

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ КОЛЛЕДЖ

Сестринская карта стационарного больного

Выполнила:

Студентка 111-11 гр.

отделения «Сестринское дело»

Мельник П.Е.

Проверила: Битковская В.Г.

Красноярск 2023

ПЕРВЫЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА ВКЛЮЧАЕТ:

Ф.И.О пациента Баранов Пётр Андреевич

Год рождения 26.06.1970

Пол муж. Возраст 53 г.

Постоянное место жительства ул. Аксёновского д.70

Дата поступления 30.05.2023 г.

Дата выписки 01.07.2023 г.

Врачебный диагноз Микронодулярный цирроз печени смешанной этиологии (алкогольной и вирусной), субкомпенсированный, стадия обострения, активная фаза, медленно прогрессирующее течение. Портальная гипертензия (резко выраженные клинические проявления). Асцит. Правосторонний гидроторакс. Алкогольная гипертрофическая кардиомиопатия.

ЖАЛОБЫ И ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА

ANAMNESIS MORBI

Считает себя больным с сентября 1996 года, когда впервые на фоне повышения температуры тела появились слабость, тошнота, рвота. Через несколько дней стал отмечать желтушность кожных покровов, появились ноющие интенсивные боли в правом подреберье, не связанные с приемом пищи. В связи с этим обратился к участковому терапевту. После его осмотра больной был направлен в инфекционное отделение, где после обследования был выставлен диагноз: "Острый вирусный гепатит типа С". Проводилось медикаментозное лечение, после которого самочувствие больного улучшилось: перестали беспокоить боли в правом подреберье, тошнота, рвота, исчезла желтушность кожи и слизистых. После лечения больной по рекомендации врача, диету не соблюдал, злоупотреблял алкоголем.

Ухудшения самочувствия не было до ноября 2004 года. С этого времени больной стал жаловаться на периодические ноющие боли в правом подреберье, возникающие после физической нагрузки и после приема жирной, жареной пищи, алкоголя, проходящие в покое, на тяжесть в правом подреберье, на тошноту, на слабость; стал отмечать нарастающие отеки нижних конечностей и живота, увеличивающуюся желтушность кожи, нарушение стула (стул участился, стал кашицеобразным и светлым). В связи с этим обратился к участковому терапевту, после обследования был направлен в больницу для обследования и лечения. За время пребывания в больнице были произведены обследования: клинический анализ крови, биохимический анализ крови, ЭКГ, сканирование печени, фиброэзофагогастродуоденоскопия, УЗИ органов брюшной полости. При этом были выявлены гипертрофия левого желудочка, умеренные диффузные изменения печени. Был выставлен диагноз: Микроузловой цирроз печени смешанной этиологии, субкомпенсированный, с начальными явлениями портальной гипертензии. Проводилось лечение: эссенциале, эуффилином, мезим-форте, метацином. После чего самочувствие больного улучшилось: перестали беспокоить боли и тяжесть в правом подреберье, прошли отеки, нормализовался стул.

Настоящее ухудшение самочувствия началось с начала апреля 2023 года. Больной стал жаловаться на постоянные тянущие, ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной, жареной пищи, алкоголя или после физической нагрузки, уменьшающиеся в покое, чувство горечи во рту, тошноту, вздутие живота и чувство тяжести после приема пищи, уменьшающиеся после акта дефекации, частый жидкий стул, похудание на 10 кг, кожный зуд; стал отмечать пожелтение кожных покровов увеличение в объеме живота, нарастающие отеки голеней и стоп. Появилась одышка смешанного характера, которая возникает при умеренной физической нагрузке и проходит в покое.

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Анализ крови. Нв - 94 г/л, эр. - $2,8 \times 10^{12}/л$, тромб. - $96 \times 10^9/л$, лейкоц. - $3,2 \times 10^9/л$, П - 3%, С - 65%, Л - 30 %, М - 2%, СОЭ - 50 мм/ч.

Анализ мочи. относительная плотность 1025, лейкоц. - 0-1, слизь ++, билирубин +++.

Анализ кала на яйца глистов, копрологическое исследование - отрицательный

Флюорография органов грудной клетки справа определяется гомогенная тень жидкости с верхней границей, смещающейся при наклоне тела. Тень сердца увеличена преимущественно в левую сторону.

ВТОРОЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА ВКЛЮЧАЕТ:

Сестринский диагноз

Нарушенные потребности: есть, выделять, спать, быть здоровым

Настоящие проблемы (жалобы) желтуха, кожный зуд, нарушение целостности кожных покровов, чувство горечи во рту, тошноту, вздутие живота и чувство тяжести после приема пищи, уменьшающиеся после акта дефекации, частый жидкий стул, похудание на 10 кг, нарастающие отеки голеней и стоп. Одышка смешанного характера, которая возникает при умеренной физической нагрузке и проходит в покое, слабость, повышенная утомляемость, раздражительность, сонливость днем, бессонница ночью, апатия, головные боли, снижение аппетита.

Приоритетная проблема: Кожный зуд, одышка, частый жидкий стул, нарушенный сон

Потенциальные проблемы: риск развития осложнений

ТРЕТИЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА ВКЛЮЧАЕТ:

Планирование целей и их реализацию

Краткосрочные цели (1-7 дней): Пациент отметит уменьшение зуда через 3 дня, сон восстановится в течении 6 дней, отеки голеней и стоп уменьшатся в течении 7 дней, пройдут головные боли в течении 4 дней.

Долгосрочные цели (до 30 дней) Зуд исчезнет к моменту выписки, сон полностью восстановится, тяжесть после приёма пищи исчезнет в связи с соблюдением диеты (диета №5), целостность кожных покровов восстановится, пациента перестанет беспокоить одышка

слабость, повышенная утомляемость, раздражительность, сонливость днем, бессонница ночью, апатия, головные боли, снизился аппетит. В связи с данными жалобами обратился к участковому терапевту и был госпитализирован в ХО №1 отделения ККБ для обследования и стационарного лечения.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Перенесенные заболевания, операции, травмы Острый вирусный гепатит типа С, ветрянка в детстве

Аллергологический анамнез:

- непереносимость пищи нет
- непереносимость лекарств нет
- непереносимость бытовой химии нет
- непереносимость других аллергенов нет

Вредные привычки (курение, алкоголь, наркотики) курение и алкоголь

Наследственность (подчеркнуть): наличие у кровных родственников сахарного диабета, артериальной гипертонии, заболеваний сердца, инсульта. Наличие ожирения, туберкулеза, заболеваний ЖКТ, почек, печени, щитовидной железы.

Объективное исследование (подчеркнуть)

Сознание: ясное, спутанное, отсутствует

Положение в постели: активное, пассивное, вынужденное

Рост 175 см, Вес 56 кг, Температура 36,7°C

Состояние кожи и слизистых:

- Цвет (обычный, гиперемия, бледные, цианотичные, желтушные)
- Влажность: сухие
- Отеки: в области голеней и стоп, увеличение живота в объёме
- Тургор снижен

Костно-мышечная система:

- Деформация скелета, суставов

Дыхательная система:

- Число дыханий в 1 минуту 19
- Одышка нет
- Кашель нет
- Мокрота нет

Сердечно-сосудистая система:

- ЧСС 87
- АД 130/80 мм. рт. ст
- аускультация сердца, тоны ритмичные, аритмичные

Желудочно-кишечный тракт:

- Аппетит (обычный, снижен, повышен)
- Язык влажный, лакированный, малинового цвета
- Асцит увеличение в объёме живота
- Болезненность при поверхностной пальпации боль в правом подреберье
- Живот напряжен мягкий
- Стул частый, жидкий

Мочевыделительная система:

- мочеиспускание: олигоурия
- цвет мочи: обычный, измененный тёмно-коричневый

Нервная система:

- Сон: сохранен, нарушен
- использует снотворные нет
- Парезы, параличи нет

Оценка принимаемых лекарственных средств

Ф.И.О. больного Баранов Пётр Андреевич

Диагноз Микронодулярный цирроз печени смешанной этиологии (алкогольной и вирусной), субкомпенсированный, стадия обострения, активная фаза, медленно прогрессирующее течение. Портальная гипертензия (резко выраженные клинические проявления). Асцит. Правосторонний гидроторакс. Алкогольная гипертрофическая кардиомиопатия.

Характер препарата	I	II	III	IV
Название	Дипана			
Группа препаратов	Гепатопротективное средство			
Фармакологическое действие (включая детоксикацию и выведение)	Гепатопротектор растительного происхождения			
Показания	Цирроз печени			
Побочные эффекты	Сухость во рту, тошнота, спазмы кишечника, диарея, нарушение сна, головные боли, усиление диуреза			
Способ приёма (время)	Внутрь, до приёма пищи, запивая достаточным количеством воды			
Доза высшая введения	По 2 таб. 3 р./день			
назначенная минимальная	6 таб./день			
Особенности введения	Внутрь			
Признаки передозировки	Данные не предоставлены			
Помощь при передозировке				

ЧЕТВЕРТЫЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

РЕАЛИЗАЦИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА И ПЛАНИРОВАНИЕ СЕСТРИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ПЛАН	МОТИВАЦИЯ
НЕЗАВИСИМЫЕ	
1. Обеспечить питанием в соответствии с назначенной диетой 2. Обеспечить гигиену кожи (обтирание, душ), протирать кожу раствором антисептика 3. Объяснить сущность заболевания, современные методы диагностики, лечения, профилактики 4. Следить за кратностью стула 5. Наблюдать за внешним видом и общим состоянием пациента (пульс, ЧДД, АД) 6. Четко и своевременно выполнять врачебные назначения 7. Провести беседу с родственниками об обеспечении питания с ограничением жирных, соленых, жареных, копченых блюд 8. Обеспечить подготовку к дополнительным исследованиям	1. Уменьшение нагрузки на печень и желчные пути 2. Уменьшение зуда, профилактика инфицирования 3. Для эффективного лечения 4. Не допустить задержки стула 5. Для своевременного распознавания и оказания помощи в случае возникновения осложнений 6. Для эффективного лечения 7. Для активного участия в лечении 8. Для правильного выполнения исследований
ВЗАИМОЗАВИСИМЫЕ	Подготовка к лабораторным обследованиям: ОАК, ОАМ, БАК, иммунологическое исследование Подготовка к инструментальным методам обследования: ФГДС, радиоизотопная гепатография, халангиография, лапароскопия, компьютерная томография, пункционная биопсия печени
ЗАВИСИМЫЕ	
Выполнение назначений врача	

ПЯТЫЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА - ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ:

Цель достигнута. Общее состояние пациента улучшилось. Медсестра продолжает осуществлять уход: наблюдение за основными функциями пациента. При выявлении новых проблем – вновь планирование сестринских вмешательств.