МСЧ ИАПО

Наименование ЛПУ

# **реферативная работа**

## Тема: Сестринский процесс в неврологии.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Рецензент: |  | Выполнил: |
| Матвейчук Николай Петрович |  | Аликина Елена Валерьевна |
| Ф.И.О.МСЧ ИАПО Главный врач  |  | Ф.И.ОСестринское дело, неврологическое отделение МСЧ ИАПО, палатная медсестра  |
| ЛПУ, должность |  | Специальность, отделение, должность  |

♦

Сущностью современной модели сестринского дела, как научной теории, является обоснование различных подходов к содержанию и оказанию сестринской помощи. В профессиональный лексикон вошло понятие «сестринский процесс», под которым понимают системный подход к оказанию сестринской помощи, ориентированный на потребности пациента. Цель этого подхода заключается в стремлении к облегчению, ликвидации, предупреждению проблем, возникающих у пациента из-за изменения состояния здоровья. В настоящее время сестринский процесс является сердцевиной сестринского образования в России. Через сестринский процесс медсестра должна обрести профессиональную независимость и самостоятельность, быть не просто исполнителем воли врача, а превратится в творческого человека, умеющего понимать и видеть в каждом пациенте личность, его внутренний и духовный мир.

Российское здравоохранение остро нуждается в медсестрах, владеющих современной философией сестринского дела, знающих психологию человека, способных к педагогической деятельности.

♦

Для успешного использования сестринского процесса в неврологической практике медицинская сестра должна:

* владеть основными манипуляциями постовой, процедурной, палатной медсестры и медсестры приемного покоя
* понимать и знать сущность сестринского процесса, его цели, этапы и правила реализации
* знать основные нозологические формы неврологических заболеваний, особенности их течения, осложнения, проблемы, возникающие у пациентов, страдающих этими заболеваниями
* знать алгоритмы неотложных состояний, встречающихся в неврологической практике, обладать навыками их выполнения
* знать основные лекарственные средства, использующиеся в неврологической практике (дозы, пути, скорость, правила их введения, побочные действия), для предотвращения развития рецидива основного или сопутствующего заболевания
* основные ограничения по видам диет (для воспрепятствования ухудшения состояния пациента из-за возможного осложнения основного либо сопутствующего заболевания)
* владеть навыком специфических манипуляций (ассистирование при проведении блокад, люмбальных пункций)
* владеть этико-деонтологическим подходом с учетом особенностей течения неврологических заболеваний
* знать особенности работы в гериатрической практике

♦

Все манипуляции, проводимые медсестрой, должны соответствовать «Стандартам практической деятельности медицинской сестры», нормативному документу, принятому Ассоциацией медицинских сестер России 10 июня 1998. За невыполнение инструкций и рекомендаций, перечисленных в вышеуказанном документе, медсестра несет юридическую ответственность по статьям уголовного кодекса.

**Сестринский процесс** – научный метод сестринской практики, основанный на стандартах сестринских вмешательств и направленный индивидуализацию и систематизирование ухода за больным, динамичный процесс, последнее звено которого тесно сплетается с первым.

1. сбор информации о состоянии здоровья
2. сестринский диагноз
3. планирование
4. реализация
5. оценка

План сестринских вмешательств представляет собой письменное руководство и должен быть задокументирован в карте сестринского ухода ( что не должно сказываться на своевременности оказания помощи больному).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Проблемы пациента (сестринские диагнозы) | Планирование | Реализация плана | Конечная дата достижения цели | Оценка эффективности ухода  |
| Цели:долгосрочныекраткосрочные | Сестринские вмешательства |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Сестринская помощь планируется на основе нарушения удовлетворения потребности пациента, а не на основе медицинского диагноза.

**Цель сестринского процесса** – поддержание и восстановление независимости пациента в удовлетворении основных потребностей организма

Принципы ведения сестринского процесса.

|  |  |
| --- | --- |
| Сбор информации о состоянии здоровья | Состояние функциональной системы (АД, температура, ЧДД, пульс, ЧСС, ритм)Эмоциональный фонИнтеллектуальный фон Способность обслуживать себя  |
| Сестринскиёй диагнозПриоритеты: первичные (неотложные), промежуточные (неэкстренные), вторичные (не имеющие отношения к заболеванию)  | Реакция пациента на свою болезнь и состояние: функциональная (нарушение функций организма)психологическая (беспокойство, страх)духовная (депрессия)социальная (потеря трудоспособности) |
| Планирование  | Целькраткосрочная (устранить проблему) долгосрочная (подготовить к дальнейшему существованию, научить приемам самопомощи, профилактическим мероприятиям вне стационара) |
| Реализация  | Осуществление вмешательства в соответствии со стандартами сестринского уходаНезависимые (не требующие указания врача – контроль за диетой, лечебно охранительные мероприятия и т.д.) Зависимые (требуют указания врача – ассистирование врачу при проведении манипуляций, текущая коррекция назначений врачом)Взаимозависимые (требуют участия врача и проводятся медсестрой – выполнение врачебных назначений по процедурному листу)  |
| Оценка  | Критерии: * достижение цели
* ответная реакция пациента
* новые проблемы
* анализ
* изменение плана
* его реализация
* оценка и т.д.
 |

♦

Рассмотрим возможные примеры сестринских диагнозов на основании статистических данных неврологического отделения МСЧ ИАПО.

Нозологические формы заболеваний пациентов, находившихся на излечении в неврологическом отделении МСЧ ИАПО за 2000-2002 гг.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Нозология | 2000 г. | 2001 г. | 2002 г. |
| К/сут | Дн. | К/сут | Дн. | К/сут | Дн. |
| Цереброваскулярные заболевания | 432 | 9 | 453 | 7 | 417 | 16 |
| Преходящие транзиторные церебральные ишемические атаки | 25 | - | 18 | - | 84 | - |
| Субарахноидальные кровоизлияния  | 9 | - | 9 | - | 8 | - |
| Внутримозговые кровоизлияния  | 23 | - | 25 | - | 25 | - |
| Инфаркт мозга  | 171 | - | 190 | - | 180 | - |
| Дисциркуляторная энцефалопатия | 119 | 15 | 118 | 15 | 120 | 16 |
| Болезни периферической нервной системы | 21 | 1 | 39 | 4 | 18 | 1 |
| Вертеброгенные  | 207 | 42 | 206 | 40 | 195 | 47 |
| Неврозы, вегетодистония  | 35 | 4 | 36 | 11 | 113 | 4 |
| ЧМ травмы, отравления и их последствия. | 97 | 15 | 94 | 19 | 136 | 13 |
| Новообразования  | 7 | - | 6 | - | 8 | - |

**преходящие транзиторные церебральные ишемические атаки**

Транзиторная ишемическая атака - это кратковременная мозговая сосудистая недостаточность, обусловленная чаще всего атеросклерозом и гипертонической болезнью. Реже причиной могут стать заболевания сердца, остеохондроз шейного отдела позвоночника, сосудисто - системные заболевания.

*Симптомы:* развитие чаще всего острое; больной жалуется на снижение чувствительности различных областях, нарушение подвижности (руки, ноги), речевые нарушение, внезапную слепоту, или ухудшение зрения на один глаз, выраженное головокружение, тошноту, рвоту.

Продолжительность заболевания от 10-15 минут до суток. Редко, при тяжелых формах ишемической атаки возможно нарушение сознания вплоть до сопора.

**Возможные сестринские диагнозы**

* нарушение сознания (сопор)
* тошнота, рвота
* дефицит самообслуживания (строгий постельный режим, парезы, параличи)
* головокружение
* нарушение мочеотделения и дефекации
* беспокойство по поводу заболевания и его последствий
* депрессия и т.д.

**субарахноидальные кровоизлияния**

 Разрыв внутричерепной аневризмы, которая чаще располагается на артериях основания мозга или в области ветвей средней мозговой артерии.

*Симптомы:* внезапная острая головная боль в области лба, затылка, которая затем становится разлитой. Почти одновременно с головной болью возникает тошнота, многократная рвота, может наступить потеря сознания (от 10 –20 минут до нескольких суток), большая вероятность возникновения эпилептического припадка, быстрого развития менингеальных симптомов (светобоязнь, общая гиперестезия, повышение температуры тела до 38-39 ºС). Иногда наблюдается психомоторное возбуждение, психические расстройства (от небольшой спутанности сознания, дезориентировки до тяжелых психозов).

**Возможные сестринские диагнозы**

* нарушение сознания (кома)
* головная боль
* тошнота, рвота
* потребность в тишине, темноте, покое
* дефицит самообслуживания (строгий постельный режим, парезы, параличи)
* нарушение мочеотделения и дефекации
* состояние эпилептического приступа
* высокая температура
* психомоторное возбуждение
* беспокойство по поводу заболевания и его последствий
* депрессия и т.д.

**внутримозговое кровоизлияния**

Кровоизлияния в мозг наиболее часто развиваются при артериальной гипертензии, обусловленной заболеваниями почек, при системных сосудистых заболеваниях сопровождающихся повышением АД. Может возникнуть при врожденной ангиоме, артериовенозной мальформации, при микроаневризмах, сформировавшихся после черепно-мозговой травме или септических состояний, при заболеваниях сопровождающихся геморрагическими диатезами (лейкемия, уремия, болезнь Верльгофа).

*Симптомы:* характерно сочетание развития общемозговых и очаговых симптомов.

* внезапная головная боль
* рвота
* нарушение сознания (от легкого оглушения до глубокой комы)
* одновременное развитие гемипареза или гемиплегии
* тахикардия с высоким АД
* повышение температуры тела

**Возможные сестринские диагнозы**

* нарушение сознания (кома)
* головная боль
* тошнота, рвота
* дефицит самообслуживания (строгий постельный режим, парезы, параличи)
* нарушение мочеотделения и дефекации
* состояние эпилептического приступа
* высокая температура
* беспокойство по поводу заболевания и его последствий
* депрессия и т.д.

**ишемический инсульт (инфаркт мозга)**

Ишемический инсульт возникает в связи с полным или частичным прекращением поступления крови в мозг по какому-либо сосуду в результате тромбоза, эмболии, спазма сосудов, патологии магистральных сосудов или резкого падения АД. Основная причина ишемического инсульта атеросклероз сосудов мозга. Может развиться в любое время суток. Отличительная особенность ишемического инсульта – преобладание очаговых симптомов над общемозговыми.

*Симптомы*: головная боль, рвота, спутанное сознание (часто наблюдается при быстром развитии инсульта); возможна задержка мочи, парезы, параличи, нарушение психики, головокружение, нарушение слуха, зрения, вегетативные расстройства, возможное развитие комы с нарушением жизненно важных функций - дыхания и сердечной деятельности.

**Возможные сестринские диагнозы**

* нарушение сознания (кома)
* головная боль
* тошнота, рвота
* дефицит самообслуживания (строгий постельный режим, парезы, параличи)
* нарушение мочеотделения и дефекации
* состояние эпилептического приступа
* беспокойство по поводу заболевания и его последствий
* депрессия и т.д.

**дисциркуляторная энцефалопатия**

Дисциркуляторная энцефалопатия является клиническим проявлением церебрального атеросклероза. Для ее начальных стадий характерны тяжесть в голове, шум в ушах, головокружение, головная боль, раздражительность, слезливость, эмоциональная неустойчивость, ослабления памяти, снижение работоспособности, нарушение сна. По мере развития атеросклероза, вышеперечисленные симптомы нарастают и появляются признаки органического поражения нервной системы: патологические рефлексы, нарушение координации, письма, речи; суживается круг интересов, нарастает эгоизм, падает работоспособность.

При резко выраженной энцефалопатии грубо нарушается память, снижается интеллект, развивается паркинсонический синдром, слабоумие, инсульты.

**Возможные сестринские диагнозы**

* недостаток самообслуживания (тремор, слабость)
* нарушение сна
* головная боль
* состояние эпилептического приступа
* плаксивость

**болезни периферической нервной системы**

Причинами поражения периферической нервной системы могут быть острые и хронические инфекции, травмы, интоксикации, гиповитаминозы, ишемии, переохлаждения, компрессии, дегенеративные изменения в позвоночнике. В зависимости от локализации и патогенеза различают: неврит, невралгия, нейропатия, полиневрит, плексит, ганглионит, радикулит, радикулоневрит, миелорадиколоневрит.

*Симптомы:* боли различные локализации и степени интенсивности, ограничения подвижности, вынужденное положение, двигательные и чувствительные расстройства, нарушение мочеотделения и дефекации.

**Возможные сестринские диагнозы**

* нарушение сна
* дефицит самообслуживания
* выраженные боли различные локализации
* нарушение мочеотделения и дефекации
* беспокойство по поводу заболевания, предстоящей операции и прогноза
* депрессия

**вегетативно сосудистая дистония**

Совокупность симптомов, отражающих дисфункцию вегетативную регуляцию, чаще проявляющаяся не столько как самостоятельное заболевание, сколько как синдром, вызванный различными факторами: конституциональными, эндокринными перестройками организма, патологией внутренних органов, болезнями эндокринных желез, органическими поражениями головного мозга, неврозами.

Заболевание проявляется различными изменениями состояния вегетативной системы: быстрая смена окраски кожи, потливость, колебание пульса и АД, дискинезии ЖКТ, тошнота, приступы общей слабости, головной боли, раздражительности; озноб, возникновение чувства жара, стеснение в груди, одышка.

Лечение симптоматическое. При очередном кризе больного нужно уложить, успокоить, ввести лекарственные средства соответственно характеру криза.

**Возможные сестринские диагнозы**

* нарушение сна,
* повышенная раздражительность
* беспокойство по поводу неустойчивости общего состояния
* жидкий стул
* немотивированный отказ от приема лекарств
* слабость
* головная боль, вызванная повышенным АД, пониженным АД
* одышка
* чувство страха
* тошнота и т.д.

**невроз**

Неврозы- обратимые нарушения нервной деятельности, вызванные психическими травмами. К ним относят неврастению, истерию и навязчивое состояние.

*Симптоматика неврастении* многообразна, наиболее часто пациенты жалуются на диффузную головную боль, сердцебиение, диспепсические явления, нарушение сна, снижение работоспособности, повышенная раздражительность.

*Невроз навязчивых состояний* – вид невроза, проявляющегося в непроизвольных, непреодолимо возникающих, чуждых личности больного сомнениях, страхах, представлениях, мыслях, воспоминания, стремления, влечении, движениях и действиях при сохранности критического к ним отношения и попытках борьбы с ними. Обострению способствуют переутомление, инфекция, недосыпание, неблагоприятная обстановка в семье и на работе.

*Истерия-* один из видов невроза который проявляется демонстративными эмоциональными реакциями (слезы, смех, крик), судорожными гиперкинезами, преходящими параличами, потерей чувствительности, глухотой, слепотой, потерей сознания, галлюцинациями и др. клиника разнообразна и изменчива, что объясняется тем, что очень часто симптомы возникают по типу самовнушения и обычно соответствуют представлениям человека о проявлениях того или иного заболевания.

**Возможные сестринские диагнозы**

* нарушение сна
* различные фобии
* жидкий стул
* немотивированный отказ от лекарств
* нуждаемость пациента в покое
* головная боль
* состояние истерического приступа
* тошнота, рвота
* дефицит самообслуживания (парезы, параличи) и т.д

**черепно-мозговые травмы**

Основной причиной различают транспортный, бытовой и промышленный травматизм. Подразделяют на сотрясение, ушиб и сдавление головного мозга. В зависимости от тяжести травмы симптомокомплекс включает:

* потерю сознания от нескольких минут до нескольких недель и более
* головокружение, шум в ушах, рвота (однократная, повторная, многократная), менингеальные симптомы
* расстройство жизненно важных функций (сердцебиение, дыхание, терморегуляция)
* нарушение чувствительности речи, зрения, слуха
* нарушение мочеиспускания и дефекации

**Возможные сестринские диагнозы**

* нарушение сознания (кома)
* головная боль
* тошнота, рвота
* дефицит самообслуживания
* нарушение мочеотделения и дефекации
* состояние эпилептического приступа
* беспокойство по поводу полученной травмы и её последствий
* депрессия и т.д.

**новообразования.**

Опухоли нервной системы представляют собой новообразования, растущие из вещества, оболочек и сосудов мозга, периферических нервов, а также метастатические. Существует гормональная, инфекционная, травматическая и радиационная теории происхождения. Различают опухоли первичные и вторичные (метастатические). Доброкачественные и злокачественные, одиночные и множественные. Патогенетическое воздействие на мозг многообразно: по мере роста она разрушает мозговую ткань, продукты распада оказывают токсическое влияние, смещает мозг, сдавливает кровеносные сосуды, и нарушает циркуляцию ликвора, что приводит к нарушению мозгового кровоснабжения, отеку мозга и повышению внутримозгового давления.

Опухоли головного мозга. Проявляется общемозговыми, местными (очаговыми) симптомами и так называемыми симптомами на расстоянии.

*Общемозговые симптомы*:

* головная боль (в начальной стадии местная, сверлящая, пульсирующая, дергающая, приступообразная, нередко возникает ночью и рано утром; больной просыпается с головной болью, которая продолжается от нескольких минут до нескольких часов и появляется на следующий день; постепенно становится продолжительной, диффузной, распространяется по всей голове и может стать постоянной; может усиливаться при физическом напряжении, волнении кашле, чихании, рвоте, наклонах головы вперед, дефекации, зависеть от позы и положения тела)
* рвота (появляется при повышении внутричерепного давления, характерно ее появление на высоте приступа головной боли, легкость появления вне связи с приемом пищи, утром, при перемене положения головы
* эпилептические припадки (могут быть вызваны внутричерепной гипертензией и непосредственным воздействием опухоли на мозговую ткань)
* расстройства психики (чаще всего возникают в среднем и пожилом возрасте, больные подавлены, апатичны, сонливы, часто зевают, быстро устают, дезориентированы во времени и пространстве; нарушение памяти, замедленность умственных процессов, раздражение, возбуждение или депрессия)
* головокружение, изменение ритма сердечных сокращений, частоты дыхания, пульса, расстройство сознания вплоть до комы

*Очаговые симптомы:* зависят от локализации опухоли, ее величины и стадии развития.

*«Симптомы на расстоянии»:* учитываются при определении локализации опухоли (поражение черепных нервов, пирамидные и мозжечковые симптомы).

Опухоли спинного мозга поражают преимущественно людей молодого и среднего возраста.

*Симптомы:* медленное неуклонное нарастание признаков сдавления (компрессии) спинного мозга, прогрессирующие двигательные и чувствительные расстройства, нарушения мочеиспускания и дефекации, возникновение пролежней.

**Возможные сестринские диагнозы**

* нарушение сознания (кома)
* головная боль
* тошнота, рвота
* дефицит самообслуживания
* выраженные боли в области спины
* нарушение мочеотделения и дефекации
* беспокойство по поводу заболевания, предстоящей операции и прогноза
* состояние эпилептического приступа
* депрессия, состояние обреченности и т.д.

Нервные болезни одна из важнейших медицинских дисциплин, поскольку патология центральной и периферической нервной системы вызывает многообразные расстройства жизненно-важных функций организма, нередко определяя исход заболевания.

Довольно часто неврологическими заболеваниями страдают люди пожилого и старческого возраста, ввиду возрастных нарушений обменных процессов, развития атеросклероза, что является благоприятным фоном для развития вышеуказанных заболеваний. Медсестра неврологического отделения должна знать поведенческие особенности, течения и осложнения болезни людей пожилого и старческого возраста.

♦

**Особенности работы медсестры в гериатрической практике.**

Современная геронтология – наука о старении, включающая в себя элементы социологии, биологии, гигиены, экономики и психологии. Гериатрия является составной частью геронтологии и рассматривает медицинские аспекты старения организма.

В старости наблюдается постепенная перестройка всей психической деятельности организма, ее интенсивность идет на убыль. Незначительные внешние раздражители вызывают у пожилых людей нервозность, плаксивость. Часто люди пожилого возраста «прислушиваются» к работе внутренних органов, остро переживают различные заболевания и возрастные изменения в организме.

Постепенно человек замечает, что его память ухудшается. Часто встречающимися нарушениями психической деятельности в пожилом возрасте являются нарушения в эмоциональной сфере. Поэтому к пожилым людям нужен особый подход, забота и участие.

В пожилом и, тем более, старческом возрасте менее активно протекает обмен веществ, замедляются окислительно-восстановительные реакции в тканях, пищевые вещества хуже усваиваются и менее интенсивно расщепляются до конечных продуктов обмена, снижается двигательная активность, следовательно энергетическую ценность рациона необходимо также снижать, иначе человек будет прибавлять в весе. Важным требованием геродиетики является и антисклеротическая направленность рациона, а также увеличение содержания в рационе продуктов, задерживающих процессы старения, увеличивающих продолжительность жизни (овощи, фрукты, ягоды, как основные источники антиоксидантов, витаминов и микроэлементов). Кроме того фрукты и овощи содержать клетчатку, стимулирующие процессы пищеварения, что является действенной помощью при запорах, часто встречающихся у пожилых людей.

Болезни в старости развиваются в связи с возникающими возрастными изменениями, которые часто являются фоном, облегчающим развитие патологического процесса. Наиболее характерны атипичность, ареактивность, сглаженность клинических проявлений. Патологию старых пациентов сравнивают с айсбергом у которого основная часть объема скрыта под водой. Пожилой человек часто привыкает к ухудшению функций того или иного органа и системы, считая, что данное явление носит нормальный возрастной характер, а тем временем симптомы нарастают, и болезнь принимает более выраженный характер и тогда уже приходится иметь дело не с началом заболевания, а с хронической патологией, трудно, а иногда и вовсе неизлечимо.

Применение лекарственной терапии у пожилых и старых людей вследствие возрастных изменений органов и систем связано с повышенным риском кумуляции. Риск возникновения побочных эффектов и осложнений фармакотерапии у лиц старше 60–ти лет выше, чем в среднем возрасте (лекарственная депрессия, гипотензия гипертензия, нефротический и общетоксический синдром). Люди пожилого и старческого возраста часто забывают принять лекарства или принимают его повторно через короткий срок, забыв, что оно уже было принято. В условиях стационара сестра должна лично дать лекарство больному и проследить за его приемом (особенно, если назначена жидкая лекарственная форма, а у пациента плохое зрение или тремор рук).

♦

**этико-деонтологические основы сестринского дела**

Сестринская деонтология - наука о долге перед пациентом и обществом, профессиональном поведении медицинского работника, является частью сестринской этике. Медицинская сестра должна обладать профессиональной наблюдательностью, позволяющая увидеть, запомнить и по- сестрински оценить мельчайшие изменения в физическом, психологическом состоянии пациента. Она должна уметь владеть собой, научиться управлять своими эмоциями. Основными принципами сестринской этики и деонтологии, изложенными в клятве Флоренс Найтингейл, Этическом кодексе международного Совета медицинских сестер и Этическом кодексе медицинских сестер России являются:

1. Гуманность и милосердие, любовь и забота
2. Сострадание
3. Доброжелательность
4. Бескорыстие
5. Трудолюбие
6. Учтивость и др.

♦

**технологии доврачебной помощи при неотложных состояниях в неврологии.**

*эпилептический статус*

Информация, позволяющая медицинской сестре установить эпилептический статус.

* Судорожный припадки, следующие один за другим.
* Отсутствие прояснения сознания между припадками.

*тактика медицинской сестры технология 9.1*

|  |  |
| --- | --- |
| Действия  | Обоснования |
| 1. Вызвать врача.
2. Провести мероприятия по стандарту «судорожный припадок»
3. Предупредить западание языка, очистить полость рта от слюны и секрета в перерыве между припадками.
 | Профилактика асфиксии |

Аппаратура, инструментарий:

* Шприцы, иглы

Оценка достигнутого:

* Состояние улучшилось, припадки спали или совсем прекратились
* Состояние ухудшилось, наступила остановка дыхания, действовать по стандарту «клиническая смерть»

*острый невралгический синдром*

Информация, позволяющая медицинской сестре заподозрить у пациента острый корешковый или костно-мышечный болевой синдром.

* Боль
* Острая в шейном, грудном или поясничном отделе позвоночника, усиливается при движении и препятствуется движению.
* Иррадиация боли в пах, в ноги при пояснично-крестцовом остеохондрозе; в плечо, лопатку, в руку при шейном остеохондрозе.
* Анамнез –анамнестические данные о заболевании остеохондрозе шейном, грудном, поясничном отделах позвоночника.

*тактика медицинской сестры технология 9.2*

|  |  |
| --- | --- |
| Действия  | Обоснования |
| 1. Вызвать врача.
2. Обеспечить покой, придать удобную для пациента позу.
3. Положить под матрац щит
 | Уменьшение провоцирующих боль раздражения.Фиксация тела в определенном положении, что также уменьшит боль. |

Аппаратура, инструментарий:

* Иглы, шприцы

Оценка достигнутого.

* Боли уменьшились

*приступ мигрени*

Информация, позволяющая медицинской сестре заподозрить приступ мигрени у пациента.

* Пульсирующая боль- только в одной половине головы (лобно – височной или затылочной областях)
* Нарушение зрительной функции, предшествующее болям: вспышки света перед глазами, изменение поля зрения или иные.
* Анамнез – данные о мигренозных болях в прошлом.

*тактика медицинской сестры технология 9.3*

|  |  |
| --- | --- |
| Действия  | Обоснования |
| 1. Успокоить пациента и придать ему удобное положение
2. Устранить экстремальные зрительные и слуховые раздражения, затемнить помещение
3. Узнать о применяемых пациентом мерах самопомощи
4. Поставить горчичники к стопам или икроножным мышцам; теплые ванны для рук и ног.
5. Провести задней поверхности шеи и затылка
6. Провести тугое перевязывание головы.
7. Предложить пациенту кофеин содержащие напитки, например крепкий чай
8. Снять зубные протезы, при рвоте повернуть голову набок, очистить рот от рвотных масс.
 | Облегчение боли и общего состояния пациента: тревоги, переживания тяжелой болезни.Облегчение болей.Индивидуальный характер мер самопомощи и вера в них пациента.Значительное облегчение или исчезновение болейОблегчение болей.Частое облегчение болей, особенно при подобном опыте пациента.Частое облегчение болей, особенно при подобном опыте пациента.Предупреждение нарушения дыхания, аспирационной пневмонии. |

Аппаратура, инструментарий:

* Иглы, шприцы

Оценка достигнутого:

* Состояние улучшилось, боли уменьшились

*миастенический криз*

Информация, позволяющая медицинской сестре заподозрить миастенический криз.

* Движения – почти полная невозможность произвольных движений, особенно повторных активных движений.
* Анамнез-наличие миастении в анамнез.

*тактика медицинской сестры технология 9.4*

|  |  |
| --- | --- |
| Действия  | Обоснования |
| 1. Вызвать врача
2. Обеспечить пациенту физический и эмоциональный покой.
3. Придать голове возвышенное положение.
4. Провести ИВЛ при ослаблении дыхания
 | Уменьшение тревоги и необходимости в произвольных движениях.Предупреждение западания языка и затекания слюны в дыхательные пути ввиду слабости глотательных мышц.Спасение жизни больного. |

Аппаратура, инструментарий:

* Иглы, шприцы

Оценка достигнутого:

* Состояние стабильное, угрозы жизни нет
* Состояние ухудшилось, остановка дыхания, действие по стандарту «клиническая смерть»

*Гипертензивный синдром*

Информация, позволяющая медицинской сестре заподозрить гипертензивный синдром

* Головная боль, головокружение, рвота без облегчения, судороги, нарастающее угнетение сознания, в связи с отеком мозга.
* Пульс – напряженный пульс, тенденция к брадикардии.

*тактика медицинской сестры технология 9.5*

|  |  |
| --- | --- |
| Действия  | Обоснования |
| 1. Вызвать врача
2. Измерить АД и пульс
3. Обеспечить пациенту покой
4. Придать положение с приподнятым головным концом
 | Контроль состояния.Предупреждение утяжеления состояния.Облегчение субъективного самочувствия, некоторое снижение АД или предупреждение дальнейшего его повышения. |

Аппаратура, инструментарий:

* Шприцы, иглы

Оценка достигнутого:

* Состояние улучшилось.
* Состояние ухудшилось, появились симптомы ОНМК - действие по соответствующему стандарту.

*Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК)*

Информация, позволяющая медицинской сестре заподозрить ОНМК

* Острое нарушение сознания (кома, сопор), или нарастающее нарушение сознания.
* Тошнота, рвота без облегчения
* Кратковременные судороги или другие гиперкинезы
* Пульс-изменение частоты пульса (брадикардия, реже тахикардия), дыхание шумное редкое.
* АД - повышение или понижение АД.
* Очаговые неврологические симптомы: параличи, парезы, нарушение чувствительности, речи, глотания и т.д.

*тактика медицинской сестры технология 9.6*

|  |  |
| --- | --- |
| Действия  | Обоснования |
| 1. Вызвать врача.
2. Измерить АД и пульс.
3. Снять зубные протезы.
4. Предупредить или устранить западание языка.
5. Провести ИВЛ при угрожающей остановке дыхания.
6. Дать увлажненный кислород.
 | Контроль состояния.Профилактика асфиксии.Профилактика асфиксии.Устранение гипоксии.Устранение гипоксии. |

Аппаратура, инструментарий.

* Шприцы, иглы

Оценка достигнутого

* Состояние стабилизировалось, ухудшения нет.
* Состояние ухудшилось, остановка дыхания, сердцебиения – действия по стандарту «клиническая смерть»

*Судорожный припадок*

Информация, позволяющая медицинской сестре начать осуществление доврачебной помощи:

* Судороги, пена изо рта
* Оглушение, прикус языка, непроизвольное мочеиспускание, рассказ о припадке очевидцев.

*тактика медицинской сестры технология 9.7*

|  |  |
| --- | --- |
| Действия  | Обоснования |
| 1. Подложить под голову подушку, шапку или что-нибудь иное, мягкое.
2. Обеспечить доступ воздуха (расстегнуть ворот, ремень и т.п.)
3. Повернуть пациента на бок при рвоте.
4. Вызвать врача.
 | Предупреждение травмы головы.Профилактика гипоксии.Предупреждение аспирации рвотными массами. |

Аппаратура, инструментарий:

* Шприцы, иглы

Оценка достигнутого:

* Прекращение судорог, восстановление сознания и способности к движениям и активным действиям.

♦

**выводы и предложения.**

* Использование сестринского процесса в неврологической практике значительно улучшило бы оказание медицинской помощи пациентам.
* Для внедрения сестринского процесса требуется не только обучение кадров, но и необходимо закрепления этих изменений в законодательном порядке.
* Необходимым фактором, способствующим использованию сестринского процесса является сокращение обслуживания количества больных одной медсестрой.

♦

**Перечень используемой литературы**:

1. Т.П. Обуховец Основы сестринского дела. Практикум. Серия «Медицина для Вас»– Ростов н/Д: «Феникс», 2002.- 480 с.
2. Е.И. Гусев и др. Нервные болезни. –М.: «Медицина», 1988.- 640 с.
3. О.Л. Задворнова, М.Х. Турьянова. Справочник медицинской сестры. –М.: ООО «Издательство Новая волна», 1998. –448 с.
4. С.М. Бортникова, Т.В. Зубахина Нервные и психические болезни. Серия « Медицина для Вас» Ростов н/Д: : «Феникс», 2000 – 480 с.
5. Я.Ю. Попелянский Болезни переферической нервной системы . –М.: «Медицина», 1989.- 464 с.
6. Т.П. Обуховец и др. Карманный справочник медицинской сестры. Серия «Медицина для Вас»– Ростов н/Д: «Феникс», 2002.- 672 с.
7. Стандарты практической деятельности медицинской сестры. В двух томах –М.: 1998. 348с.