

Сестринская помощь при острой сердечной недостаточности.

Это внезапное снижение сократительной функции сердца, которое приводит к нарушению внутрисердечной гемодинамики, кровообращения в малом и большом круге кровообращения. что может приводить к нарушению функций отдельных органов.

Различают острую сердечную недостаточность:

- левожелудочковая (сердечная астма, отек легких)
- правожелудочковая

Острая левожелудочковая недостаточность.

Причины:

1. тяжелые диффузные миокардиты
2. кардиосклероз
3. тяжелая артериальная гипертензия
4. митральный стеноз
5. кардиомиопатия
6. чрезвычайно большая физическая нагрузка
7. внутривенное вливание чрезмерно больших количеств жидкости

Приступообразно наступающая левожелудочковая недостаточность называется *сердечной астмой*.

Клиническая картина.

Приступ удушья развивается обычно ночью. Способствующие факторы - физическое нервно-психическое перенапряжение. Пациент просыпается от чувства нехватки воздуха и страха смерти. Одновременно появляется надсадный кашель, сердцебиение. Пациент садится в кровати или подходит к открытому окну; пациент возбужден, ловит ртом воздух.

Осмотр:

Выражение лица страдальческое, положение ортапноэ с опущенными ногами. Кожа серовато-бледная, покрыта каплями пота, актоцианоз, выраженная одышка инспираторного характера, вены шеи набухшие. При кашле отходит вначале небольшое количество прозрачной мокроты, окрашенной кровью в розовый цвет; при развитии отека легкого количество мокроты увеличивается, она становится пенистая, жидкая, розовая от примеси крови.

Дыхание 30-40 в минуту, жесткое, прослушиваются сухие и влажные хрипы в задних нижних отделах легких; здесь же притупление перкуторного звука

Пульс частый, слабого наполнения, аритмичный.

Тоны сердца глухие, часто выслушивается ритм «галопа».

АД вначале нормальное, затем по мере прогрессирования снижается.

Дифференциальная диагностика.

- С бронхиальной астмой.

Неотложная помощь.

Принципы неотложной помощи.

1. разгрузить малый круг кровообращения
2. улучшить сократительную способность сердечной мышцы
3. повысить насыщение крови кислородом.

Алгоритм неотложной помощи.

1. Усадить пациента, обеспечив необходимую опору для спины И рук (при невысоком АД положение пациенте в постели полусидя, при гипертензии - сидя).
2. Обеспечить доступ свежего воздуха.
3. Осуществить ингаляции кислорода (при ленистой мокроте - кислород) влажняют парами спирта)
4. Дать под язык 1 таблетку нитроглицерина или 1 каплю 1 % его спиртового раствора.
5. Внутривенно ввести 1 мл 1 % р-ра морфина гидрохлорида на физ, растворе или дроперидола 2,5 мл 0,25% раствор. Применяются с целью уменьшения одышки. Наркотические анальгетики противопоказаны при редком поверхностном дыхании.
6. Для усиления действия наркотических анальгетиков внутримышечно вводится] мл 1 % димедрола или 1 мл 2% раствора супрастина.
7. При нормальном или высоком АД внутривенно вводится фурацилин 40-160 мг
8. При низком или нормальном АД - преднизолон 30-60 мг внутримышечно или внутривенно.
9. В ситуациях, когда нет необходимых лекарственных средств для разгрузки малого круга кровообращения при нормальном или повышенном АД накладываются венозные жгуты на конечности. Каждые 10-15 минут жгуты снимают и накладывают вновь. В этих же целях используют теплые горчичные ванны для ног (до верхней трети голени).
10. При артериальной гипертензии внутривенно медленно на 10 мл физ раствора вводится 5% раствор пентамина
11. Для нормализации гемодинамики в малом круге кровообращения внутривенно вводится 10 мл 2,4% раствор эуфиллина.
12. При тахикардии - 1 мл 0,025% раствор строфантина на 10 мл физ раствора внутривенно медленно (при инфаркте миокарда и митральном стенозе не вводить!)
13. После купирования приступа пациент госпитализируется в реанимационное отделение (до купирования пациент не транспортируется). Транспортировка на носилках с возвышенным положением головы (при коллапсе - горизонтальное)

Сестринская помощь при отеке легких.

Отек легких - грозное осложнение заболеваний ССС.

Часто развивается в остром периоде инфаркта миокарда, у больных с постинфарктным и атеросклеротическим кардиосклерозом, при

гипертоническом кризе, при ревматических пороках сердца, при нарушении мозгового кровообращения, острых пневмониях, эндогенных интоксикациях.

Причины:

- Снижение сократительной функции левого желудочка
- Повышение гидростатического давления в легочных капиллярах
- Повышение проницаемости альвеолярно-капиллярной мембраны
- Изменение функции ЦНС
- Уменьшение онкотического давления крови
- Нарушение водно-электролитного баланса
- Изменение функции симпатoadреналовой системы
- Нарушение кислотно-щелочного равновесия и др.

Вследствие комплексного воздействия этих факторов жидкость проникает из легочных капилляров сначала в интерстициальное пространство (интерстициальный отек легких) и далее в полость альвеол (альвеолярный отек легких).

Клиника:

Одышка 40-60 в мин с затруднением вдоха, дыхание клочущее с выделением пенистой розовой мокроты.

Больной возбужден, ловит ртом воздух, на лбу, шее, туловище капли пота, кожные покровы бледные с выраженным цианозом. Больной садиться, опустив ноги, упираясь руками о кровать.

Аускультация:

В легких разнокалиберные влажные хрипы над всей поверхностью. Тоны сердца глухие, ритм галопа, тахикардия.

* другая клиническая симптоматика определяется тем заболеванием, которое послужило причиной развития отека легких.

у больных атеросклеротическим и постинфарктным кардиосклерозом отек легких обычно возникает на фоне ХСН. При этом определяются признаки застоя по большому кругу кровообращения: набухшие сонные вены, пастозность и отеки голеней, увеличение печени.

У больных АГ: высоки цифры АД, нарастающие головные боли, головокружение, тошнота.

При инфаркте миокарда: выражен характерный болевой синдром, либо без боли, но с выраженным удушьем.

При ревматических пороках - бурное начало и возникновение у больных в молодом возрасте.

Диффдиагностика:

С приступом бронхиальной астмы.

Лечение:

Неотложная помощь:

1. Придать сидячее или полусидячее положение больному.
2. Наложить жгуты на конечности (не более 1 часа).
3. Контроль АД.
4. Успокоить больного, вселить веру в благополучный исход.

5. Вызвать врача! ! !
6. Ингаляция кислорода с парами спирта.
7. Четкое выполнение всех назначений врача.
8. Ввести в/в 1% р-р морфина 1 мл на физ. р-ре (нельзя при нарушении ритма дыхания, угнетении дыхательного центра, коллапсе) В/в лазикс 60-80 мг на физ. р-ре (нельзя при низком АД).
9. В/в 2 мл - 2,50/0 р-радроперидола (для снятия возбуждения).
10. Нитроглицерин 1 % р-р - 1 О мл на физ.р-ре в/в кап. либо под язык с интервалом 10-20 мин.
11. В/в 0,05% р-р строфантина на физ. р-ре или 50/0 глюкозе. (Нельзя при остром инфаркте миокарда и митральном стенозе).
12. При повышении АД - преднизолон 60-180 мг в/в.
13. При неэффективности медикаментозной терапии прибегают к искусственной вентиляции легких с положительным давлением на выдохе.

Госпитализация и транспортировка:

После купирования отека легкого - срочная госпитализация.

Критерии купирования отека и транспортабельности:

- Уменьшение одышки до 20-26 в мин.
- Исчезновение пенистой мокроты.
- Исчезновение влажных хрипов по передней поверхности легких.
- Уменьшение цианоза.
- Перевод больного в горизонтальное положение не вызывает приступов удушья.
- Стабилизация приступов гемодинамики.
- Транспортировка на носилках с приподнятым головным концом. В машине продолжать ингаляции кислорода с парами спирта; перед транспортировкой п/к наркотический анальгетик (1 мл - 1 % р-р морфина или 1 мл - 2% р-р промедола). Госпитализация в кардиологическое отделение.

Острая правожелудочковая недостаточность.

Причины:

1. ТЭЛА
2. Обширный инфаркт межжелудочковой перегородки с аневризмой
3. Спонтанный пневмоторакс
4. Тотальная пневмония
5. Астматический статус

Способствующие факторы:

1. Ожирение
2. Возраст старше 50 лет
3. Тромбофлебит различной локализации

Клиническая картина

Жалобы на одышку, боли в правом подреберье, отеки и жалобы, связанные с основным заболеванием.

Осмотр:

Цианоз, набухшие шейные вены, отеки ног. Пульс частый слабого наполнения, аритмичный.

Границы сердца расширены вправо, тахикардия, шум над мечевидным отростком, усиливающийся на вдохе.

Печень увеличена, болезненна, надавливание на печень вызывает набухание шейных вен, может быть развитие асцита.

Неотложная помощь.

Если причина сердечной недостаточности ТЭЛА, то вводят гепарин 60-70 тыс ЕД в сутки внутривенно.

Обеспечивают ингаляции кислорода.

Вызвать реанимационную бригаду «скорой помощи»

если причиной сердечной недостаточности явилась пневмония, то в терапию включают антибиотики, эуфиллин, глюкокортикостероиды.

При неэффективности лечения - искусственная вентиляция легких.

Срочная госпитализация в реанимационное отделение после оказания неотложной помощи

Вопросы для закрепления пройденного материала

Выберите один правильный ответ

1. Причинами сердечной астмы являются:
 - а) астматический статус в) ожирение
 - б) ТЭЛА г) митральный стеноз
2. Положение пациента при приступе сердечной астмы:
 - а) сидя в постели с опущенными ногами, упираясь руками в колени
 - б) полулежа в постели
 - в) горизонтальное
 - г) с приподнятым ножным концом кровати
3. Частота дыхания у пациента с приступом сердечной астмы:
 - а) 16-20 в минуту в) 30-40 в минуту
 - б) 20-25 в минуту г) 60-80 в минуту
4. Мокрота при отеке легких:
 - а) слизистая в) жидкая, пенистая, розовая
 - б) слизисто-гнойная г) стекловидная
5. Характер одышки при приступе сердечной астмы:
 - а) инспираторная в) смешанная
 - б) экспираторная г) дыхание Куссмауля
6. Медсестра зашла в палату к пациенту, который жаловался на приступ удушья, кашель. При кашле выделяется большое количество пенистой мокроты розового цвета, Медсестра поняла, что у пациента:
 - а) приступ сердечной астмы
 - б) приступ бронхиальной астмы
7. Медсестра выявила проблемы пациента недостаточностью:
 - а) инспираторная одышка
 - б) одышка, боли в правом подреберье
 - в) кашель с выделением пенистой мокроты
 - г) положение ортопноэ
8. Венозные жгуты при отеке легких применяют с целью:
 - а) остановки кровотечения
 - б) разгрузки малого круга кровообращения
 - в) разгрузки большого круга кровообращения
 - г) купирования одышки
9. Для уменьшения одышки при отеке легкого применяют:
 - а) омнопон в) лазикс
 - б) эуфиллин г) строфантин
10. Неотложная доврачебная помощь при приступе сердечной астмы:
 - а) уложить пациента, наложить на конечности жгуты
 - б) вызвать врача
 - в) усадить пациента в кровати со спущенными ногами, опустить ноги в таз с теплой водой и горчицей до середины голени
 - г) усадить пациента, к грудной клетке приложить холод