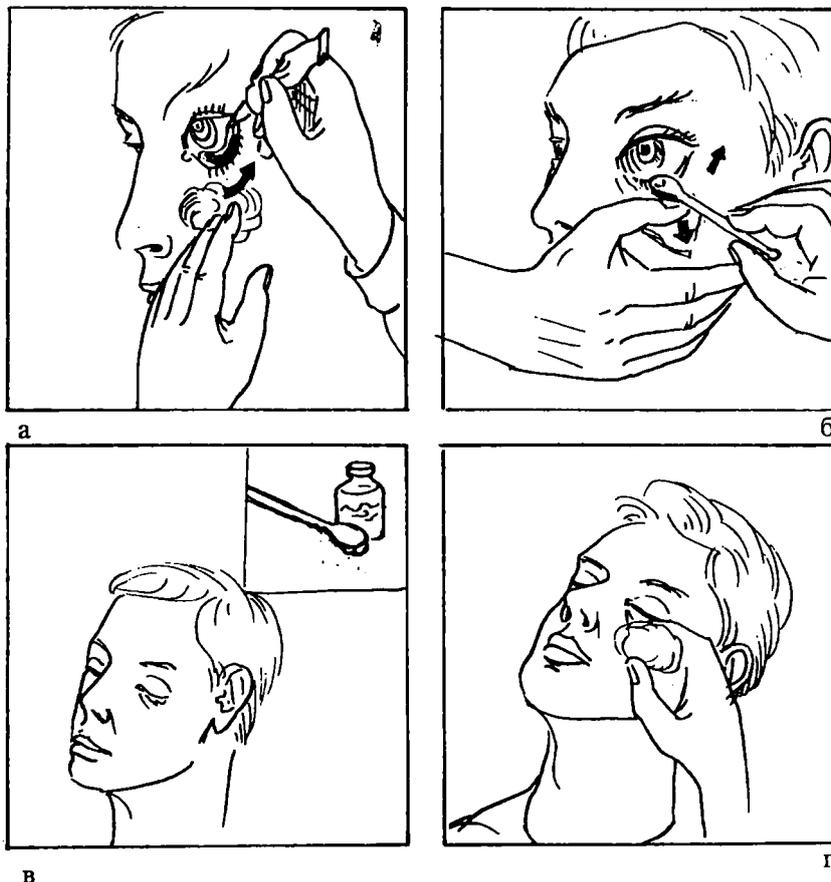
Закладывание глазной мази из тюбика:

Приготовьте: тюбик с глазной мазью.

Последовательность действий:

1. Посадить больного перед собой и попросить его слегка запрокинуть голову и посмотреть вверх.
2. Оттянуть нижнее веко больного большим пальцем.
3. Держа тюбик у внутреннего угла глаза и продвигая его так, чтобы мазь расположилась вдоль всего века и вышла за наружную спайку век, выдавить мазь из тюбика на конъюнктиву нижнего века по границе его с глазным яблоком.
4. Отпустить нижнее веко: мазь прижмётся к глазному яблоку.
5. Убрать тюбик от век.

Закладывание глазной мази за нижнее веко:



Уход за полостью рта:

Приготовьте:

1. Стерильные перчатки.
2. Асептический раствор.
3. Кипяченую воду (температура 38-40 С. с учетом теплоотдачи).
4. Глицерин.
5. 2 почкообразных лотка.
6. Стерильные марлевые салфетки.
7. Йодные палочки -8-10 штук.
8. 2 шпателя.
9. Мензурку.
10. Резиновый баллон или шприц Жане с резиновым наконечником.
11. Полотенце.

Подготовка пациента:

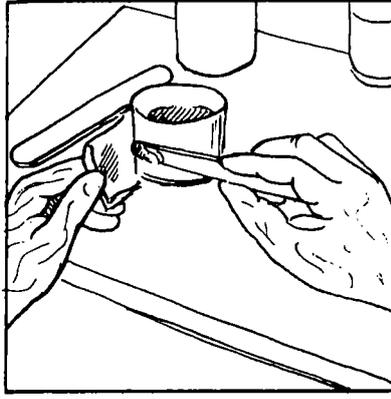
1. Сообщите пациенту о назначенной манипуляции и получите разрешение на ее выполнение.
2. Объясните пациенту ход манипуляции и его поведение во время этой манипуляции.
3. Накройте грудь пациента полотенцем или влагонепроницаемой пленкой.
4. Поверните туловище пациента на бок.
5. К углу рта на пленку с клеенкой поставьте лоток для сбора промывной воды или раствора.

Последовательность действий:

1. Вымойте руки, высушите их.
2. Наденьте перчатки,
3. Налейте в мензурку антисептический раствор.
4. Смочите антисептическим раствором йодную палочку.
5. Щеку пациента отведите шпателем.
6. Оберните шпатель стерильной салфеткой, смочите его антисептическим раствором.
7. Обработайте шпателем зубы с одной и другой стороны.
8. Стерильной марлевой салфеткой возьмите левой рукой кончик языка и вытяните язык изо рта.
9. Снимите шпателем налет с языка в направлении от корня языка к кончику.
10. Оросите рот пациента из резинового баллона или шприца Жане, предварительно поверните его голову на бок и попросите сплюнуть в лоток.
11. Трещины на языке, губах смажьте глицерином.
12. Убедитесь, что у пациента нет к вам просьб.

Уход за полостью рта:





д



е



ж

Уход за полостью носа:

Приготовьте:

- а) Перчатки;
- б) турунды;
- в) мензурки;
- г) прокипяченное растительное масло, глицерин и др.

Подготовка пациента:

- а) психологическая;
- б) объясните его поведение во время манипуляции.

Последовательность действий:

1. Вымойте руки с мылом, высушите, наденьте перчатки.
2. В мензурку налейте масло, смочите турунду, остаток масла отожмите о край мензурки.
3. Голову пациента слегка запрокиньте назад.
- 4.левой рукой поднимите кончик носа.
5. Правой рукой вращательным движением введите турунду в носовой ход на достаточную глубину.
6. Оставьте ее там на 2-3 минуты для размягчения корочек.
7. Выведите турунду и замочите в 3% хлораминае.
8. В той же последовательности повторите манипуляцию с другой ноздрей.

Уход за ушами:

Приготовьте:

- а) Перчатки;

- б) турунды;
- в) пипетки;
- г) мензурки;
- д) перекись водорода или другое средство.

Подготовьте пациента:

- а) психологически;
- б) объясните его поведение.

Последовательность действий:

1. Вымойте, высушите руки, наденьте перчатки.
2. В мензурку налейте 3% раствор перекиси водорода.
3. Смочите в нем турунды.
4. Голову пациента наклоните в противоположную от обрабатываемого уха сторону.
- 5.левой рукой оттяните ушную раковину вверх и назад.
6. Вращательным движением введите турунду в слуховой проход и извлеките ушную серу.

Дополнительная информация:

- а) При наличии небольшой серной пробки по назначению врача закапайте в ухо несколько капель перекиси водорода и через несколько минут удалите серную пробку турундой (капать перекись –на турунду);
- б) уточните у пациента, как он слышит после манипуляции;
- в) весь использованный материал и перчатки замочите в 3% растворе хлорамина.

Кормление тяжелобольного в постели:

Цель: помочь больному в удовлетворении физиологических потребностей (питания).

Показания: тяжёлое соматическое состояние, не позволяющее больному самостоятельно принимать пищу.

Противопоказания: нет.

Приготовьте: кувшин с тёплой водой; тазик; полотенце для рук; салфетка (нагрудник); поильник; слабый раствор марганцовокислого калия или 2% раствор питьевой соды; почкообразный тазик; пинцет; марлевые шарики; столовая посуда и приборы; надкроватный столик.

Подготовка больного:

1. Доброжелательно, вежливо поприветствуйте больного, обратившись к нему по имени и отчеству.
2. Объясните ему смысл манипуляции. Добейтесь понимания и получите согласие на её проведение.
3. Убедитесь, что пища, приготовленная для больного, имеет гомогенную консистенцию.
4. Расскажите больному, какое блюдо для него приготовлено (можете сказать, что «каша в больнице лечебная»), тем самым подбадривая его).
5. Если возможно, помогите больному занять полусидячее положение в постели (с помощью подголовника или подушек) или положение сидя с опущенными ногами.
6. Возьмите кувшин с водой и, поливая на руки больного над тазиком, помойте ему руки и вытрите их полотенцем.

7. Установите надкроватный столик на постели перед больным.

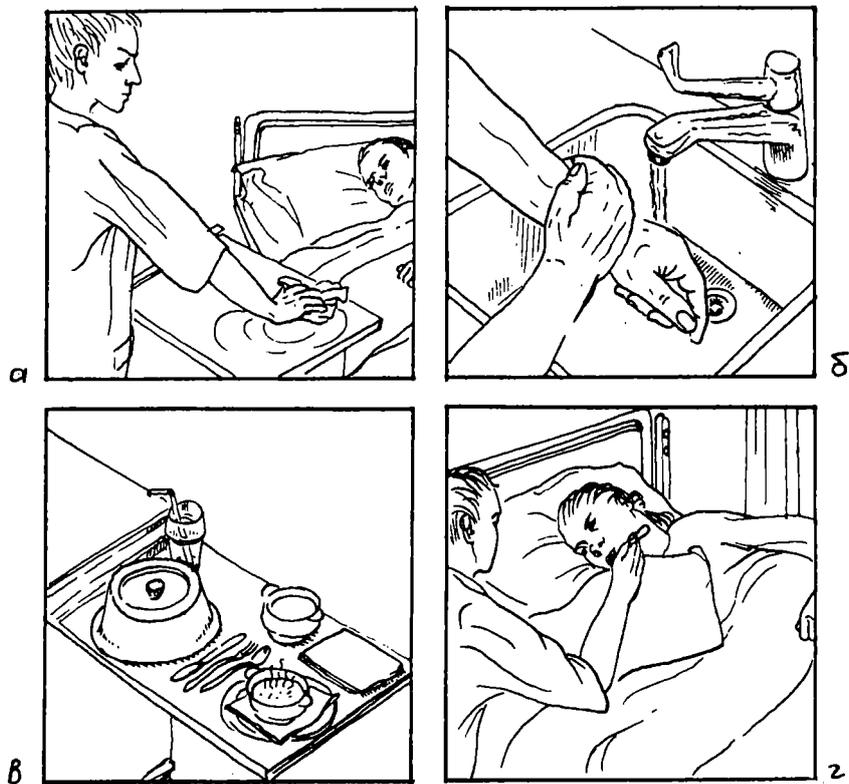
Последовательность действий:

1. Вымойте руки и наденьте специальный халат для раздачи пищи и кормления больных.
2. Поставьте на протёртый столик приготовленную пищу. Шею и грудь больного прикройте салфеткой (нагрудником).
4. Помогите больному установить зубные протезы (при их наличии).
5. Вежливо пожелайте ему приятного аппетита.
6. Кормите с ложечки маленькими порциями и не торопите его (подбадривая и похваливая).
7. При кормлении тяжёлых больных проявляйте доброту, заботу, терпение и такт (эти пациенты часто лишены аппетита и отказываются от приёма пищи).
8. Не разрешайте больному разговаривать во время еды (так как при этом пища может попадать в дыхательные пути).
9. Не настаивайте, чтобы больной съел весь объём пищи сразу (после небольшого перерыва, подогрев пищу, можно продолжить кормление).
10. Давайте пить больному по требованию или через каждые 3—5 ложек пищи. Поите его из поильника или с ложечки маленькими порциями.
11. По окончании приёма пищи дайте прополоскать рот больному кипячёной водой из поильника или обработайте ротовую полость.
12. Уберите салфетку с груди больного.
13. Стряхните крошки с постели.
14. По возможности оставьте больного в полусидячем положении на 30 минут после еды.
15. Затем уложите его в удобное положение, поправьте постель и скажите ему несколько добрых слов.
16. Грязную посуду и надкроватный столик отнесите в буфет.

Осложнения: попадание пищи в дыхательные пути больного во время еды.

Оказание помощи при осложнении: попросите больного покашлять. Наклоните голову больного несколько вперёд и вниз и похлопайте больного по спине на высоте вдоха.

Кормление пациента с ложки:



Оксигенотерапия:

Техника безопасности:

- а) избегать соприкосновения кислорода с жирами, маслами, нефтяными продуктами;
- б) запретить курение в помещении, где хранятся баллоны;
- в) запретить хранение баллонов вблизи источников тепла, света;
- г) при наполнении кислородной подушки (при открытии вентиля) стоять сбоку от него, так как струя кислорода, вырвавшись, может повредить глаза;
- д) кислород может применяться под давлением не больше 2-3 атмосфер. С этой целью к баллону подключают редуктор для понижения давления;
- е) перед применением кислорода необходимо убедиться в проходимости дыхательных путей.

Подача кислорода из кислородной подушки:

Приготовьте:

1. Кислородную подушку (прорезиненный мешок емкостью 10-25л с резиновой трубкой, вентилем, мундштуком).
2. Стерильные марлевые салфетки - 4 шт.
3. Спирт 70%.
4. Воду и лоток.
5. Перчатки.

Последовательность действий:

1. Вымойте, высушите руки, наденьте перчатки!
2. Обработайте воронку (мундштук) салфеткой, смоченной в спирте.
3. Оберните мундштук 2-4 слоями марли, смоченной водой.
4. Приставьте воронку ко рту пациента, откройте вентиль на резиновой трубке.

5. Скорость поступления кислорода можно регулировать не только вентилем, но и надавливанием руками на подушку. Обычно ее хватает на 5-7 минут.

Дополнительная информация:

Недостатками этого способа являются:

- а) невозможность установить концентрацию кислорода;
- б) неравномерное его поступление;
- в) большие потери кислорода;
- г) недостаточное его увлажнение;
- д) малая эффективность;
- е) при хранении часть кислорода вытекает через стенки подушки.

Подача кислорода через носовые катетеры:

Обеспечивает более экономное его использование и хорошее увлажнение перед ингаляцией. Используют катетеры №8-12, в которых должно быть несколько отверстий.

Приготовьте:

1. Перчатки.
2. Маску.
3. Стерильный лоток для стерильных катетеров.
4. Стерильные катетеры.
5. Вазелин.
6. Кислородный дозиметр.

Последовательность действий:

1. Вымойте, высушите руки, наденьте перчатки.
2. Смажьте катетеры вазелином.
3. Введите катетер по нижнему носовому ходу до задней стенки глотки, что приблизительно равно расстоянию от кончика носа пациента до мочки уха.
4. Если пациент в сознании, попросите его открыть рот, медсестра должна увидеть вводимую часть катетера, а наружную его часть необходимо прикрепить лейкопластырем к щеке пациента.
5. При необходимости длительного введения катетера его следует 1-2 раза в сутки менять и вводить новый в другую ноздрю. Сейчас применяются мягкие одноразовые катетеры, которые могут находиться в ноздре до 5-7 дней.

Профилактика пролежней:

Цель: предотвращение образования пролежней.

Показания: длительная неподвижность пациента.

Противопоказаний нет.

Подготовьте:

1. Противопротлежневый матрац.
2. Ватно-марлевые круги.
3. Резиновый круг в наволочке.
4. Вазелин.
5. Разведенный уксус.

6. Портативный аппарат "Ультрафиолет".

7. Чистое мягкое махровое полотенце.

Последовательность действий:

1. Тщательно вымойте, высушите руки, наденьте перчатки.

2. Поверните пациента на бок и обработайте кожу мягкой марлевой салфеткой (губкой), смоченной в теплой воде, уксусе.

3. Тщательно высушите кожу, сменив полотенце на сухое, массируйте места, где чаще всего образуются пролежни, смажьте кожу вазелином (стерильным!) или прокипяченным маслом.

4. Используйте кварцевое облучение пролежней.

5. Подложите под места образования пролежней ватно-марлевые круги или резиновые круги в наволочке.

6. Каждые 2 часа меняйте положение пациента.

7. Осматривайте места частого образования пролежней.

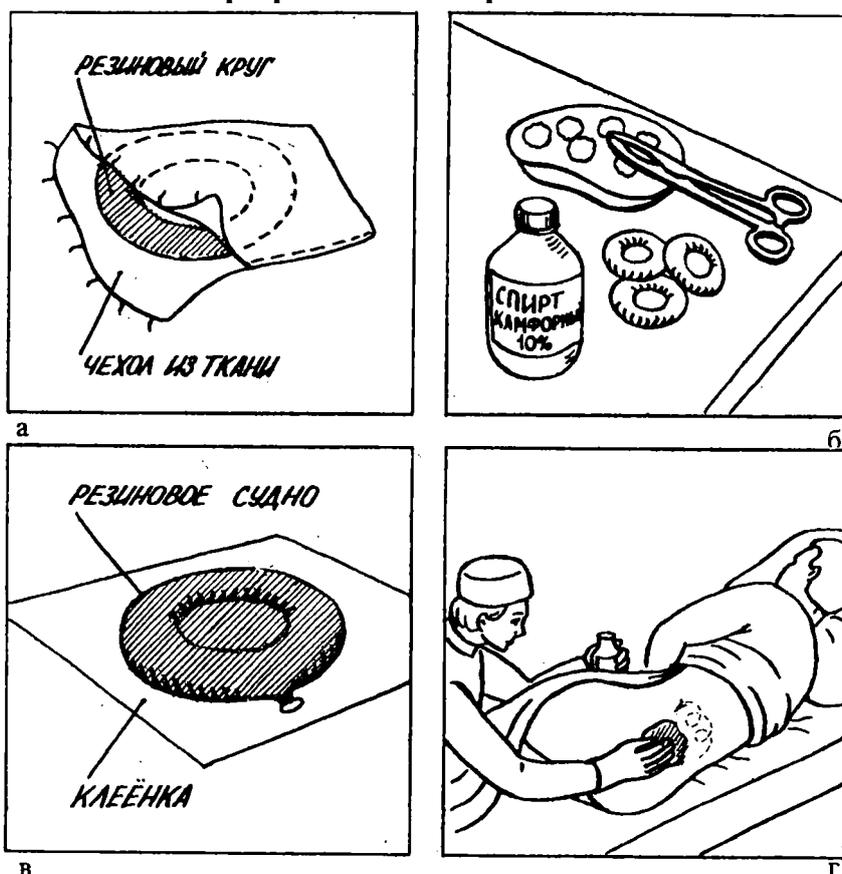
8. После кормления пациента осматривайте его постель, стряхивайте крошки, меняйте мокрое и загрязненное белье немедленно.

9. При смене постельного и нательного белья проверяйте, чтобы на них не было швов, заплаток, складок.

10. Места покраснения кожи обрабатывайте слабым раствором перманганата калия, камфоровым спиртом.

11. Постоянно контролируйте чистоту тела пациента!

Профилактика пролежней:



Смена постельного и нательного белья пациента:

Цель: создание комфортного положения в постели.

Показания:

1. Поступление пациента в стационар.
2. Загрязнение белья.

Противопоказаний нет.

Приготовьте:

1. Кровать, желательна функциональную.
2. Матрац в наматрачнике.
3. Подушки - 2 шт.
4. Наволочки - 2 шт.
5. Одеяло.
6. Пододеяльник.
7. Полотенца - 2 шт. .
8. Клеенку.
9. Пеленку.
10. Прикроватную табуреточку и индивидуальное судно, если пациент в тяжелом состоянии и ему назначен строгий постельный или постельный режим двигательной активности.

Приготовление постели пациенту:

Последовательность действий:

1. Проверьте исправность кровати.
2. Вымойте и высушите руки.
3. Наденьте перчатки. маску.
4. Заправьте волосы под колпак.
5. Положите на кровать матрац в наматрачнике.
6. Постелите простыню, расправьте ее и подверните края под матрац.
7. Наденьте наволочки на подушки, взбейте их.
8. Подушки расположите таким образом, чтобы нижняя подушка лежала прямо и выдавалась из-под верхней, а верхняя упиралась в спинку кровати.
9. На байковое одеяло наденьте пододеяльник. Если в палате холодно, дайте запасное одеяло.
10. Одеяло положите на кровать, а запасное - у ножного края постели, предварительно сложив его.
11. На спинку кровати повесьте оба полотенца.
12. Под матрац положите клеенку.
13. Под подушки положите пеленку.

Смена постельного белья пациенту:

Сменить белье пациенту можно двумя способами:

- а) поперечным;
- б) продольным.

Это зависит от тяжести состояния пациента и его возможности поворачиваться на бок.

Продольный способ смены белья:

Может быть использован в том случае, когда пациенту разрешается поворачиваться на бок.

Последовательность действий:

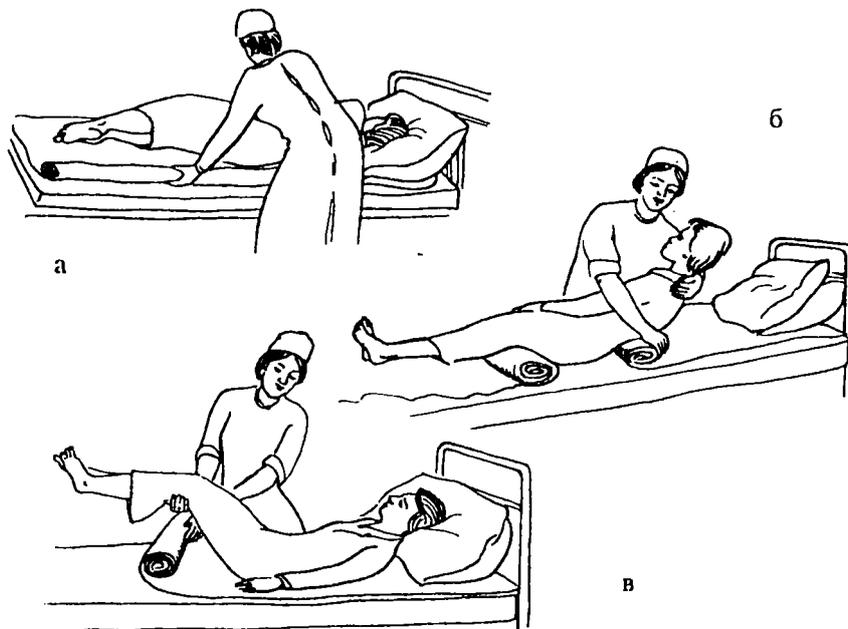
1. Вымойте, высушите руки, заправьте волосы под колпак, наденьте рабочий халат, фартук, маску и хозяйственные перчатки.
2. Чистую простыню скатайте вдоль на 1/2 ее длины.
3. Снимите с пациента одеяло, поменяйте пододеяльник и отложите его на стул рядом с постелью пациента.
4. Поднимите голову пациента и по очереди уберите подушки, смените наволочки и отложите на стул.
5. Помогите пациенту повернуться на бок, к противоположному от вас краю кровати.
6. По направлению к спине пациента скатайте грязную простыню по всей длине и на освободившуюся половину постели расстелите чистую простыню и правильно положите подушки.
7. Переверните пациента сначала на спину, затем - на бок по направлению к вам, чтобы он оказался на чистой половине постели.
8. Уберите грязную простыню и тщательно расправьте чистую, чтобы не было складок.
9. Укройте пациента, убедитесь, что ему удобно лежать.
10. Грязное белье, стараясь не трясти, уложите в клеенчатый мешок с надписью "Грязное белье", отдайте его сестре-хозяйке.
11. Обработайте перчатки в дез. растворе, промойте водой, высушите, снимите фартук, халат, вытрясите колпак, снимите маску и перчатки, замочите все в дез. растворе.
12. Переоденьте халат.

Поперечный способ смены постельного белья:

Может быть использован в том случае, когда пациенту не разрешается поворачиваться на бок.

1. С 1 по 4 действия смотрите предыдущий способ.
2. Вторая медсестра или санитарка поддерживает голову пациента. Сначала, начиная с головы пациента, вы убираете простыню и тут же подкладываете заранее приготовленную чистую простыню и подушки.
3. Постепенно, поднимая пациента с двух сторон, не меняя его положения, замените грязную простыню, тщательно расправьте чистую простыню.
4. Дальнейшие действия - смотрите в предыдущем разделе пункты 10-12.

Смена постельного белья тяжелобольному:



Смена нательного белья пациенту:

Приготовьте:

1. Чистую сменную одежду.
2. Пакет для грязного белья.
3. При необходимости - все для проведения частичной санитарной обработки пациента.

Последовательность действий:

1. Снимите с пациента одеяло.
2. Приподнимите верхнюю половину туловища пациента.
3. Скатайте грязную рубашку быстрым движением от поясицы до спины и затылка, снимите ее через голову, освободите руки.
4. Снятую рубашку сразу же положите в пакет для грязного белья.
5. Рукава чистой рубашки перекиньте через голову пациента, быстрым движением расправьте ее, уложите пациента в удобное для него положение, укройте его одеялом.

Дополнительная информация:

Если у пациента травма конечности, то сначала снимают белье со здоровой конечности, затем - с поврежденной, а надевают - вначале на поврежденную, а затем - на здоровую.

Применение судна:

Цель: удовлетворение физиологических отправления пациента.

Показания: строго постельный и постельный режимы двигательной активности пациента.

Приготовьте:

1. Ширму (если пациент находится в общей палате).
2. Клеенку с пеленкой или влагоустойчивую пеленку.
3. Судно (может быть резиновым, эмалированным, пластмассовым, фаянсовым).
4. Емкость для воды или асептического раствора.

5. Воду или асептический раствор, t° - 40С (с учетом теплоотдачи).

6. Фартук.

7. Маску.

8. Перчатки.

9. Все необходимое для туалета мочеполовых органов.

Манипуляция может проводиться 1-4 медицинскими работниками. Это зависит от:

а) тяжести состояния пациента;

б) массы пациента.

Медсестра может выполнять манипуляцию как по просьбе пациента, так и по назначению врача, в связи с туалетом мочеполовых органов для выполнения другой манипуляции (катетеризации мочевого пузыря и др.), после проведения очистительных клизм в постели пациента.

Подготовьте пациента:

а) психологически, успокойте, создайте условия для полного расслабления;

б) обязательно отгородите ширмой.

Последовательность действий:

1. Наденьте фартук, маску.

2. Вымойте, высушите руки.

3. Обязательно наденьте перчатки. Если в этом есть необходимость, пригласите помощников, объясните им их действия. Заранее положите клеенку, пеленку и на них поставьте судно!

4. Поднимите рубашку до уровня лопаток, с двух сторон поднимите пациента левой, а помощник - правой, руками, подведенными под крестцовую область пациента, предварительно согните ноги пациента в коленных суставах.

5. Правой рукой одновременно подведите клеенку с пеленкой и судно, при этом обратите внимание, что большая часть пеленки должна быть у спины пациента!

6. Удобно уложите пациента на широкую часть судна крестцовой областью так, чтобы промежность пациента находилась над судном (ручка судна должна находиться между ног пациента).

7. Большую часть пеленки сверните в виде жгута и положите на границе судна и спины так, чтобы предотвратить затекание жидкостей на спину, в силу того, что широкая часть судна даже на жесткой постели прогибается.

Внимание!

Если пациент мужчина, то дополнительно вы должны подать и мочеприемник, так как при мочеиспускании он может замочить и простыню, и одеяло даже при вялой струе.

8. Накройте пациента и находитесь неподалеку.

9. По окончании акта дефекации и мочевыделения, если имеются два судна, то поменяйте одно на другое в том же порядке, как подводили. Если же судно одно, то уберите его из-под пациента, отдайте помощнику или, если его нет, поставьте на прикроватную табуреточку (для индивидуального судна пациента).

10. Расправьте под пациентом пеленку и уложите его на нее. Вынесите судно, вылейте в унитаз, сполосните, высушите его наружную поверхность и опять подведите под пациента, предварительно накрыв чистой частью пеленки ту часть, на которой лежал пациент, чтобы дно судна не испачкать остатками каловых масс на пеленке.

11. Проведите тщательный туалет мочеполовых органов. Уберите судно! Пеленку! Одновременно!

12. Проверьте, нет ли затеков на спину, сухая ли постель, расправьте все складки, при необходимости обработайте места, вызывающие у Вас тревогу.

Внимание!

После освобождения судна от каловых масс для проведения туалета мочеполовых органов смените перчатки на стерильные!

13. Укройте пациента, убедитесь, что ему удобно лежать и у него нет к Вам никаких просьб.

14. Откройте форточку или окно (зависит от времени года внешней температуры воздуха).

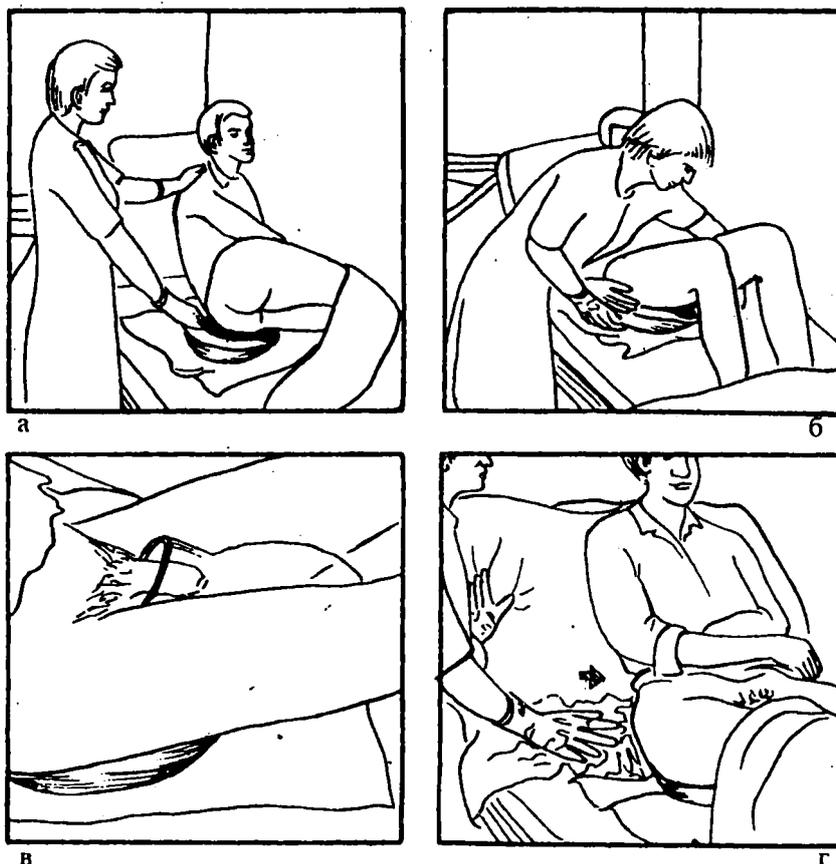
15. Вынесите судно, освободите его и проведите обеззараживание, замочите весь использованный материал в дез. раствор не менее, чем на 60 минут.

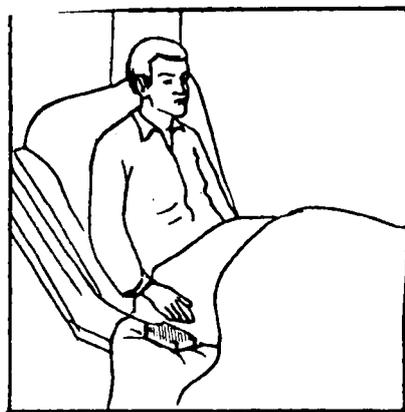
Дополнительная информация:

Перед подачей судна пациенту обязательно налейте на дно небольшое количество воды для:

- а) уменьшения запаха при акте дефекации;
- б) более легкого отхождения каловых масс от судна.

Подача судна пациенту:





д



е



ж



з

Применение согревающего компресса:

Цель: лечебная.

Показания по назначению врача.

Противопоказания:

- а) гнойные заболевания кожи;
- б) гипертермия.

Приготовьте:

- а) салфетку (льняную - 4 слоя или марлевую - 6-8 слоев);
- б) вощеную бумагу (полиэтилен - ни в коем случае);
- в) вату;
- г) бинт;
- д) почкообразный лоток,
- е) раствор: этиловый спирт 40-45% или водку, воду 20-25°C.

Подготовка пациента:

- 1. Психологическая.
- 2. Объясните смысл манипуляции и правила поведения пациента.

Последовательность действий:

- 1. Приготовьте первый слой компресса (салфетку) так, чтобы его размеры были на 3 см больше места заболевания.
- 2. Каждый последующий слой компресса должен быть больше предыдущего на 3 см.
- 3. Салфетку смочите в растворе и хорошо отожмите.
- 4. Положите ее на нужный участок тела (если это ухо – вырезать по размеру уха отверстие).

5. Вторым слоем наложите воцеленную (компрессную) бумагу (если на ухо, то вырезать отверстие).
6. Поверх бумаги положите слой ваты, который должен полностью закрыть два предыдущих слоя.
7. Бинтом закрепите компресс так, чтобы он плотно прилегал к телу, но не стеснял движений пациента.
8. Уточните у пациента его ощущения через некоторое время.
9. Оставьте компресс на 8-10 часов, а спиртовой - на 4-6 часов (лучше их ставить на ночь).
10. Через 2-3 часа проверьте правильность постановки компресса, подведите палец под первый слой компресса, если он влажный, теплый, то компресс поставлен правильно, если сухой, то компресс необходимо поставить снова.
11. После снятия компресса наложите сухую теплую повязку, используя вату и бинт.

Подача грелки тяжелобольному:

Цель: для согревания тела больного, для рассасывания воспалительных инфильтратов, для снятия болей при висцеральной колике.

Показания: наличие очагового воспаления в стадии инфильтрации, состояние после оперативного вмешательства (посленаркозный сон — нарушение терморегуляции) и низкая температура окружающей среды, висцеральная колика.

Противопоказания: острые воспалительные процессы в брюшной полости (острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит), кровотечения, злокачественные новообразования, ушибы мягких тканей в первые сутки, высокая температура тела.

Приготовьте: резиновая грелка с пробкой, матерчатая салфетка или пелёнка, горячая вода (60—80 °С), водный термометр.

Подготовка больного:

1. Если больной в сознании, вежливо, доброжелательно поприветствуйте его, обратившись к нему по имени и отчеству.
2. Объясните ему смысл манипуляции. Добейтесь понимания и получите согласие на её проведение.
3. Предупредите больного о том, что если будут неприятные болезненные ощущения после прикладывания грелки, то он должен будет сообщить медперсоналу об этом.

Последовательность действий:

1. Возьмите резиновую грелку и заполните её на 2/3 объёма горячей водой (60—80 °С), контролируя температуру воды градусником.
2. Вытесните воздух из грелки, сжимая грелку у горловины (уровень жидкости должен подняться к горлышку грелки).
3. Завинтите пробку в грелку.
4. Проверьте герметичность грелки (переверните грелку пробкой вниз).
5. Оберните грелку салфеткой.
6. Приложите грелку к ногам больного.
7. Через 5 мин обязательно проверьте, нет ли перегревания тканей (яркой гиперемии).
8. Грелку держите на теле больного до её остывания.

Осложнения: при нарушении техники приготовления и прикладывания грелки у ослабленных, тяжёлых больных и у больных в посленаркозном сне могут быть ожоги различной степени.

Профилактика осложнений: необходимо строго соблюдать правила приготовления и прикладывания грелки пациентам с нарушением кожной чувствительности, тяжёлым больным в состоянии комы, в бессознательном состоянии (температура воды в грелке должна быть 37—38 °С).

Оказание помощи при осложнениях: необходимо срочно сообщить врачу о возникшем осложнении в результате применения грелки больному (ожог). Наложить асептическую повязку. В дальнейшем лечить повреждение по законам раневого процесса.

Подготовка грелки к применению:



Подача пузыря со льдом тяжелобольному:

Цель: для остановки кровотечения, как обезболивающее и противовоспалительное средство, для снижения повышенной местной и общей температуры тела.

Показания: острые воспалительные процессы в брюшной полости (острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит), кровотечения, ушибы мягких тканей в первые сутки, высокая температура тела, состояние после оперативного вмешательства (на область послеоперационной раны с гемостатической целью).

Противопоказания: хронические заболевания органов брюшной полости (гастрит, колит и т.д.).

Приготовьте: пузырь для льда с пробкой, кусочки льда, матерчатая салфетка или плёнка.

Подготовка больного:

1. Если больной в сознании, вежливо и доброжелательно поприветствуйте его, обратившись к нему по имени и отчеству.
2. Объясните ему смысл манипуляции. Добейтесь понимания и получите согласие на её проведение.
3. Предупредите больного о том, что если будут неприятные болезненные ощущения после прикладывания пузыря со льдом, то он должен будет сообщить медперсоналу об этом.

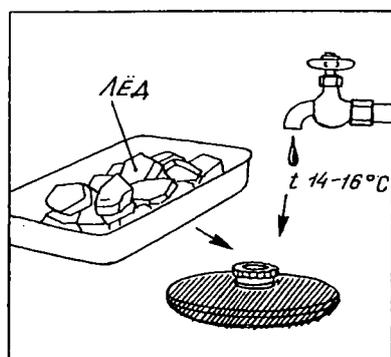
Последовательность действий:

1. Возьмите пузырь для льда и наполните его водой, закройте пробкой и переверните вниз (проверка герметичности): если вода через пробку не поступает, то пузырь герметичен.
2. Вылейте воду из пузыря.
3. Пузырь для льда заполните кусочками льда
4. Вытесните воздух из пузыря, положив его на стол (уровень кусочков льда должен подняться к горлышку пузыря).
5. Завинтите пробку в пузыре.
6. Оберните пузырь салфеткой и приложите его больному на область послеоперационной раны.
7. Держите пузырь по 15-20 мин на теле больного с перерывом 15-20 мин (во избежание местного переохлаждения).
8. По мере таяния льда воду сливайте и добавляйте кусочки льда.

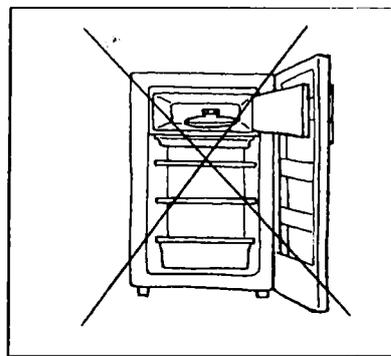
Осложнения: местное переохлаждение и отморожение участков тела, на которые прикладывали пузырь со льдом, у тяжёлых больных.

Профилактика осложнений: пузырь со льдом нужно снимать через каждые 20—30 мин, во избежание переохлаждения делают перерыв на 10—15 мин.

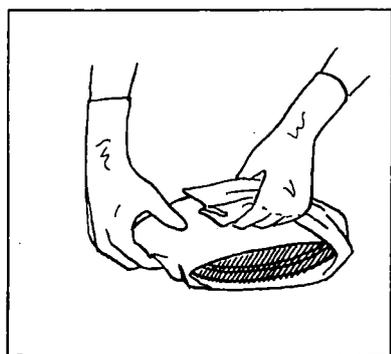
Подготовка и применение пузыря со льдом:



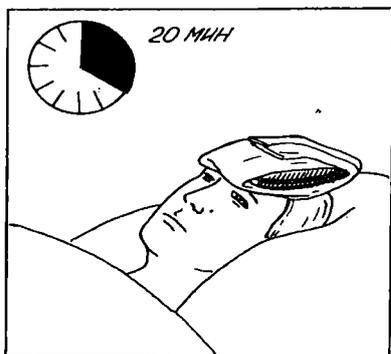
а



б



в



г

Парентеральное введение лекарственных средств:

Венепункция - это введение иглы в вену через кожу для:

- а) взятия крови на исследование;
- б) введения лекарственных веществ с лечебной и диагностической целью (контрастные вещества при рентгенологическом исследовании);
- в) в донорских целях.

Помните!

Для введения жидкостей низкой плотности (солевые растворы, глюкоза) используются иглы тонкие, то есть с узким каналом, а при введении вязких жидкостей (кровь, полиглюкин, белковые гидролизаты) используют иглы большего диаметра.

Венесекция - вскрытие просвета вены с целью введения в нее иглы, канюли или катетера для инфузионной терапии или диагностических исследований.

Используется она при:

- а) плохой выраженности подкожных вен;
- б) проведении длительной инфузионной терапии.

Для этого чаще используют вены локтевого сгиба, средней и нижней трети предплечья или поверхностные вены стопы и голени.

Набор лекарственного вещества из ампулы:

Цель: лечебная, диагностическая.

Противопоказания: аллергические реакции на препарат.

Последовательность действий:

1. Уточните название и дозировку назначенного лекарственного вещества (в журнале назначений).
2. Приготовьте нужное лекарственное вещество.
3. Проверьте на упаковке:

- а) срок годности лекарственного вещества;
 - б) его дозировку;
 - в) способ его введения.
4. Возьмите из упаковки ампулы и проверьте:
 - а) герметичность;
 - б) прозрачность;
 - в) цвет и другие признаки пригодности.
 5. Встряхните слегка ампулу так, чтобы весь раствор оказался в широкой ее части.
 6. Возьмите в правую руку стерильный пинцет и достаньте из стерильного бикса шарик, смочите его 70% спиртом (или шарик из емкости с 70% спиртом).
 7. Обработайте узкую часть ампулы шариком со спиртом в направлении от широкой части.
 8. Положите узкую часть ампулы на шарик, лежащий на подушечке указательного пальца левой руки.
 9. Пилочкой надпилите узкую часть ампулы, отломите шариком ее кончик и положите его в почкообразный лоток для использованного материала.
 10. Поставьте вскрытую ампулу на стол, накрыв ее стерильным шариком (можно этого не делать, если в процедурном кабинете до этого работали бактерицидные лампы).
 11. Возьмите приготовленный шприц в правую руку, придерживая муфту иглы вторым пальцем, цилиндр - мизинцем и большим пальцами.
 12. Снимите стерильный шарик с ампулы.
 13. Приготовленную ампулу возьмите в левую руку между вторым и третьим пальцами.
 14. Не касаясь краев ампулы, осторожно введите в нее иглу.
 15. Придержите первым и пятым пальцами левой руки цилиндр, четвертым - муфту иглы.
 16. Обхватите рукоятку шприца первым, вторым, третьим пальцами правой руки или можно использовать только большой палец, потяните поршень на себя.
 17. Наберите нужное количество лекарственного вещества, ампулу положите в лоток для использованного материала.
 18. Смените иглу на иглу для инъекций.
 19. Правой рукой притрите иглу к конусу пинцетом.
 20. Шприц в левой руке. Придерживая муфту иглы 2-м пальцем, цилиндр - 1-м и 5-м пальцами, поднимите шприц вертикально и выпустите из него пузырьки воздуха.
 21. Положите шприц на стерильный лоток и прикройте стерильной салфеткой или оставьте его на стерильной части внутренней упаковки бязи и прикройте стерильной частью.

Помните!

Перед тем, как взять в руки шприц для проведения инъекции, необходимо тщательно обработать перчатки ватным шариком (стерильным), смоченным в спирте.

Техника внутрикожной аллергологической пробы:

Цель: диагностическая и анестезиологическая.

Показания: по назначению врача.

Противопоказания определяет врач.

Приготовьте:

- а) ампулы с аллергенами, сыворотками, анатоксины;
- б) шприц 1,0 мл (специально градуированный);
- в) иглы для набора и в/к инъекции;
- г) перчатки;
- д) прозрачную линейку;
- е) стерильные шарики;
- ё) спирт 70%;
- ж) стерильный пинцет в дез. растворе;
- з) тонометр, фонендоскоп;
- и) противошоковый набор;
- й) аптечку "Антиспид".

Места внутрикожной инъекции: средняя треть передней поверхности предплечья.

Подготовка пациента:

1. Психологическая.
2. Объясните смысл манипуляции и как пациенту вести себя после нее.
3. Уточните индивидуальную переносимость препарата.

Последовательность действий:

1. Пригласите пациента.
2. Освободите место инъекции (пациент может это сделать сам).
3. Определите непосредственное место инъекции.
4. Наденьте перчатки.
5. Обработайте место инъекции спиртом дважды, дождитесь, пока высохнет.
6. Возьмите шприц с иглой в правую руку.
7. Обхватите левой рукой предплечье пациента снаружи и фиксируйте кожу (не растягивайте!).
8. Введите иглу снизу вверх под углом 15 градусов на длину самого среза так, чтобы он просвечивал через кожу.
9. Приподнимите кожу срезом иглы в виде "палатки".
10. В таком положении иглы введите назначенную дозу лекарственного вещества.
11. Извлеките быстрым движением иглу.

Запомните:

Стерильный шарик не прикладывать!

Внимание!

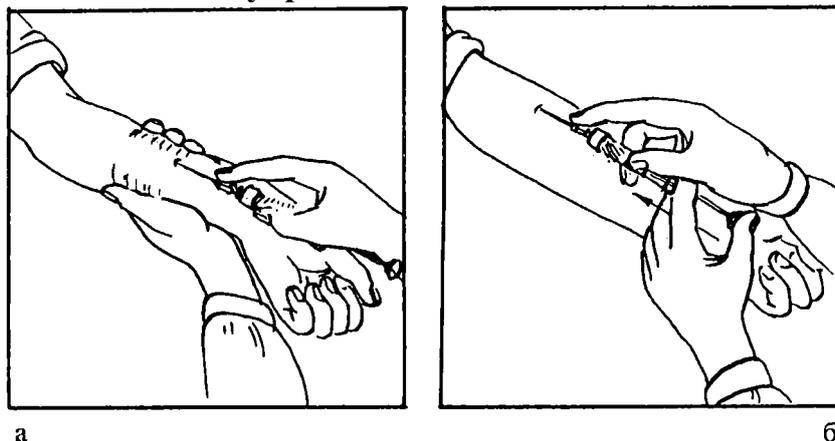
1. Пробу интерпретирует врач или специально обученная медсестра.
2. Критерием правильности выполненной инъекции служит образование на месте инъекции "папулы" или так называемого симптома "лимонной корочки",
3. Шарики замочите в 3% растворе хлорамина.

Последовательность действий после каждой инъекции:

- а) спросите у пациента о его самочувствии;
- б) при отсутствии жалоб и просьб отпустите его;

- в) использованный многоразовый шприц с иглой промойте в течение полминуты в емкости для промывания, закончите промывание на пустом цилиндре;
- г) промойте в течение полминуты шприц с иглой в емкости для замачивания игл, закончите промывание на полном цилиндре, аккуратно снимите иглу и замочите в емкости не менее, чем на 60 минут;
- д) шприц и поршень в разобранном виде замочите в 3% растворе хлорамина не менее, чем на 60 мин;
- е) обработайте чистой ветошью, смоченной в 3% растворе хлорамина, рабочее место после каждого пациента;
- ё) если использовались: резиновая подушечка, жгут, пеленки и др. материалы и инструменты, их тоже необходимо замочить в 3% растворе хлорамина.

Внутрикожная инъекция:



Техника подкожных инъекций:

Цель: лечебная.

Показания: введение препарата подкожно.

Противопоказания: индивидуальная непереносимость лекарственного вещества пациентом.

Примечание: при введении масляного раствора, перед набором его в шприц, поместите ампулу в сухую мензурку и опустите ее в емкость с горячей водой (температура 90° С).

Места для подкожных инъекций:

- а) средняя треть задней поверхности плеча;
- б) средняя треть передней поверхности бедра,
- в) подлопаточная область,
- г) передняя брюшная стенка.

Приготовьте:

1. Стерильный лоток для шприца.
2. Стерильный шприц с лекарственным веществом.
3. Стерильные иглы для подкожного введения.
4. Стерильные шарики.
5. Спирт 70%.
6. Перчатки.
7. Лоток для использованного материала.

8. Тонометр, фонендоскоп.
9. Противошоковый набор.
10. Аптечку "Антиспид".

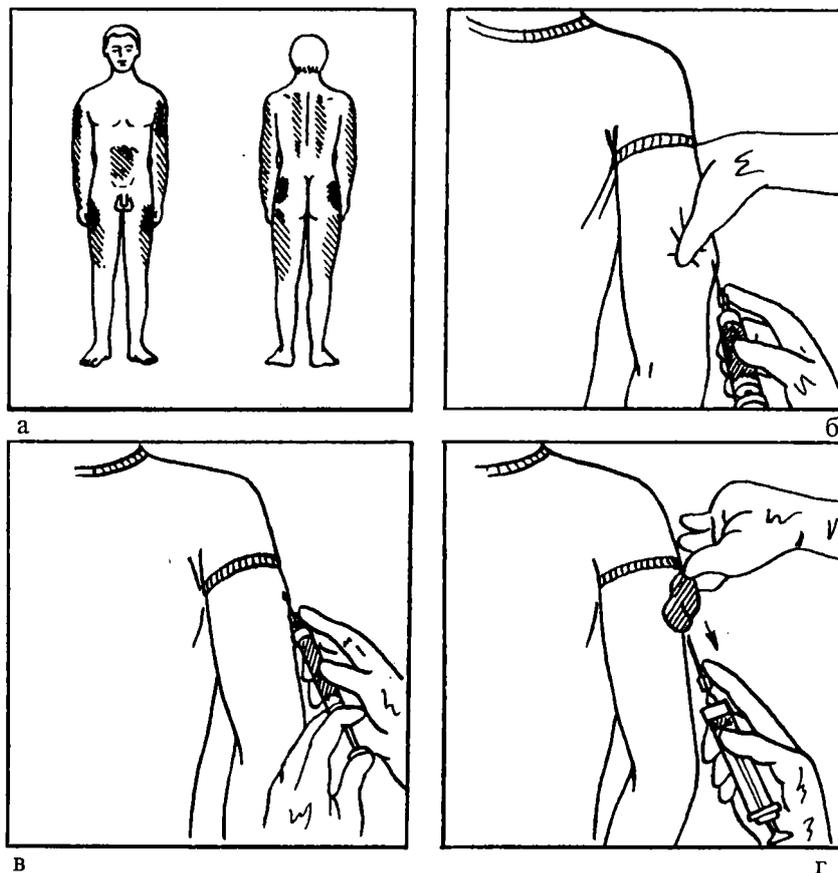
Подготовка пациента:

1. Психологическая.
2. Уточните переносимость препарата.
3. Объясните пациенту смысл манипуляции.
4. Уложите или усадите пациента.

Последовательность действий:

1. Освободите место инъекции (это может сделать сам пациент).
2. Определите место инъекции.
3. Наденьте перчатки, обработайте их шариком, смоченным спиртом.
4. Обработайте место инъекции стерильным шариком, смоченным спиртом, в одном направлении широко, затем вторым – непосредственно место инъекции, шарик оставьте рядом.
5. Возьмите шприц в правую руку, вторым пальцем придерживайте муфту иглы, большим и остальными пальцами - цилиндр (перед этим выведите оставшиеся пузырьки воздуха).
6. Сделайте складку кожи в месте инъекции 1-ми 2-м пальцами левой руки.
7. Введите быстрым движением иглу под углом 30-40° в основание складки на 2/3 длины иглы, держа ее срезом вверх (обычно игла вводится снизу вверх, но если пациент маленького роста или вводится инсулин, то игла направлена сверху вниз).
8. Отпустите складку.
9. Пальцами левой руки слегка оттяните поршень на себя, убедитесь, что игла не попала в сосуд (отсутствие крови в шприце).
10. Введите медленно лекарственное вещество.
11. Сухим стерильным шариком прижмите место инъекции и быстрым движением извлеките иглу.
12. Не забудьте спросить о самочувствии пациента, если инъекция болезненная, предупредите его об этом заранее.
13. Обработайте шприц, иглу, шарики, перчатки согласно вышеуказанным правилам.

Подкожная инъекция:



Техника выполнения внутримышечной инъекции:

Цель: лечебная.

Показания: введение препарата внутримышечно.

Противопоказания: индивидуальная непереносимость лекарственного вещества пациентом.

Места для внутримышечных инъекций:

- а) мышцы ягодиц (средняя и малая ягодичная мышцы);
- б) мышцы бедра (латеральная широкая мышца);
- в) значительно реже дельтовидная мышца плеча.

Приготовьте:

- а) одноразовый шприц с иглой длиной 5 см;
- б) стерильный лоток для шприца;
- в) ампула (флакон) с раствором лекарственного вещества;
- г) 70% раствор спирта, бикс со стерильным материалом (ватные шарики, тампоны);
- д) стерильные пинцеты, лоток для использованных шприцев;
- е) стерильные маска, перчатки;
- ё) противошоковый набор;
- ж) ёмкость с дезинфицирующим раствором.

Подготовка пациента:

1. Психологическая.
2. Уточните переносимость препарата.
3. Объясните пациенту смысл манипуляции.

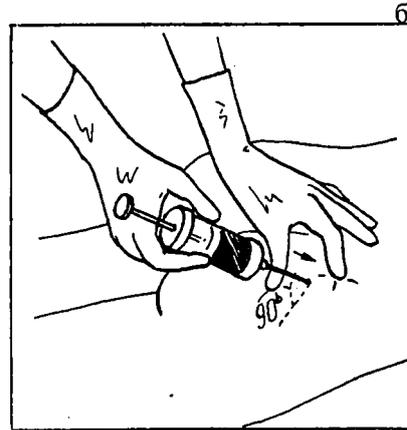
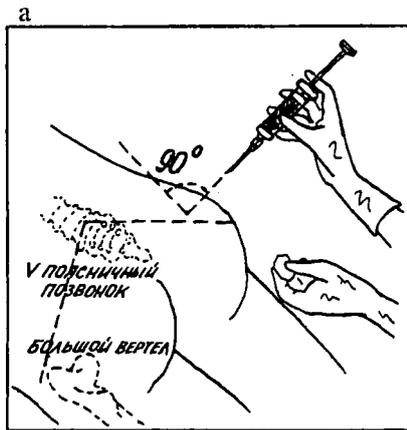
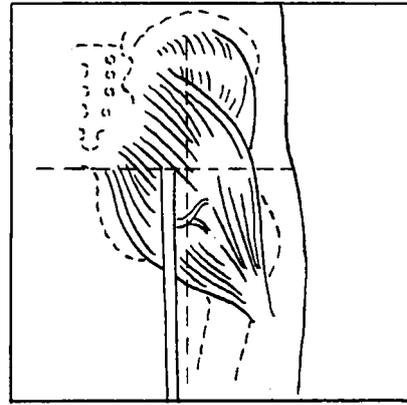
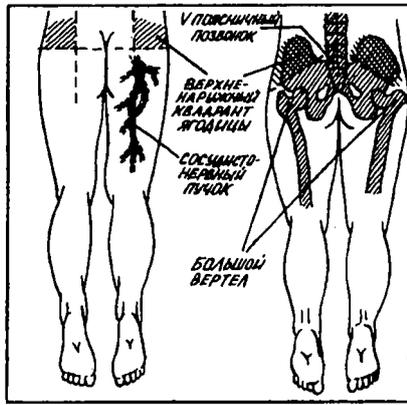
Последовательность действий:

1. Предложить больному занять удобное положение (лёжа на животе или на боку, при этом нога, которая оказывается сверху, должна быть разогнута в тазобедренном и коленном суставах).
2. Тщательно вымыть руки с мылом тёплой проточной водой; не вытирая полотенцем, чтобы не нарушить относительную стерильность, хорошо протереть их спиртом; надеть стерильные перчатки и также обработать их стерильным ватным шариком, смоченным в 70% растворе спирта.
3. Подготовить шприц с лекарственным средством, удалить воздух из шприца.
4. Обработать область инъекции двумя стерильными ватными шариками, смоченными в спирте, широко, в направлении сверху вниз: сначала большую поверхность, затем вторым шариком непосредственно место инъекции.
5. Взять шприц в правую руку, фиксируя мизинцем муфту иглы, остальными пальцами удерживая цилиндр; расположить шприц перпендикулярно месту инъекции.
6. Большим и указательным пальцами левой руки растянуть кожу пациента в месте инъекции; если больной истощён, кожу, наоборот, следует собрать в складку.
7. Быстрым движением кисти руки ввести иглу под углом 90° к месту инъекции на $2/3$ её длины.
8. Не перехватывая шприц, левой рукой оттянуть поршень на себя, чтобы убедиться, что игла не попала в кровеносный сосуд (в цилиндре шприца не должно быть крови); при наличии крови в шприце следует повторить вкол иглы.
9. Продолжая правой рукой удерживать шприц, левой рукой медленно плавно ввести лекарственный раствор.
10. Прижать к месту инъекции стерильный ватный шарик, смоченный в спирте, и быстрым движением вывести иглу.
11. Сложить использованные шприц, иглы в лоток; использованные ватные шарики поместить в ёмкость с дезинфицирующим раствором.
12. Снять перчатки, вымыть руки.

Дополнительная информация:

При введении лекарства в бедро шприц необходимо держать как писчее перо под углом 45° , чтобы не повредить надкостницу.

Внутримышечная инъекция в ягодицу:



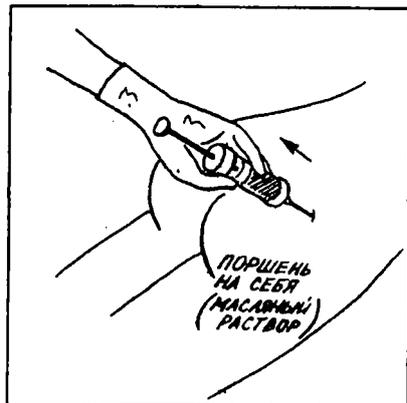
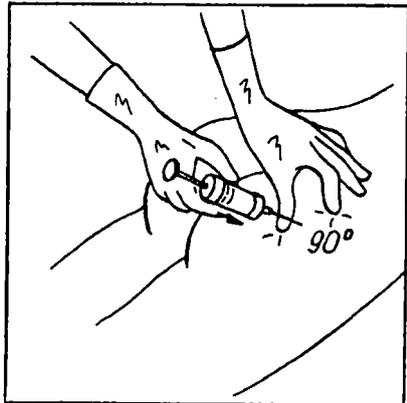
а

б

в

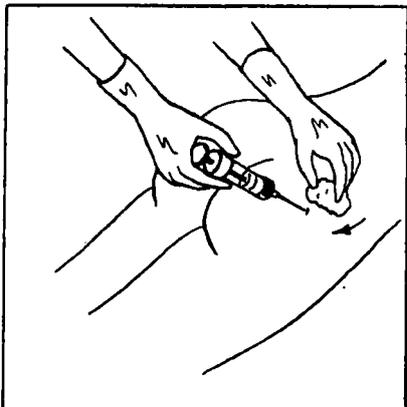
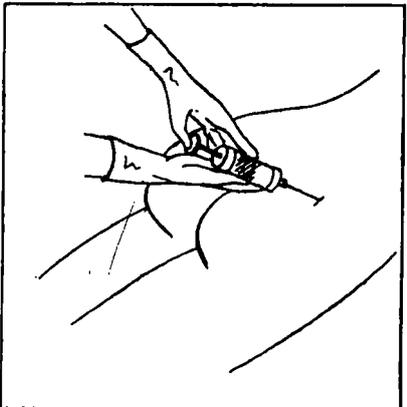
г

Внутримышечная инъекция в ягодицу масляного раствора:



а

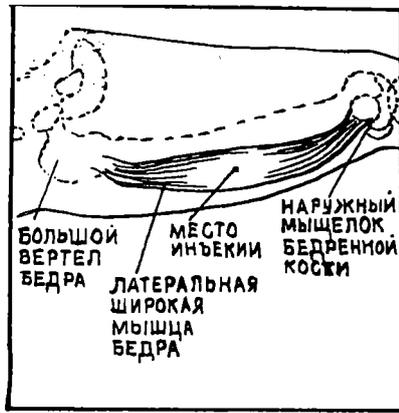
б



в

г

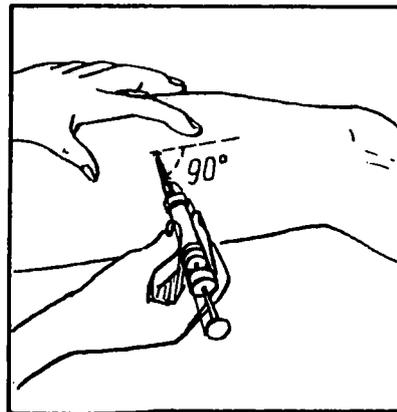
Внутримышечная инъекция в бедро:



а

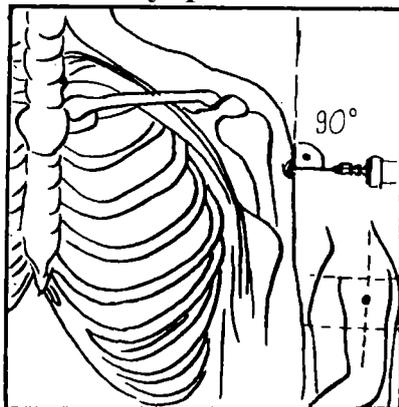


б

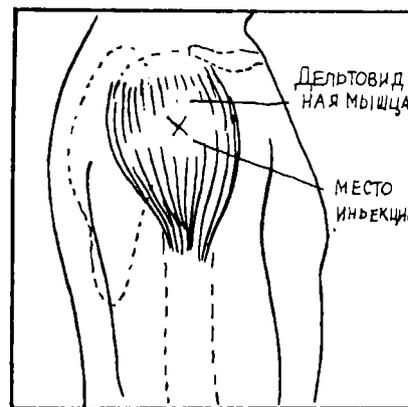


в

Внутримышечная инъекция в плечо:



а



б



в

Техника выполнения внутривенной инъекции:

Цель: лечебная.

Показания: назначение врача.

Противопоказания определяет врач.

Приготовьте:

- а) аптечку "Антиспид" на слизистые и кожу;
- б) противошоковый набор с одноразовым шприцем;
- в) тонометр, фонендоскоп;
- г) емкость с притертой пробкой для спирта;
- д) емкости с дез. растворами;
- е) емкость для использованного материала, не контактирующего с пациентом (ведро с педалью);
- ж) прорезиненную подушечку (валик), венозный жгут, пленку;
- з) биксы со стерильным материалом и инструментарием;
- и) стерильный лоток для шприца, игл, стерильных салфеток;
- й) стерильные перчатки, маску (при подозрении на ВИЧ-инфекцию - очки!);

Подготовка пациента:

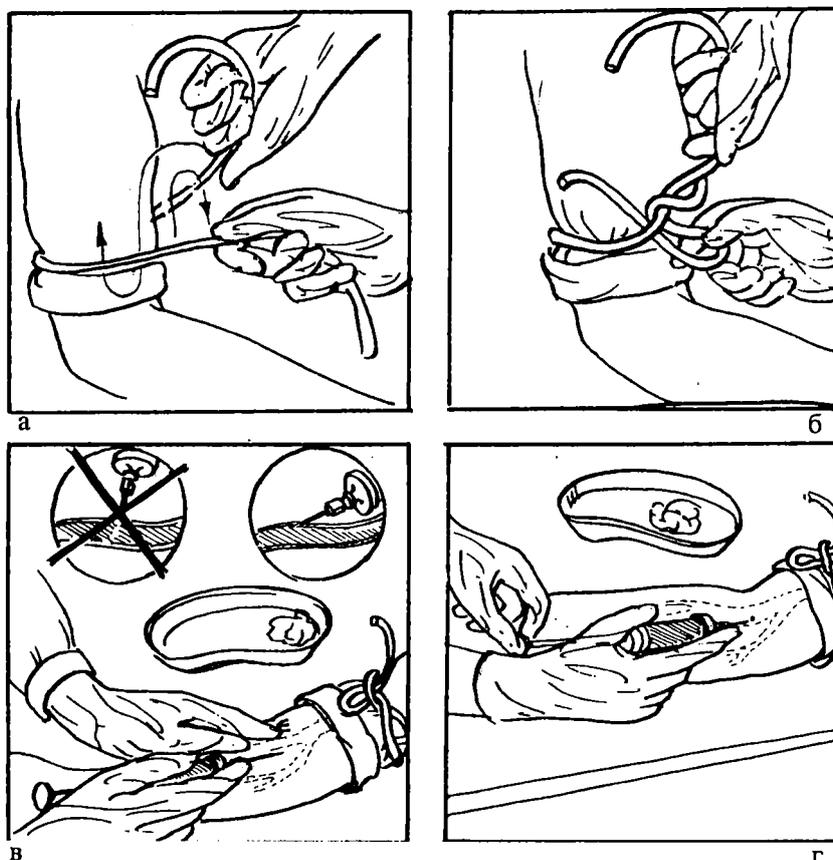
- а) психологическая - уточните, боится ли пациент назначенной манипуляции и вида крови;
- б) уточните индивидуальную чувствительность к лекарственному средству;
- в) назначьте время и место проведения манипуляции (палата, процедурный кабинет).
- г) объясните, что за какое-то время перед инъекцией он должен поесть.

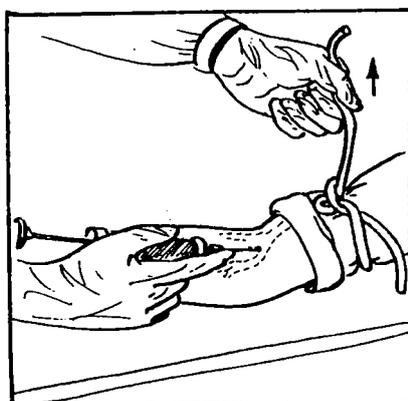
Последовательность действий:

1. Вымойте руки, высушите, смените халат, наденьте маску, обработайте руки салфеткой, смоченной в спирте и приготовьте для инъекции весь стерильный материал, в том числе соберите шприц со стерильного стола, лотка.
2. Соберите шприц для набора лекарственного средства, наберите его в шприц, смените иглу на иглу для инъекции, вытесните из цилиндра пузырьки воздуха, положите шприц в стерильный лоток.
3. Усадите или уложите пациента, осмотрите обе руки, выявив наличие доступных вен. Уточнив место инъекции, руку пациента уложите так, чтобы она не была напряжена.
4. Наденьте стерильные перчатки. Под локтевой сгиб подложите валик, пальпируйте пульс.
5. Выше локтевого сгиба, на среднюю треть плеча, не на голое тело, наложите венозный жгут, при этом пульс должен определяться.
6. Попросите пациента несколько раз сжать и разжать кулак, тем временем пальпируйте наиболее наполненную вену и попросите пациента сжать кулак и НЕ разжимать до вашего разрешения.
7. Обработайте инъекционное поле марлевыми салфетками, смоченными в спирте, сначала широко, затем - непосредственно место пункции, в последнюю очередь обработайте перчатки (направление обработки снизу вверх).
8. Убедитесь, что место пункции сухое, возьмите шприц в правую руку, фиксируя муфту иглы левой рукой. Большим пальцем кожу над пунктируемой веной потяните на себя, тем самым фиксируя ее, для удобства 4 пальца подведите под локоть.

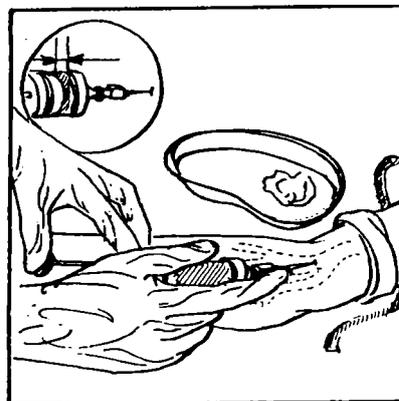
9. Пункцируйте вену одним из способов (одномоментно или двухмоментно) до ощущения "провала". Не перехватывая шприц в другую руку, левой рукой потяните поршень на себя, если в цилиндре появилась кровь, то Вы в вене.
10. Попросите пациента разжать кулак и снимите жгут.
11. Медленно введите лекарственное средство (обратите внимание, если кровь в цилиндре образовала сгустки, то лекарственное средство надо вводить до сгустков крови, если она растворилась и равномерно окрасила лекарственное средство, то можно вводить до конца).
12. Быстрым движением выведите иглу из вены, к месту пункции прижмите стерильную марлевую салфетку и попросите пациента согнуть руку в локтевом сгибе до остановки кровотечения.
13. Спросите пациента о его самочувствии, заберите у него салфетку, назначьте время следующей инъекции и отпустите его.
14. Проведите дез. обработку всего использованного материала.

Внутривенная инъекция:

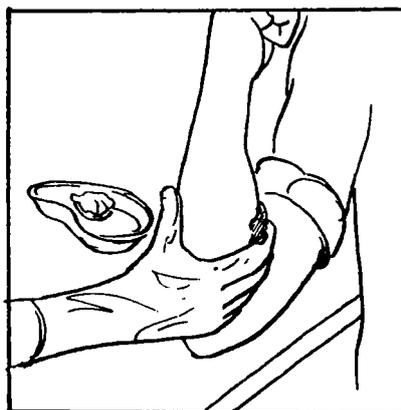




д



е



ж

Техника внутривенно-капельного вливания:

Цель: лечебная.

Показания: назначения врача.

Противопоказания определяет врач.

Приготовьте:

- а) аптечку "Антиспид";
- б) противошоковый набор с одноразовым шприцем;
- в) тонометр, фонендоскоп;
- г) емкость с притертой пробкой для спирта;
- д) емкость с дез. средствами;
- е) емкость для материала, не контактирующего с пациентом, ведро с педалью;
- ё) прорезиненную подушечку или валик, венозный жгут, пелёнку, лейкопластырь, ножницы;
- ж) биксы со стерильным материалом, инструментарием,
- з) стерильный лоток для шприца, который используется для промывания капельной системы и стерильных салфеток дез. раствором;
- и) одноразовую систему для переливания;
- й) стерильные перчатки, маску;
- к) флаконы с лекарственным средством.

Подготовка пациента:

1. Психологическая.
2. Сообщите пациенту, сколько времени приблизительно будет затрачено на манипуляцию.

3. В зависимости от режима двигательной активности пациента обеспечьте ему возможность физиологических отпавлений.
4. Уточните, нет ли у пациента каких-либо просьб.
5. Объясните пациенту, каким должно быть его положение в постели во время манипуляции (если пациент в сознании и воспринимает все адекватно).

Последовательность действий:

1. Перед манипуляцией проверьте, правильно ли подготовлен пациент.
 2. Помогите пациенту лечь на противоположный край постели так, чтобы его рука лежала без напряжения. не свисала.
 3. Вымойте, высушите руки, смените халат, наденьте маску.
 4. Проверьте упаковку капельной системы на:
 - а) герметичность;
 - б) срок годности,
 - в) наличие видимых дефектов (трещины, отломы, отсутствие на иглах предохранительных колпачков).
 5. Проверьте флаконы с назначенными лекарственными средствами на герметичность, уточните срок годности или дату изготовления, если лекарственное средство приготовлено аптекой стационара, название, дозу, отсутствие признаков непригодности соответственно листу врачебных назначений.
 6. Металлический диск флакона обработайте шариком, смоченным в спирте, стерильным пинцетом снимите его, резиновую пробку обработайте: спирт - йод - спирт. Если нет спирта, то можно обработать спиртовым раствором хлоргексидина.
 7. Перед вскрытием упаковки с капельной системой через упаковку зафиксируйте предохранительные колпачки на всех иглах.
 8. Ножницами вскройте упаковку с капельной системой с 3-х сторон и можете работать, как на стерильной пеленке.
 9. Снимите предохранительный колпачок с воздуховода и введите иглу в резиновую пробку флакона до упора.
 10. Закройте зажим капельной системы, снимите предохранительный колпачок с иглы для переливания лекарственных средств и введите ее до упора во флакон.
 11. Трубку воздуховода расположите вдоль флакона так, чтобы ее конец был на уровне дна флакона.
 12. переверните флакон пробкой вниз и в таком положении закрепите его на стойке-штативе.
 13. Снимите предохранительный колпачок с инъекционной иглы (пунктирующей вену пациента).
 14. Возьмите в правую руку капельницу и придайте ей горизонтальное положение, откройте зажим, но не полностью, медленно заполните капельницу на 1/2 ее объема.
 15. Закройте зажим и возвратите капельницу в вертикальное положение.
- Помните!** Фильтр капельницы должен быть закрыт раствором полностью.
16. Откройте зажим и медленно заполните всю систему до полного вытеснения воздуха в трубочке,
 17. Проверьте отсутствие пузырьков воздуха в капельной системе трубок.

18. На инъекционный узел стерильным пинцетом наложите 2 стерильные салфетки, на них наложите стерильный зажим и укрепите его на крючке стойки-штатива.
19. Отрежьте 2-3 полоски лейкопластыря и прикрепите к штативу. Зажим системы опустите до уровня инъекционного узла. Система готова для назначенного капельного введения лекарственных средств.
20. Вымойте руки (в палате), обработайте их спиртом, наденьте перчатки, снимите систему и положите в лоток.
21. Под локтевой сгиб и луче-запястный сустав пациента подложите валик.
22. На среднюю часть плеча (не на голое тело) наложите жгут в направлении сверху вниз, чтобы петля жгута была расположена с наружной стороны плеча.
23. Попросите пациента несколько раз сжать и разжать кулак, пальпируйте наиболее наполненную вену, попросите пациента не разжимать кулак.
24. Быстрыми движениями обработайте инъекционное поле стерильной салфеткой, смоченной в спирте или другом антисептике, сначала широко, затем - непосредственно место инъекции.
25. Обработайте перчатки спиртом.
26. Отделите иглу от капельной системы (если инъекционный узел сделан из непрозрачной резины), снимите с нее предохранительный колпачок, уложите муфту иглы на 2 стерильные салфетки и пунктируйте ею вену. При появлении крови откройте не полностью зажим и на полной капле раствора из канюли присоедините к игле систему.
27. Пальпируйте место вокруг пункции, чтобы определить, не попал ли раствор под кожу. Если вокруг места пункции нет припухлости, значит, игла осталась в вене. По назначению врача отрегулируйте скорость инфузии.
28. Уберите марлевую салфетку, испачканную кровью, зафиксируйте иглу по муфте к коже пациента ленточками лейкопластыря, накройте место пункции стерильной салфеткой.

Дополнительная информация:

- а) если инъекционный узел сделан из прозрачного материала, то пунктировать вену можно, не отделяя иглу от системы, так как вы можете видеть поступающую кровь;
- б) дополнительные лекарственные средства вводите только через инъекционный узел после его обработки спиртом, применяйте иглы диаметром не более 0,8 мм;
- в) при смене флакона закройте зажим, не допускайте опорожнения системы от лекарственного средства. сначала извлеките из пробки флакона иглу для лекарственного средства, затем введите иглу воздуховода во флакон, наполненный лекарственным средством, откройте зажим и отрегулируйте скорость поступления лекарственного средства;

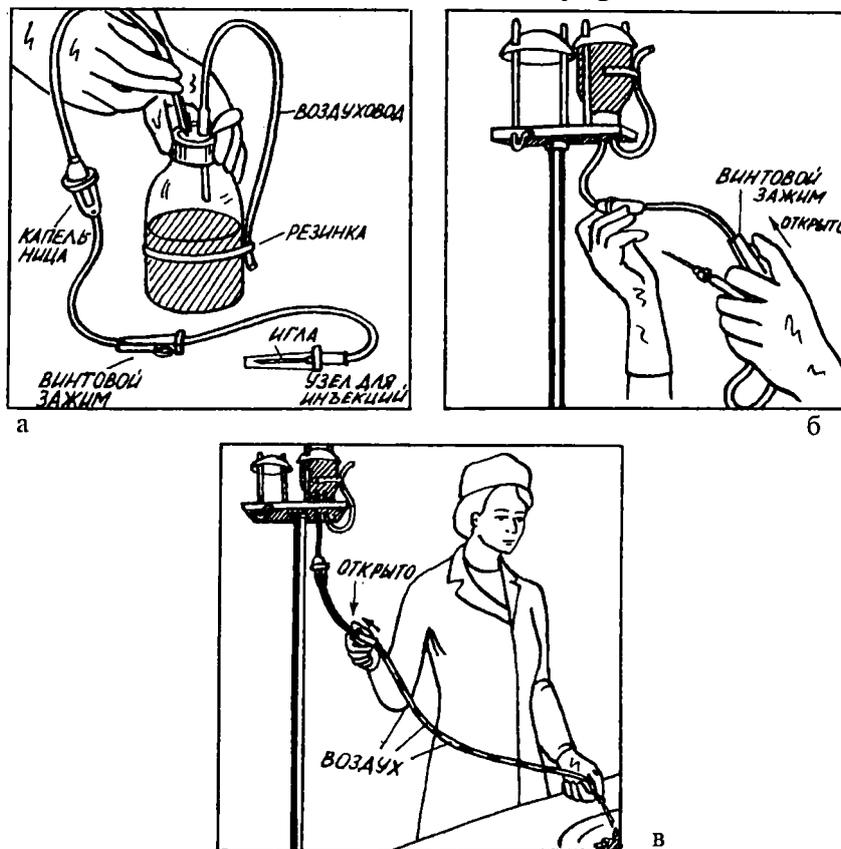
29. После окончания манипуляции:

- а) снимите салфетку, лейкопластырь, положите в лоток для использованного материала;
- б) аккуратно подведите под салфетку с иглой указательный и средний пальцы, большой палец положите на муфту иглы и выведите иглу на салфетку, к месту пункции приложите стерильную салфетку;

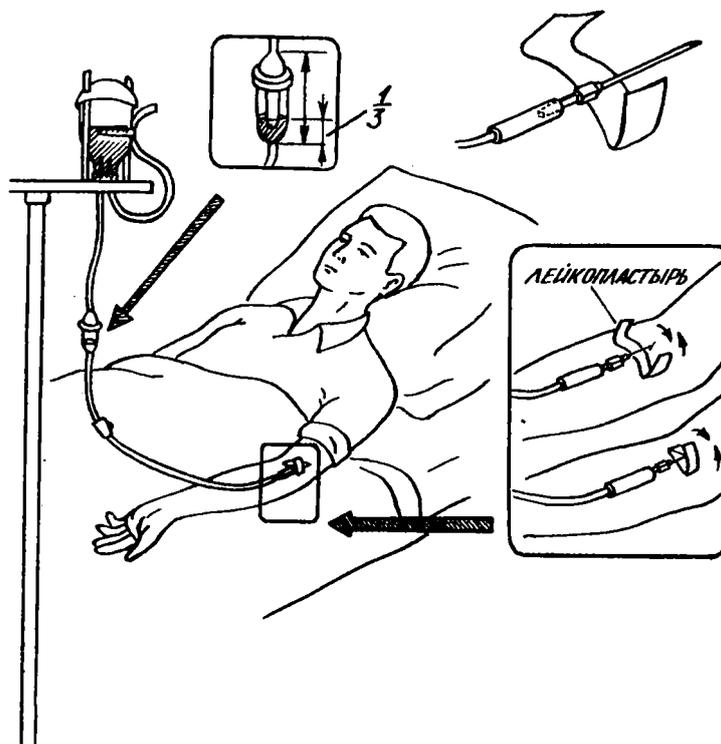
в) попросите пациента согнуть, руку в локтевом суставе до остановки кровотечения из места пункции;

г) весь использованный материал необходимо обеззаразить в дез. растворах, в том числе и салфетку, взятую у пациента после остановки кровотечения из места пункции.

Заполнение системы для капельного внутривенного вливания:



Внутривенное капельное вливание:



Промывание желудка:

Активное освобождение желудка от токсических веществ. Метод доступен, не требует большого оснащения и набора лекарственных средств.

Для промывания желудка можно использовать различные методы:

- а) "ресторанный" способ;
- б) промывание с применением толстого желудочного зонда;
- в) промывание с применением тонкого желудочного зонда;
- г) промывание с применением препарата апоморфина, обладающего сильным рвотным действием.

Запомните!

Экстренное (срочное) промывание желудка необходимо пациенту независимо от времени, прошедшего с момента поступления в организм токсических веществ.

"Ресторанный" способ промывания желудка применяется в том случае, когда состояние пациента позволяет сделать это.

Последовательность действий:

1. В зависимости от условий, в которых вы оказались, усадите пациента или уложите его на бок, чтобы туловище было выше головы пациента.
2. По возможности фиксируйте пациента в нужном для проведения манипуляций положении.
3. Используйте подручные средства для обеспечения сбора промывных вод (для осмотра их врачом скорой помощи).
4. Максимально защитите доступными средствами ваши кожные покровы и слизистые от попадания на них промывных вод.
5. Порциями, не более 500 мл, водой комнатной температуры напоите пациента (всего ему необходимо выпить от 5 до 10 литров, а иногда и больше).
6. После каждой порции принятой воды наклоните пациента над емкостью для промывных вод, фиксируя его голову и туловище (эту манипуляцию лучше выполнять вдвоем или втроем).
7. Попросите пациента широко открыть рот и, если он в состоянии, введите в ротовую полость 2 пальца правой руки и поведите по корню языка, вызывая рвотный рефлекс. После окончания рвотных движений освободите полость рта от оставшихся в ней рвотных масс.
8. Промывание желудка проведите до "чистых" промывных вод, чтобы в них не было остатков пищи, слизи; очистите от слизи носоглотку.
9. После окончания промывания желудка пациенту можно предложить таблетку активированного угля.

Помните!

Если промывание желудка проводилось по поведению случайного или умышленного приема токсических средств, вам в первую очередь необходимо вызвать бригаду скорой медицинской помощи.

Если под рукой нет никакой посуды для промывных вод, можно использовать целлофановые пакеты (их также можно использовать вместо перчаток).

Использование апоморфина (0,5-1,0 п/к - только по назначению врача) - при необходимости быстрого удаления из желудка ядов и недоброкачественных продуктов

питания, особенно когда невозможно провести промывание желудка. Действие наступает через несколько минут. После рвоты пациент несколько часов находится на постельном режиме. Медсестра обязана контролировать выполнение пациентом назначенного врачом режима двигательной активности.

Промывание желудка желудочным зондом:

Цель:

- а) лечебная;
- б) диагностическая.

Показания определяет врач.

Противопоказания определяет врач.

Приготовьте:

1. Желудочный зонд, резиновую трубку, стеклянный переходник.
2. Прозрачную воронку емкостью 1 литр.
3. Стерильный лоток.
4. Стерильную пробирку с пробкой.
5. Шприц Жане.
6. Кувшин емкостью 1 литр.
7. Перчатки.
8. Клеенчатый фартук - 2 шт.
9. Полотенце.
10. Емкость с водой на 8-10 л, t° 20 С.
11. Емкость для промывных вод.
12. Емкости с дез. раствором.
13. Штатив.
14. Направление в лабораторию.

Подготовка пациента:

- а) успокойте пациента;
- б) объясните ему, как вести себя во время манипуляции;
- в) измерьте АД и подсчитайте пульс.

Порядок действий палатной медсестры:

1. Усадите на стул так, чтобы его спина плотно прижималась к спинке стула.
2. Грудь пациента закройте клеенчатым фартуком.
3. Съёмные протезы снимите и положите в стакан с водой комнатной температуры.
4. Уточните рост пациента для определения длины зонда, вводимого в желудок (рост минус 100 см или от крыла носа до мочки уха и затем до мечевидного отростка пациента). Сделайте отметку на зонде (если рост пациента стандартный, от 160 до 180 см, можно работать по стандартным отметкам на зонде).
5. Вымойте руки с мылом.
6. Наденьте фартук, маску, перчатки.
7. Встаньте справа от пациента, емкость с чистой водой поставьте справа, а для промывных вод - слева.
8. Попросите пациента широко открыть рот и глубоко дышать через нос. На счет 1, 2, 3, 4 - пациент делает вдох, а вы быстрым движением введите смазанный жидким масляным раствором или смоченный в физиологическом растворе или масле слепой

конец зонда за корень языка, попросите пациента сделать глотательное движение. На счет 1, 2, 3, 4, 5, 6 - выдох, пациент отдыхает.

7. Попросите пациента сделать несколько глотательных движений. Проведите зонд по пищеводу и в желудок по той же схеме.

8. К зонду присоедините воронку на уровне колен пациента, несколько наклонив к себе, чтобы не ввести дополнительный воздух в желудок. Воду наливайте по стенке воронки, тем самым вытесняя воздух из системы трубок.

9. Заполнив систему трубок, поднимите воронку вверх, на уровень вытянутой руки, вода сразу же начнет поступать в желудок.

10. Дождавшись, когда вода достигнет сужения воронки, быстро опустите ее вниз, промывные воды желудка достаточно быстро заполнят воронку.

11. Содержимое воронки перелейте в емкость для промывных вод, стараясь не разбрызгивать.

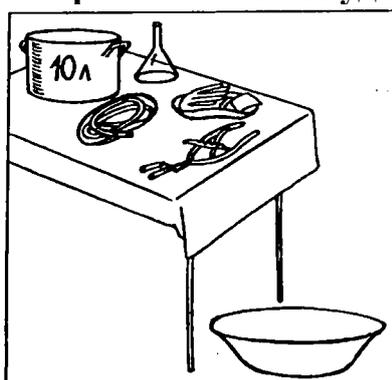
12. Повторите действия, описанные в п.п. 8-11.

Дополнительная информация:

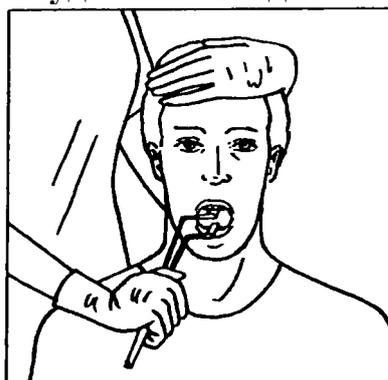
1. Манипуляцию повторяют до тех пор, пока промывные воды не станут "чистыми", то есть не будут содержать остатков пищи, слизи и т.д.

2. При отравлении, если пациент доставлен в реанимационное отделение, медсестра обязана сразу же, не дожидаясь назначений врача, ввести одноразовый зонд в желудок.

Промывание желудка желудочным зондом:



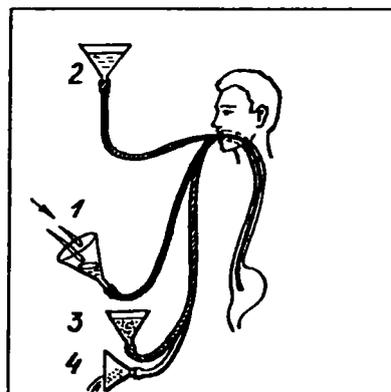
а



б



в



г

Подмывание тяжёлоболоного:

Цель: соблюдение личной гигиены.

Показания: после каждого акта дефекации и мочеиспускания.

Приготовьте: кувшин с тёплым (37—38 °С) раствором фурацилина или слабым раствором марганцовокислого калия; хирургический зажим (корнцанг); марлевые салфетки; клеёнка; судно; перчатки; ширма, градусник.

Перед выполнением манипуляции:

1. Вежливо, доброжелательно поприветствуйте больного, обратившись к нему по имени-отчеству.
2. Объясните ему смысл манипуляции, добейтесь понимания и получите согласие на её проведение.
3. Обеспечьте конфиденциальность проведения манипуляции (в палате отгородите больного ширмой).
4. Во время манипуляции вежливо общайтесь с больным, поясняя ему ваши действия. Проявляйте доброту и милосердие к нему.

Последовательность действий:

1. Наденьте резиновые перчатки.
2. На кровать под больного положите клеёнку, на неё поставьте судно и помогите ему лечь на судно на спину, ноги должны быть слегка согнуты в коленях и разведены в бёдрах.
3. Встаньте справа от больного.

Выполнение манипуляции женщине:

Последовательность действий:

1. Возьмите кувшин с тёплым раствором фурацилина в левую руку, а зажим с салфеткой в правую.
2. Поливая из кувшина, последовательно обработайте наружные половые органы по направлению к анальному отверстию (спереди назад): область лобка, наружные (большие) половые губы, паховые складки, промежность, область анального отверстия, межъягодичную складку.

Выполнение манипуляции мужчине:

Последовательность действий:

1. Аккуратно отодвиньте пальцами левой руки крайнюю плоть, обнажив головку полового члена, и обработайте её стерильной салфеткой, смоченной фурацилином.
2. Возьмите кувшин с тёплым раствором фурацилина в левую руку, а зажим с салфеткой в правую. Поливая из кувшина, последовательно обработайте кожу полового члена, мошонку, паховые складки, область заднего прохода, межъягодичную складку.
3. Салфетки меняйте по мере загрязнения.
4. Осушите промежность сухой салфеткой в той же последовательности (спереди назад).
5. Уберите судно и клеёнку, поправьте постель.
6. Помогите больному удобно лечь, укройте его, скажите ему несколько добрых слов.
7. Обработайте судно и клеёнку дезраствором согласно действующим инструкциям.
8. Снимите перчатки и поместите их в дезраствор.
9. Помойте руки.

Запомните! При неправильной последовательности выполнения процедуры возможен занос инфекции в мочевые пути.

Постановка газоотводной трубки тяжелобольному:

Цель: выведение газов из кишечника.

Показания: метеоризм (скопление газов в кишечнике).

Приготовьте: стерильная газоотводная трубка (одноразовая), вазелин; клеёнка, судно с небольшим количеством воды; перчатки; марлевые салфетки; шпатель, ширма, раствор фурацилина.

Перед выполнением манипуляции:

1. Вежливо, доброжелательно поприветствуйте больного, обратившись к нему по имени-отчеству.
2. Объясните ему смысл манипуляции, добейтесь понимания и получите согласие на её проведение.
3. Обеспечьте конфиденциальность проведения манипуляции (в палате отгородите больного ширмой).
4. Во время манипуляции вежливо общайтесь с больным, поясняя ему ваши действия. Проявляйте доброту и милосердие к нему.

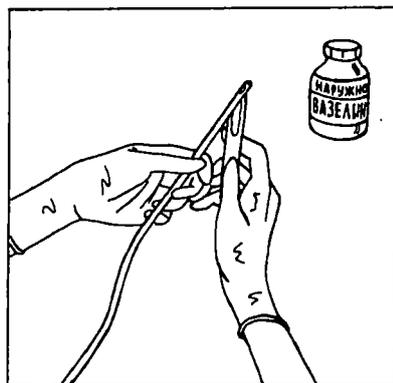
Последовательность действий:

1. Наденьте перчатки.
2. На кровать под больного положите клеёнку, помогите ему лечь на спину, на клеёнку.
3. Попросите его согнуть ноги в коленях и развести их.
4. Поставьте рядом с больным судно (с небольшим количеством воды).
5. Возьмите газоотводную трубку и смажьте закруглённый конец трубки вазелином.
6. Раздвиньте ягодицы больному.
7. Введите газоотводную трубку на 20—30 см в прямую кишку, осторожно, вращательными движениями.
8. Наружный конец трубки опустите в судно с водой, прикройте больного одеялом или простынёй.
9. Контролируйте отхождение газов и самочувствие больного каждые 15 минут, так как возможна закупорка трубки каловыми массами.
10. Через час осторожно извлеките трубку через салфетку, смоченную дезсредством.
11. Обработайте заднепроходное отверстие сначала влажной салфеткой, смоченной фурацилином, затем сухой или подмойте больного.
12. Уберите судно и клеёнку, поправьте постель.
13. Помогите больному удобно лечь, укройте его, скажите ему несколько добрых слов.
14. Обработайте газоотводную трубку, судно, клеёнку в дезрастворе согласно действующим инструкциям.
15. Снимите перчатки и поместите их в дезраствор.
16. Помойте руки.

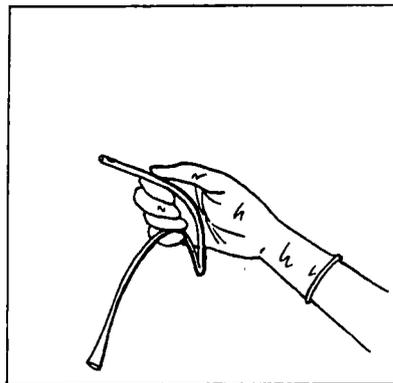
Осложнения: при длительной постановке газоотводной трубки более 2 ч у больного могут возникнуть пролежни на слизистой оболочке прямой кишки.

Запомните! Газоотводную трубку можно убрать уже через 20—30 мин, если у больного отошли газы. При неэффективности манипуляции повторите её через 30—60 мин, используя другую стерильную газоотводную трубку.

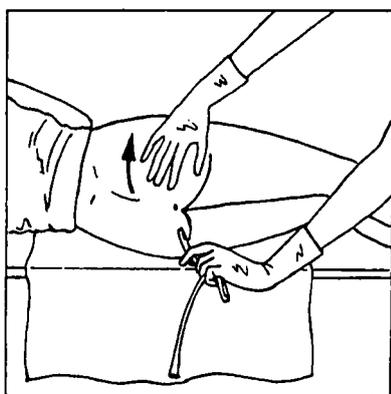
Постановка газоотводной трубки тяжелобольному:



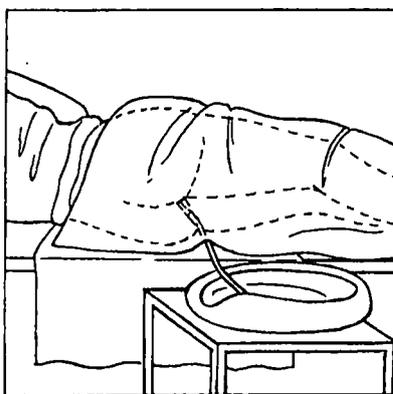
а



б



в



г

Постановка очистительной клизмы больному:

Цель: очищение кишечника (лечебное и диагностическое).

Показания: очищение кишечника перед рентгенологическим и эндоскопическим исследованиями толстой кишки, при запорах, перед операцией, родами, перед постановкой лекарственной клизмы.

Противопоказания: кровотечение из нижних отделов пищеварительного тракта, острые воспалительные или язвенные процессы в области толстой кишки и заднего прохода, злокачественные образования прямой кишки, первые дни после операции на органах пищеварительного тракта, выпадение прямой кишки.

Приготовьте: кружка Эсмарха со шлангом, стерильный наконечник, вазелин, клеёнка, судно, кипячёная вода 1—1,5 л (20 °С), перчатки, фартук, термометр (для измерения температуры вводимой жидкости), штатив для подвешивания кружки Эсмарха, эмалированный таз, шпатель, кувшин с тёплым (37—38 °С) раствором фурацилина или слабым раствором марганца, хирургический зажим (корнцанг), марлевые салфетки, ширма.

Перед выполнением манипуляции:

1. Вежливо, доброжелательно поприветствуйте больного, обратившись к нему по имени и отчеству.

2. Объясните ему смысл манипуляции, добейтесь понимания и получите согласие на её проведение.
3. Обеспечьте конфиденциальность проведения манипуляции, пригласив больного в клизменную, а если манипуляция проводится в палате, то отгородив его ширмой от остальных больных.
4. Во время манипуляции вежливо общайтесь с больным, поясняя ему ваши действия. Проявляйте к нему доброту и милосердие.

Последовательность действий:

1. Наденьте резиновые перчатки.
2. Наденьте фартук.
3. Соберите систему, подсоединив к ней наконечник.
4. Налейте в кружку Эсмарха 1—1,5 л воды температурой 20—22 °С.
5. Подвесьте кружку на стойку на 1 м выше больного.
6. Закройте вентиль.
7. Заполните систему водой.
8. Выпустите воздух из системы, открыв вентиль и пропустив воду через наконечник.
9. С помощью шпателя смажьте наконечник вазелином.
10. На кушетку (кровать) под пациента положите клеёнку, конец которой свисает в таз (на случай, если больной не удержит воду в кишечнике).
11. Помогите больному лечь на левый бок с согнутыми в коленях И слегка подтянутыми к животу ногами.
12. Пальцами левой руки раздвиньте ягодицы больному, а правой рукой осторожно введите наконечник в анальное отверстие, продвигая его в прямую кишку по направлению к пупку (3—4 см), затем параллельно позвоночнику (8-10 см).
13. Приоткройте вентиль, чтобы вода медленно поступала в кишечник. Попросите больного глубоко дышать животом.
14. Если больному трудно удерживать воду, то вводите воду отдельными порциями, перекрывая вентиль после каждой порции, давая ему передышку.
15. После введения воды в кишечник закройте вентиль и осторожно извлеките наконечник, оставив на дне кружки немного воды, чтобы в кишечник не попал воздух.
16. Помогите больному встать с кушетки и дойти до унитаза при появлении позывов на дефекацию.
17. Предложите ему туалетную бумагу.
18. После опорожнения кишечника проводите больного в палату.
19. При выполнении манипуляции в палате подложите судно под больного.
20. После дефекации судно с каловыми массами вынесите в туалет и вылейте.
21. Принесите чистое судно и подставьте под больного, ноги его должны быть слегка согнуты в коленях и разведены в бёдрах.
22. Встаньте справа от больного и, держа кувшин с тёплым раствором фурацилина в левой руке, а зажим с салфеткой в правой, поливая из кувшина наружные половые органы больного, одновременно салфеткой в зажиме обрабатывайте промежность по направлению к анальному отверстию (спереди назад).

23. Осушите промежность сухой салфеткой (спереди назад).
24. Уберите судно и клеёнку.
25. Поправьте постель и укройте больного, скажите ему несколько добрых слов.
26. Разберите систему, наконечник продезинфицируйте согласно действующей инструкции.
27. Судна продезинфицируйте согласно действующей инструкции.
28. Снимите фартук и обработайте дезраствором по инструкции.
29. Снимите перчатки и опустите их в ёмкость для дезинфекции.
30. Помойте и осушите руки.
31. Проветрите палату и уберите ширму.

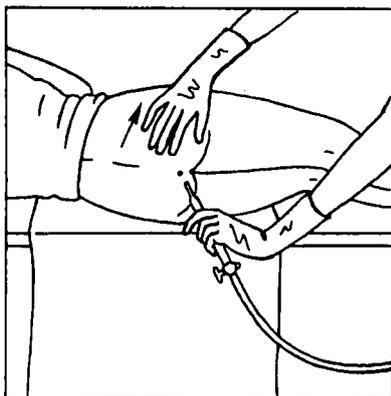
Постановка очистительной клизмы больному:



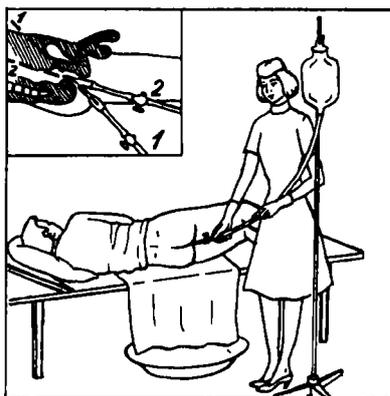
а



б



в



г

Постановка сифонной клизмы:

Цель: очистительная.

Показания определяет врач.

Противопоказания определяет врач.

Приготовьте:

- а) резиновый зонд, резиновую трубку;
- б) стеклянный переходник;
- в) прозрачную воронку емкостью 1 л;
- г) стерильный лоток для вышеуказанного набора;
- д) кувшин емкостью 1 л;
- е) клеенчатый фартук;
- ё) пеленку, клеенку;

- ж) емкость с водой на 8-10 л, t° 18-20°C;
- з) емкость для промывных вод;
- и) штатив с емкостью для отправления в лабораторию;
- й) направление в лабораторию;
- к) емкости с дез. раствором.

Подготовка пациента:

- а) психологическая;
- б) уточните цель клизмы;
- в) объясните пациенту, как ему вести себя во время манипуляции;
- г) измерьте АД и подсчитайте пульс.

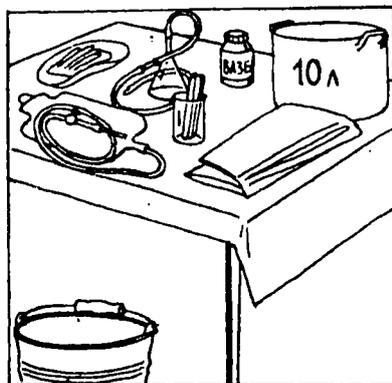
Порядок действий палатной медсестры:

1. Подготовиться к проведению процедуры: тщательно вымыть руки с мылом тёплой проточной водой, надеть маску, фартук и перчатки.
2. Поставить на пол около кушетки таз; на кушетку положить клеёнку (свободный конец которой опустить в таз) и сверху неё - пелёнку.
3. Попросить больного лечь на край кушетки, на левый бок, согнув колени и приведя их к животу для расслабления брюшного пресса.
4. Приготовить систему, набрать шпателем небольшое количество вазелина и смазать им конец зонда.
5. Большим и указательным пальцами левой руки раздвинуть ягодицы, а правой рукой лёгкими вращательными движениями осторожно ввести в анальное отверстие зонд на глубину 30-40 см.
6. Расположить воронку в наклонённом положении чуть выше уровня тела больного и наполнить её с помощью ковша водой в количестве 1 л.
7. Медленно поднять воронку на 0,5 м над уровнем тела пациента.
8. Как только уровень убывающей воды достигнет устья воронки, опустить воронку ниже уровня тела пациента и дождаться заполнения воронки обратным током жидкости (воды с частицами кишечного содержимого).
9. Слить содержимое воронки в таз.
10. Повторить промывание (пп. 6-9) до появления в воронке чистых промывных вод.
11. Медленно извлечь зонд и погрузить его вместе с воронкой в ёмкость с дезинфицирующим раствором.
12. Провести туалет анального отверстия.
13. Снять фартук, маску, перчатки, вымыть руки.

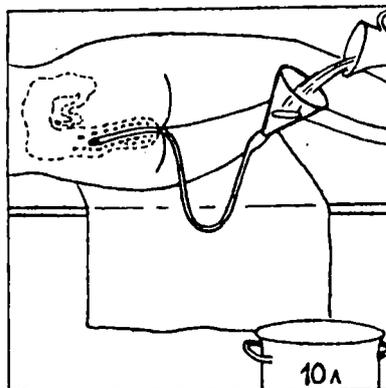
Дополнительная информация:

1. Критерием правильности проведения сифонной клизмы (так же, как и при промывании желудка) служит количество полученных промывных вод, оно должно быть больше введенного объема.

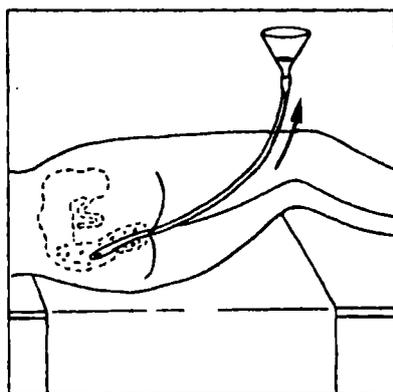
Постановка сифонной клизмы:



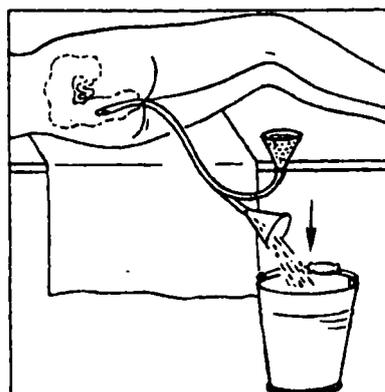
а



б



в



г

Катетеризация мочевого пузыря у женщин и мужчин:

Цель: выведение мочи (с лечебной или диагностической целью) и введение в мочевой пузырь препаратов (с лечебной или диагностической целью).

Показания: при острой задержке мочи, для промывания мочевого пузыря, для введения в него лекарственных препаратов, взятия мочи для анализа.

Приготовьте: стерильный эластический пластиковый или резиновый катетер, стерильный пинцет, стерильный лоток, 0,02% стерильный раствор фурацилина, стерильное вазелиновое масло или урогель, стерильные салфетки, мочеприёмник, перчатки, ширма.

Перед катетеризацией эластический катетер нужно подержать в горячей, стерильной, дистиллированной воде — он станет менее жёстким.

Перед выполнением манипуляции:

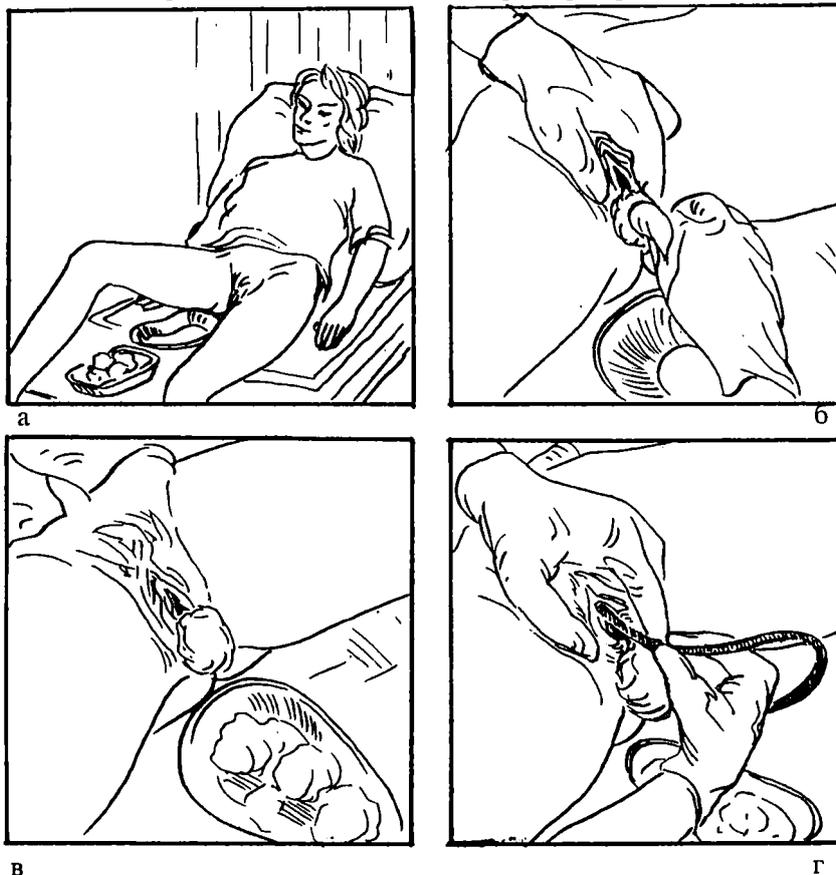
1. Вежливо, доброжелательно поприветствуйте больного, обратившись к нему по имени и отчеству.
2. Объясните ему смысл манипуляции, добейтесь понимания и получите согласие на её проведение.
3. Обеспечьте конфиденциальность проведения манипуляции, пригласив больного в манипуляционную, а если манипуляция проводится в палате, то отгородив его ширмой от остальных больных.
4. Во время манипуляции вежливо общайтесь с больным, поясняя ему ваши действия. Проявляйте к нему доброту и милосердие.

Выполнение манипуляции у женщин:

Последовательность действий:

1. Наденьте перчатки.
2. Вежливо попросите больную лечь на спину, согнуть ноги в коленях и развести бёдра.
3. Поставьте мочеприёмник между ног больной.
4. Возьмите стерильную салфетку и смочите её раствором фурацилина.
5. Разведите первым и вторым пальцами левой руки большие и малые половые губы больной, обнажив наружное отверстие мочеиспускательного канала.
6. Обработайте вход в уретру салфеткой, смоченной раствором фурацилина.
7. Правой рукой возьмите стерильным пинцетом стерильный резиновый катетер вблизи его кончика на расстоянии 5—6 см от бокового отверстия, а хвостик катетера удерживайте между 4 и 5 пальцами той же руки и смажьте кончик стерильным вазелиновым маслом или урогелем.
8. Введите катетер в мочеиспускательный канал до появления мочи и опустите хвостик катетера в мочеприёмник.
9. Извлеките катетер из мочеиспускательного канала по окончании выделения мочи.
10. Осушите промежность стерильной салфеткой.
11. Поправьте постель и укройте больную, скажите ей несколько добрых слов.
12. Катетер после катетеризации и мочеприёмник обработайте в дезрастворе согласно действующим инструкциям.
13. Снимите перчатки и опустите их в ёмкость для дезинфекции.
14. Помойте и осушите руки.

Катетеризация мочевого пузыря у женщин:

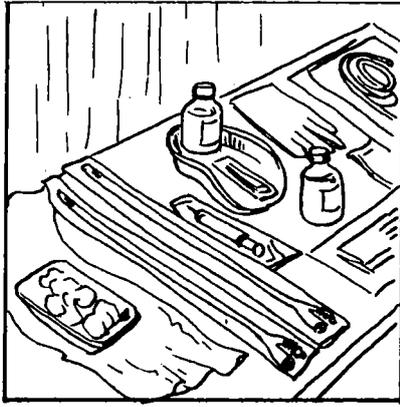


Выполнение манипуляции у мужчин:

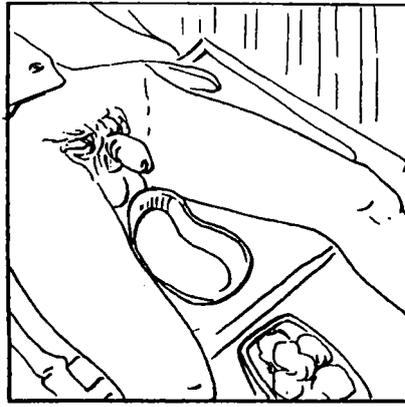
Последовательность действий:

1. Наденьте перчатки.
2. Вежливо попросите больного лечь на спину, согнуть ноги в коленях и развести бёдра.
3. Поставьте мочеприёмник между ног.
4. Возьмите стерильную салфетку и смочите её раствором фурацилина.
5. Захватите между 3 и 4 пальцами левой руки головку полового члена пациента, а первым и вторым пальцами раздвиньте наружное отверстие мочеиспускательного канала.
6. Правой рукой обработайте вход в уретру салфеткой, смоченной в растворе фурацилина.
7. Правой рукой возьмите стерильным пинцетом стерильный резиновый катетер (смоченный предварительно стерильным вазелиновым маслом или урогелем) вблизи его кончика на расстоянии 5-6 см от бокового отверстия, а хвостик катетера удерживайте между 4 и 5 пальцами той же руки.
8. Введите конец катетера в наружное отверстие мочеиспускательного канала больного и, постепенно перехватывая катетер, продвигайте его по каналу глубже, а половой член подтягивайте кверху, как бы натягивая его на катетер до появления мочи. Если при продвижении катетера возникает препятствие, посоветуйте больному успокоиться, расслабиться.
9. При появлении мочи опустите хвостик катетера в мочеприёмник.
10. Извлеките катетер из мочеиспускательного канала, плотно зажав его наружный конец по окончанию выделения мочи.
11. Осушите головку полового члена больного стерильной салфеткой.
12. Поправьте постель и укройте больного, скажите ему несколько добрых слов.
13. Катетер после катетеризации и мочеприёмник обработайте в дезрастворе согласно действующим инструкциям.
14. Снимите перчатки и опустите их в ёмкость для дезинфекции.
15. Помойте и осушите руки.

Катетеризация мочевого пузыря у мужчин:



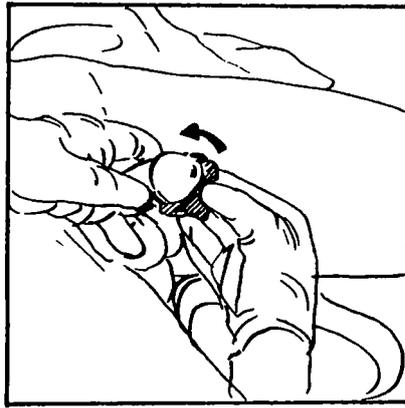
а



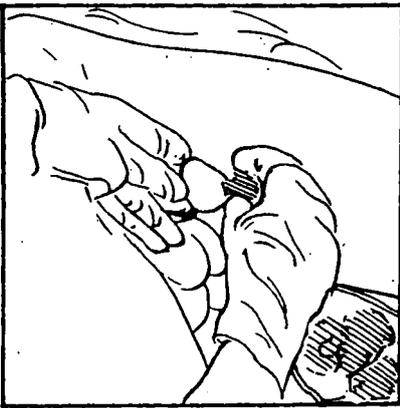
б



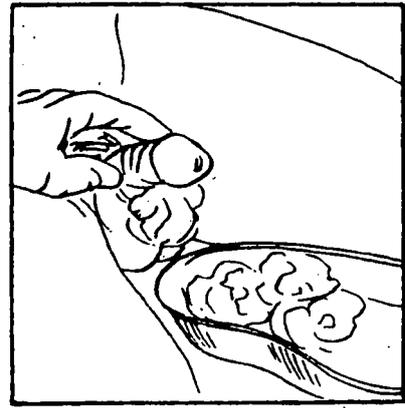
в



г



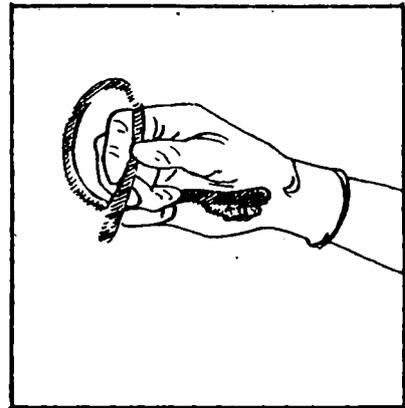
д



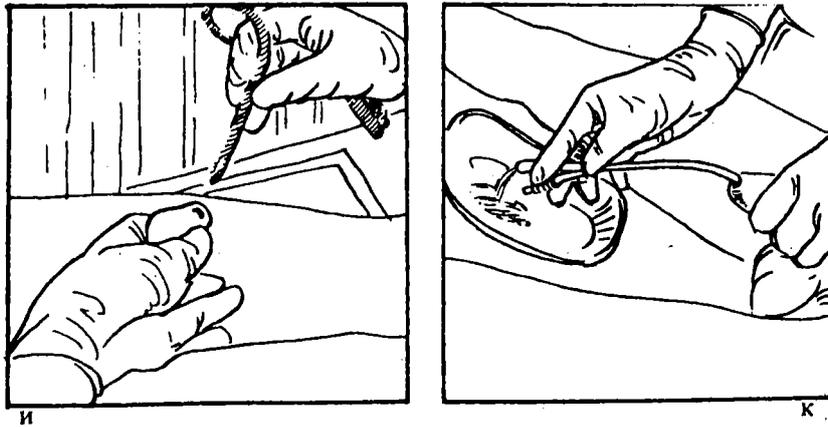
е



ж



з



Сердечно-лёгочная реанимация:

Цель: оживление организма.

Показания: остановка дыхания и сердцебиения.

Противопоказания: наличие признаков биологической смерти, травма, не совместимая с жизнью (отрыв головы, размозжение грудной клетки и пр.), у инкурабельных больных (онкобольных, тяжёлая форма инсульта и т.д.), если с момента остановки сердца прошло более 25 мин при температуре окружающей среды 20—25 °С.

Оснащение: не требуется.

Последовательность действий:

1. Увидев пострадавшего, лежащего неподвижно с закрытыми глазами, подойдите к нему.
 2. Прикоснитесь и спросите его «Что с вами?», если он не отвечает, проверьте у него сердцебиение.
 3. Охватите правой рукой запястье пострадавшего так, чтобы первый палец располагался на локтевой стороне предплечья, а остальные пальпировали лучевую артерию, прижимая её к лучевой кости.
 4. Если периферическая пульсация отсутствует, пальпируйте пульс на сонных артериях. Охватите правой рукой шею пострадавшего так, чтобы первый палец располагался на задней поверхности шеи, а остальные, соскальзывая с переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы, пальпировали сонную артерию, прижимая её к боковой поверхности шейного отдела позвоночника. Если пульс на сонных артериях отсутствует, значит, отсутствует сердцебиение.
 5. Поднесите к носу пострадавшего зеркальце, если оно не запотевает, значит, дыхание отсутствует. При отсутствии зеркальца можно поднести к носу пострадавшего нитку, если нет ритмичного отклонения нитки поднесённой к носу, значит, дыхание отсутствует.
 6. Первым и вторым пальцами кисти разведите веки пострадавшего, если при попадании света на зрачок он не суживается, значит, реакция зрачка на свет отсутствует.
 7. Проверьте, нет ли у пострадавшего признаков биологической смерти (трупных пятен и трупного окоченения) — осмотрите у него подлежащие участки тела.
- Убедившись в том, что пострадавший находится в состоянии клинической смерти,

попробуйте позвать на помощь — закричите: «**Помогите!**» или воспользуйтесь мобильным телефоном (при его наличии) и быстро приступайте к сердечно-лёгочной реанимации.

9. Уложите пострадавшего на спину на твёрдую поверхность.

10. Освободите ему грудную клетку от стесняющей одежды.

11. Сделайте перикардальный удар — кулаком с высоты 20 см дважды ударьте по грудной клетке в точке компрессии, при отсутствии эффекта продолжите реанимацию (ИВЛ, закрытый массаж).

12. Встаньте у изголовья сбоку от пострадавшего.

13. Откройте рот пострадавшему и указательным пальцем правой руки, обмотанным носовым платком, проведите ревизию ротовой полости пострадавшего и очистите рот ему от слизи и инородных тел.

14. С помощью тройного приёма обеспечьте проходимость дыхательных путей:

а) левую руку положите на лоб пострадавшего, правую под затылок — запрокиньте голову пострадавшего назад и подложите под плечи ему валик из одежды.

б) охватите указательными пальцами углы нижней челюсти пострадавшего и, упираясь большими пальцами в верхнюю челюсть, попытайтесь выдвинуть нижнюю челюсть вперёд.

в) нажатием на подбородок правой рукой откройте рот пострадавшего.

15. На рот пострадавшего положите носовой платок с небольшим отверстием в центре.

16. Первым и вторым пальцами левой руки зажмите отверстия носа пострадавшего.

17. Глубоко вдохните и сделайте энергичный выдох в дыхательные пути пострадавшего через рот (выдох пострадавшего происходит пассивно), во время выдоха пострадавшего отведите в сторону свою голову.

18. Приступайте к закрытому массажу сердца:

а) положите руки, скрестив ладонной поверхностью одна на другую, в центре нижней трети грудины пострадавшего на два поперечных пальца выше мечевидного отростка, при этом пальцы рук приподняты, а руки разогнуты и зафиксированы в локтях.

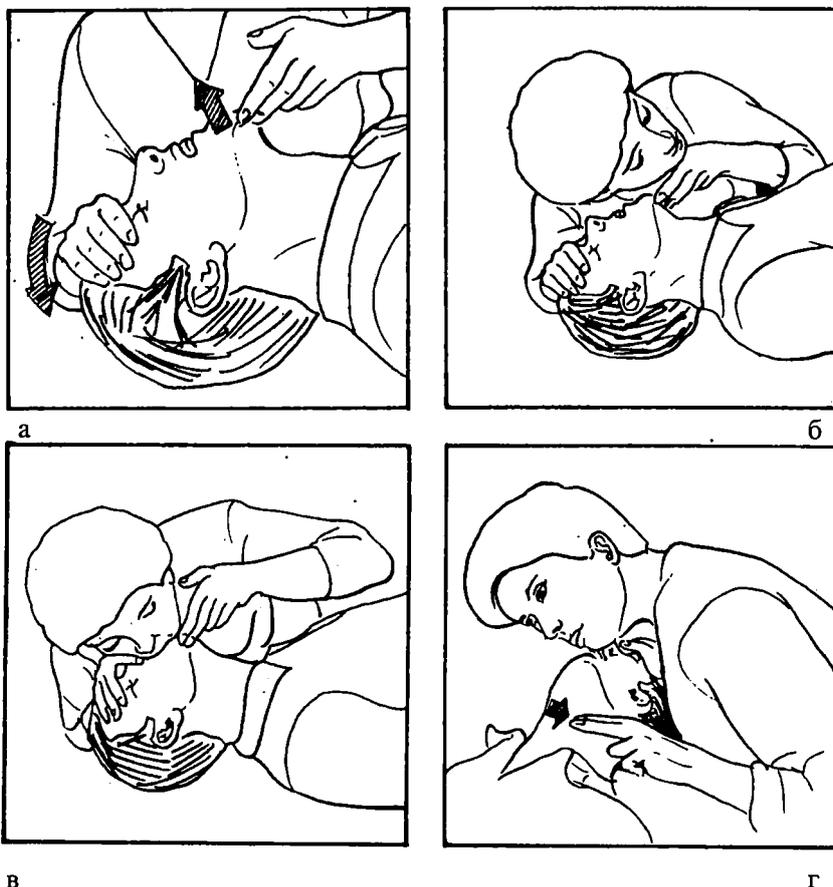
б) произведите сильное, энергичное, быстрое надавливание всей тяжестью тела со скоростью около 100 в минуту, смещая при этом грудину пострадавшего на 4-5 см.

в) при одном реаниматоре чередуйте 2 вдоха с 30 нажатиями на грудную клетку; при двух реаниматорах чередуйте 1 вдох с 5 нажатиями на грудную клетку

19. Во время реанимационных мероприятий контролируйте их эффективность, если мероприятия эффективны, то при ИВЛ в момент вдоха отмечается приподнимание грудной клетки пострадавшего, при наружном массаже в момент нажатия на грудную клетку пострадавшего определяется пульсовая волна на центральных и периферических артериях.

20. При эффективности реанимационных мероприятий продолжайте их в течение получаса. Если в течение этого времени у пострадавшего не появились спонтанное сердцебиение и дыхание, реанимацию следует прекратить.

Создание проходимости дыхательных путей при ИВЛ:



Аппаратная сердечно-лёгочная реанимация с использованием воздуховода (трубка Сафара):

Цель: оживление организма.

Показания: остановка дыхания и сердцебиения.

Противопоказания: наличие признаков биологической смерти, травма, не совместимая с жизнью (отрыв головы, разможнение грудной клетки и пр.), у инкурабельных больных (онкобольных, тяжёлая форма инсульта и т.д.), если с момента остановки сердца прошло более 25 мин при комнатной температуре окружающей среды.

Приготовьте: трубка Сафара, роторасширитель, языкодержатель.

Последовательность действий:

1. Увидев пострадавшего, лежащего неподвижно с закрытыми глазами, подойдите к нему.
2. Прикоснитесь к пострадавшему и спросите его «Что с вами?», если он не отвечает, проверьте у него сердцебиение.
3. Охватите правой рукой запястье пострадавшего так, чтобы первый палец располагался на локтевой стороне предплечья, а остальные пальпировали лучевую артерию, прижимая её к лучевой кости. Если периферическая пульсация отсутствует, пальпируйте пульс на сонных артериях.
4. Охватите правой рукой шею пострадавшего так, чтобы первый палец располагался на задней поверхности шеи, а остальные, соскальзывая с переднего края грудино-

ключично-сосцевидной мышцы, пальпировали сонную артерию, прижимая её к боковой поверхности шейного отдела позвоночника. Если пульс на сонных артериях отсутствует, значит, отсутствует сердцебиение.

5. Поднесите к носу пострадавшего зеркальце, если оно не запотевает, значит, дыхание отсутствует. При отсутствии зеркальца можно поднести к носу пострадавшего нитку, если нет ритмичного отклонения нитки, поднесённой к носу, значит, дыхание отсутствует.

6. Первым и вторым пальцами кисти разведите веки пострадавшего, если при попадании света на зрачок он не суживается, значит, реакция зрачка на свет отсутствует.

7. Убедившись в том, что пострадавший находится в состоянии клинической смерти, попробуйте позвать на помощь — закричите: «**Помогите!**» или воспользуйтесь мобильным телефоном (при его наличии) и быстро приступайте к сердечно-лёгочной реанимации.

8. Уложите пострадавшего на спину на твёрдую поверхность.

9. Освободите ему грудную клетку от стесняющей одежды.

10. Сделайте перикардальный удар — кулаком с высоты 20 см дважды ударьте по грудной клетке в точке компрессии, при отсутствии эффекта продолжите реанимацию (ИВЛ, закрытый массаж).

11. Встаньте у изголовья сбоку от пострадавшего.

12. С помощью роторасширителя откройте рот пострадавшему: введите бранши роторасширителя между губами пострадавшего и, отодвинув ими щеку, продвиньте бранши в ротовую полость позади коренных зубов, нажатием на ручки роторасширителя разведите бранши и приоткройте рот пострадавшего.

13. Проведите ему туалет ротовой полости.

14. Браншами языкодержателя захватите язык и достаньте его изо рта пострадавшего.

15. Введите трубку Сафара между зубами пострадавшего, выпуклой стороной вниз, а затем поверните этой стороной вверх и продвиньте по языку вплоть до его корня.

16. Отверстия носа пострадавшего зажмите двумя большими пальцами, а указательными пальцами придвиньте резиновый щиток ко рту. Остальными тремя пальцами обеих рук за углы нижней челюсти подтяните подбородок вперёд.

17. Сделайте глубокий вдох и с силой выдохните в мундштук воздуховода, выдох пострадавшего происходит пассивно (во время выдоха пострадавшего отведите в сторону свою голову).

18. Приступайте к закрытому массажу сердца:

а) положите руки, скрестив ладонной поверхностью одна на другую, в центре нижней трети грудины пострадавшего на два поперечных пальца выше мечевидного отростка, при этом пальцы рук приподняты, а руки разогнуты и зафиксированы в локтях.

б) произведите сильное, энергичное, быстрое надавливание всей тяжестью тела со скоростью около 100 в минуту, смещая при этом грудину пострадавшего на 4-5 см.

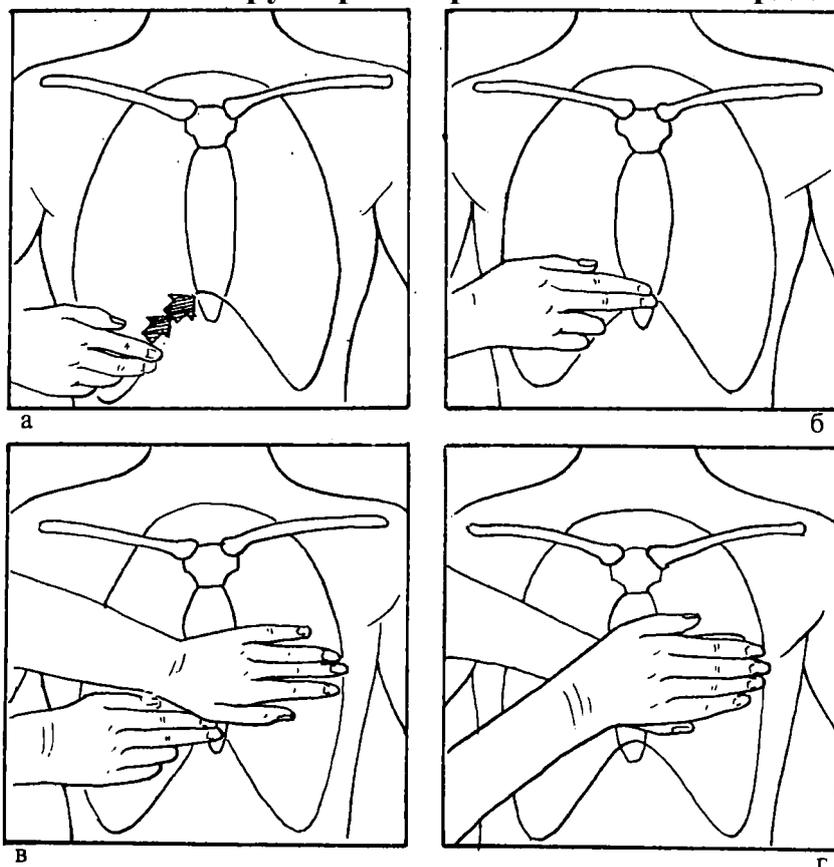
в) при одном реаниматоре чередуйте 2 вдоха с 30 нажатиями на грудную клетку; при двух реаниматорах чередуйте 1 вдох с 5 нажатиями на грудную клетку

19. Во время реанимационных мероприятий контролируйте их эффективность,

если мероприятия эффективны, то при ИВЛ в момент вдоха отмечается приподнимание грудной клетки пострадавшего, при наружном массаже в момент нажатия на грудную клетку пострадавшего определяется пульсовая волна на центральных и периферических артериях.

20. При эффективности реанимационных мероприятий продолжайте их в течение получаса. Если в течение этого времени у пострадавшего не появились спонтанное сердцебиение и дыхание, реанимацию следует прекратить.

Расположение рук при непрямом массаже сердца:



Аппаратная сердечно-лёгочная реанимация с использованием мешка АМБУ:

Цель: оживление организма.

Показания: остановка дыхания и сердцебиения.

Противопоказания: наличие признаков биологической смерти, травма, не совместимая с жизнью (отрыв головы, разможнение грудной клетки и пр.), у инкурабельных больных (онкобольных, тяжёлая форма инсульта и т.д.), если с момента остановки сердца прошло более 25 мин при комнатной температуре окружающей среды.

Приготовьте: воздуховод, роторасширитель, языкодержатель, мешок АМБУ.

Последовательность действий:

1. Увидев пострадавшего, лежащего неподвижно с закрытыми глазами, подойдите к нему.
2. Прикоснитесь к пострадавшему и спросите его «Что с вами?», если он не отвечает, проверьте у него сердцебиение.

3. Охватите правой рукой запястье пострадавшего так, чтобы первый палец располагался на локтевой стороне предплечья, а остальные пальпировали лучевую артерию, прижимая её к лучевой кости.
4. Если периферическая пульсация отсутствует, пальпируйте пульс на сонных артериях.
5. Охватите правой рукой шею пострадавшего так, чтобы первый палец располагался на задней поверхности шеи, а остальные, соскальзывая с переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы, пальпировали сонную артерию, прижимая её к боковой поверхности шейного отдела позвоночника. Если пульс на сонных артериях отсутствует, значит, отсутствует сердцебиение.
6. Поднесите к носу пострадавшего зеркальце, если оно не запотевает, значит, дыхание отсутствует. При отсутствии зеркальца можно поднести к носу пострадавшего нитку, если нет ритмичного отклонения нитки, поднесённой к носу, значит, дыхание отсутствует.
7. Первым и вторым пальцами кисти разведите веки пострадавшего, если при попадании света на зрачок он не суживается, значит, реакция зрачка на свет отсутствует.
8. Убедившись в том, что пострадавший находится в состоянии клинической смерти, попробуйте позвать на помощь — закричите: «**Помогите!**» или воспользуйтесь мобильным телефоном (при его наличии) и быстро приступайте к сердечно-лёгочной реанимации.
9. Уложите пострадавшего на спину на твёрдую поверхность.
10. Освободите ему грудную клетку от стесняющей одежды.
11. Сделайте перикардальный удар — кулаком с высоты 20 см дважды ударьте по грудной клетке в точке компрессии, при отсутствии эффекта продолжите реанимацию (ИВЛ, закрытый массаж).
12. Встаньте у изголовья сбоку от пострадавшего.
13. С помощью роторасширителя откройте рот пострадавшему: введите бранши роторасширителя между губами пострадавшего и, отодвинув ими щеку, продвиньте бранши в ротовую полость позади коренных зубов, нажатием на ручки роторасширителя разведите бранши и приоткройте рот пострадавшего.
14. Проведите ему туалет ротовой полости.
15. Браншами языкодержателя захватите язык и достаньте его изо рта пострадавшего.
16. Введите воздуховод между зубами пострадавшего выпуклой стороной вниз, а затем поверните его этой стороной вверх и продвиньте по языку вплоть до его корня.
17. Возьмите мешок АМБУ и плотно прижмите к лицу маску, соединённую с мешком аппарата АМБУ, поместив её на рот и нос пострадавшего (можно маску закрепить маскодержателем).
18. Одной рукой удерживая маску на лице пострадавшего, другой рукой сожмите мешок аппарата АМБУ, вдувая воздух в лёгкие пострадавшего (выдох совершается пассивно в атмосферу).
19. Расслабьте руки, и мешок за счёт растягивания заполнится воздухом. Регулируйте ритм дыхания — вдох должен быть вдвое короче, чем выдох.
20. Приступайте к закрытому массажу сердца:

а) положите руки, скрестив ладонной поверхностью одна на другую, в центре нижней трети грудины пострадавшего на два поперечных пальца выше мечевидного отростка, при этом пальцы рук приподняты, а руки разогнуты и зафиксированы в локтях.

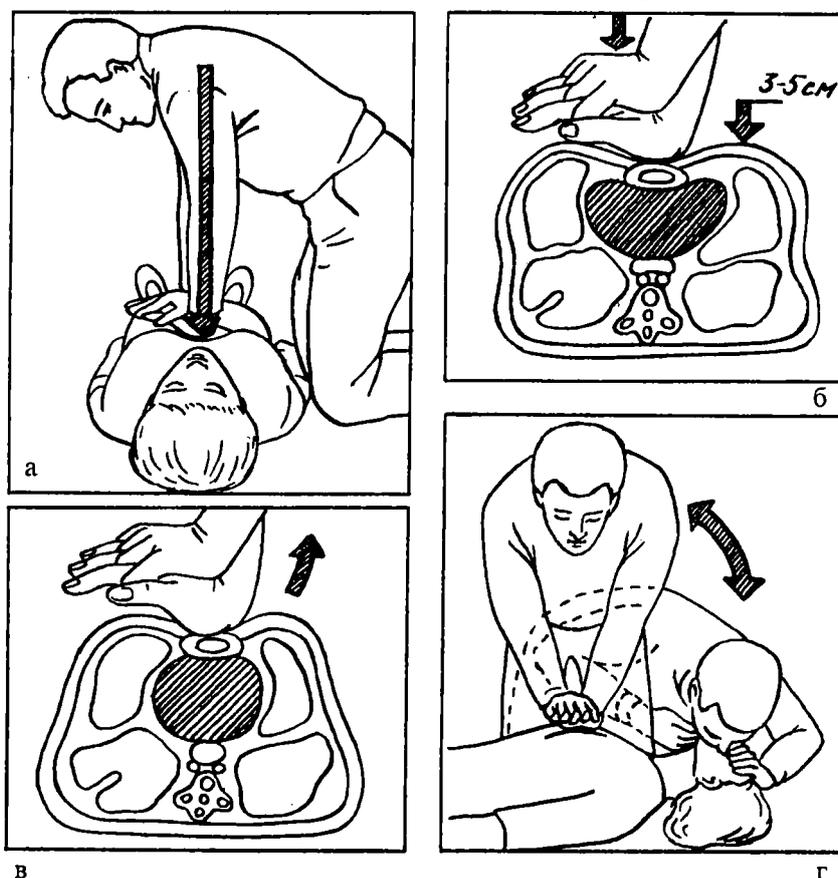
б) произведите сильное, энергичное, быстрое надавливание всей тяжестью тела со скоростью около 100 в минуту, смещая при этом грудину пострадавшего на 4-5 см.

в) при одном реаниматоре чередуйте 2 вдоха с 30 нажатиями на грудную клетку; при двух реаниматорах чередуйте 1 вдох с 5 нажатиями на грудную клетку

21. Во время реанимационных мероприятий контролируйте их эффективность, если мероприятия эффективны, то при ИВЛ в момент вдоха отмечается приподнимание грудной клетки пострадавшего, при наружном массаже в момент нажатия на грудную клетку пострадавшего определяется пульсовая волна на центральных и периферических артериях.

22. При эффективности реанимационных мероприятий продолжайте их в течение получаса. Если в течение этого времени у пострадавшего не появились спонтанное сердцебиение и дыхание, реанимацию следует прекратить.

Техника непрямого массажа сердца:



Сбор мокроты на общий анализ:

Мокрота - патологический секрет бронхов, легких, трахеи, гортани. выделяющийся при кашле и отхаркивании. мокрота может быть:

- а) слизистой;
- б) серозной;
- в) гнойной;
- г) слизисто-гнойной;

- д) серозно-гноной;
- е) кровянистой.

Цель: диагностическая.

Показания определяет врач.

Противопоказания определяет врач.

Подготовка пациента:

1. Предупредить о дне и времени сдачи мокроты.
2. Информировать о технике сбора мокроты.
3. Принести плевательницу.

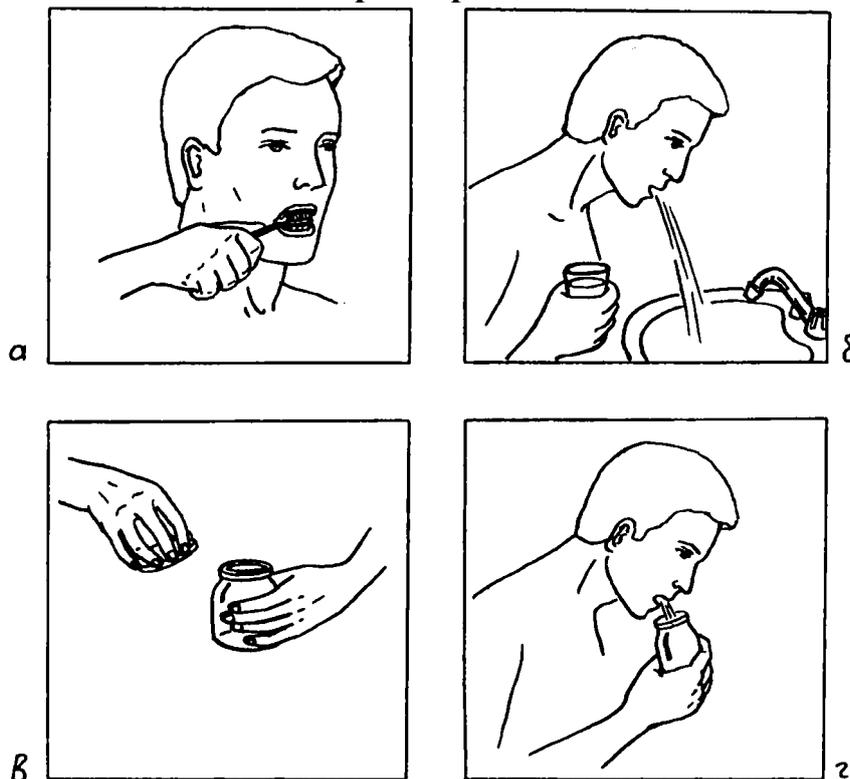
Последовательность действий:

- а) утром чистит зубы отхаркивает мокроту в плевательницу, не касаясь ее краев (достаточно 5 мл);
- б) плотно закручивает крышку и ставит в прохладное место;
- в) медсестра оформляет направление в лабораторию и обеспечивает ее доставку.

Дополнительная информация:

1. При сборе мокроты на атипичные клетки медицинская сестра должна немедленно доставить материал в лабораторию, так как опухолевые клетки быстро разрушаются.
2. Сбор мокроты на туберкулёз может длиться 2-3 дня,

Сбор мокроты:



Сбор мочи на общий анализ:

Цель: диагностическая.

Показания определяет врач.

Противопоказаний нет.

Приготовьте:

1. Чистую сухую емкость объемом 200-250 мл.

2. Перчатки.
3. Диурезницу.
4. Воронку.
5. Емкость с дезраствором.

Подготовка пациента:

- а) психологическая;
- б) техническая подготовка пациента к сбору данного анализа мочи.
- в) Обратите особое внимание на тщательный туалет мочеполовых органов у женщин (во влагалище вводится тампон).

Последовательность действий:

1. После тщательного туалета мочеполовых органов и высушивания их пациент первые капли мочи сливает в судно или в унитаз, а остальную порцию - в диурезицу; у мужчин 1-я и последняя порции сливаются в унитаз, а средняя порция - в диурезницу.
2. По стенке воронки (чтобы моча не пенилась) пациент переливает мочу в емкость (не менее 100мл) и плотно закрывает крышкой.
3. Ставит емкость с мочой в санитарную комнату.
4. Медсестра оформляет направление в лабораторию, надевает перчатки и приклеивает его к емкости.
5. Организует доставку мочи в лабораторию не позднее, чем через час после ее сбора.
6. Воронку, диурезницу замачивает в 3% растворе хлорамина.
7. Обрабатывает перчатки в дез. растворе, снимает их и замачивает в 3% растворе хлорамина.

Дополнительная информация:

Пациенту за день до исследования временно отменяют диуретические средства (если он их принимает).

Сбор мочи суточной на глюкозу:

Цель: диагностическая.

Показания определяет врач.

Противопоказания определяет врач.

Приготовьте:

- а) чистую сухую емкость (от 3 до 10 литров);
- б) чистую сухую емкость объемом 300 мл;
- в) стеклянную палочку;
- г) направление в лабораторию;
- д) лист учета диуреза;
- е) диурезницу;
- ё) воронку;
- ж) часы;
- з) перчатки;
- и) емкость с дез. раствором.

Подготовка пациента:

1. Психологическая.

2. Сообщите о назначенном исследовании.
3. Проведите инструктаж по технике сбора мочи.

Последовательность действий:

1. Утренняя порция мочи выливается в унитаз и засекается время диуреза, фиксируется в листе учета диуреза.
2. Последующая порция мочи - в диурезницу, пациент отмечает в листе диуреза количество, выливает в общий сосуд и так до следующего утра.
3. Утренняя порция учитывается, измеряется ее количество и выливается в общую емкость.
4. Медсестра надевает перчатки, стеклянной палочкой тщательно размешивает мочу, обращая внимание на осадок (удельный вес сахара выше удельного веса воды).
5. По стенке воронки отливает из общего количества 200 мл мочи, закрывает крышкой, остальную мочу выливает в унитаз.
6. Общую емкость, стеклянную палочку, воронку помещает в дезинфицирующий раствор.
7. Перчатки обрабатывает в дез. растворе, снимает и замачивает их в нем.
8. Оформляет направление в лабораторию.
9. Медсестра обеспечивает доставку мочи в лабораторию.

Дополнительная информация:

- а) в норме глюкоза в моче отсутствует;
- б) режим питания остается обычным;
- в) туалет мочеполовых органов перед каждой порцией мочи не обязателен;
- г) емкость с суточным количеством мочи хранится в прохладном месте и прикрывается крышкой.

Сбор, исследование мочи по Нечипоренко:

Цель: диагностическая.

Показания определяет врач.

Противопоказания: менструация (при крайней необходимости после тщательного туалета мочеполовых органов влагалище закрывается тампоном и мочу берут катетером).

Приготовьте:

1. Чистую сухую емкость не менее 250 мл.
2. Диурезницу.
3. Воронку.
4. Направление в лабораторию.
5. Дезинфицирующие растворы.

Подготовка пациента:

1. Психологическая.
2. Инструктаж о тщательном туалете мочеполовых органов и сборе мочи только средней порции, объясните, что такое "средняя порция".

Последовательность действий:

1. Накануне дайте пациенту чистую сухую емкость с крышкой, диурезницу и воронку.

2. Объясните пациенту, что утром он должен собрать в емкость среднюю порцию мочи (первая и последняя - в унитаз).
3. Объясните, что емкость с мочой необходимо поставить в санитарную комнату не позже 7.30 утра.
4. Обеспечьте правильное оформление направления в лабораторию и доставку туда мочи не позже, чем через час после ее сбора.

Сбор мочи на исследование по Зимницкому:

Цель: определение концентрационной и выделительной функций почек.

Показания: назначение врача.

Противопоказаний нет.

Подготовка пациента:

1. Объясните пациенту, что питьевой, пищевой и двигательный режимы должны остаться прежними.
2. Собрать мочу необходимо за сутки, в течение каждых 3 часов.
3. Врач отменяет мочегонные за день до исследования.

Последовательность действий пациента:

1. Дайте пациенту 8 пронумерованных емкостей с указанием времени и 9-ю - запасную. В 6 часов утра пациент мочится в унитаз.
2. Затем в течение каждых 3-х часов пациент мочится в соответствующую емкость до 6 часов утра следующего дня, утренняя порция входит в исследование.
3. Полученные емкости должны быть плотно закрыты крышками с наклеенными этикетками, на которых написаны:
 - а) Ф.И.О. пациента;
 - б) номер отделения;
 - в) номер палаты;
 - г) интервал времени (6-9; 9-12; 12-15; 15-18; 18-21; 21-24; 24-3;3-6).
4. Обеспечьте доставку мочи в лабораторию.
5. Используемые перчатки, воронку, диурезницу, судно (мочеприемник) обработайте в дез., растворе, затем замочите в нем –не менее, чем на 60 минут, отдельно.

Дополнительная информация:

1. Медсестра должна помнить, что ночью каждые три часа она должна будить пациента.
2. Моча, собранная в 6 часов утра накануне, не исследуется, так как выделяется за счет предыдущих суток.
3. Если у пациента полиурия и ему не хватает объема одной емкости, медсестра выдает ему дополнительную емкость, на которой указывается соответствующий промежуток времени. Если у пациента в какой-то интервал времени мочи нет, эта емкость должна оставаться пустой.

Сбор кала на общий анализ:

Цель: диагностическая.

Показания определяет врач.

Противопоказаний нет.

Подготовка пациента:

- а) предупредить о назначенном исследовании;
- б) объяснить технику сбора кала;
- в) выдать емкость и шпатель для сбора кала;
- г) выдать направление в лабораторию и клей;
- д) если пациент находится на постельном режиме, то все это делает медсестра.

Приготовьте:

- 1. Чистую, сухую стеклянную емкость.
- 2. Деревянный шпатель, спички.
- 3. Направление в лабораторию, клей.
- 4. Емкости с дез. раствором.
- 5. перчатки.

Последовательность действий:

- 1. Наденьте перчатки.
- 2. Кал сразу после акта дефекации, желательно в теплом виде, шпателем поместите в емкость (небольшое количество), не касаясь краев ее; сожгите шпатель, обработайте перчатки и снимите их.
- 3. Плотно закройте крышку.
- 4. Оформите направление в лабораторию, приклейте его.
- 5. Обеспечьте доставку материала в лабораторию.

Дополнительная информация:

Для исследования кал лучше брать после самостоятельного акта дефекации в таком виде, в каком он выделился.

Список литературы:

- 1.Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Основы общего ухода за больными. – М.: Медицина, 2005.
2. Ослопов В.Н. Общий уход за больными в терапевтической клинике. Гэотар-Медиа, 2008г.
3. Мурашко В.В., Шуганов Е.В., Панченко А.В. Общий уход за больными. – М.: Медицина, 1989.
4. Мухина С.А., Тарновская И.И. Общий уход за больными (для медицинских училищ). – М.: Медицина, 2010.
5. Гребенёв А.Л., Шептулин А.А., Хохлов А.М. Основы общего ухода за больными: Учеб. пособие. – М.:Медицина – 1999. – 288 с.
6. Агкацева С.А. Обучение практическим навыкам в системе среднего медицинского образования. Алгоритмы манипуляций в деятельности медицинской сестры. П-3.: Плещеево озеро, 1997.
7. Мухина С.А., Тарновская И.И. Атлас по манипуляционной технике. – М.: «АНМИ», 1997 – 256 с.;180 ил.
8. Технологии выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств. Национальный стандарт Российской Федерации, ГОСТ Р 52623.4— 2015, 2015 год.
9. Технологии выполнения простых медицинских услуг: Манипуляции сестринского ухода. Национальный стандарт Российской Федерации, ГОСТ Р 52623.3 — 2015, 2015 год.
10. Технологии выполнения простых медицинских услуг функционального обследования. Национальный стандарт Российской Федерации, ГОСТ Р 52623.1 — 2008, 2008 год.