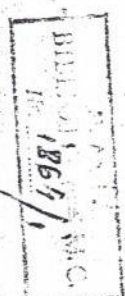


Dr. GEORGETA BALTA
ETA METAXAIOS

Dr. MARIA-OTILIA STANESCU
LUCREȚIA TITIRCA

TEHNICI SPECIALE DE ÎNGRIJIRE A BOLNAVIILOR

Coordonator:
dr. Georgeta Baltă



EDITURA DIDACTICĂ ȘI PEDAGOGICĂ
BUCUREȘTI



INGRIJIRI SPECIALE ACORDATE BOLNAVIILOR

FIȘA 4.1. INGRUIREA BOLNAVIILOR CU INSUFICIENȚĂ CIRCULATORIE ACUTĂ [colaps periferic]

Colaps periferic = insuficiență circulatorie acută, datorită unui decolaj liber între volumul sîngelui circulant și capacitatea vaselor sanguine și se caracterizează prin imposibilitatea sistemului circulator de a asigura sîngele la țesuturi și organe.

Cauzele colapsului pot fi:

— scăderea masei sanguine circulante prin: hemoragii, plasmoragii, deshidratații;

— dilatarea vaselor care poate fi declanșată de: boli infecțioase sub acțiunea toxinelor, șoc traumatic, șoc anafilactic, supradozarea unor medicamente, intoxicații, infarcte vasculare etc.

Colapsul poate proveni din șoc care se agravează și deci se decompensează, dar poate apărea și de la început ca atare.

Recunoașterea stării de colaps. Indiferent de natura sa, starea de colaps poate fi recunoscută datorită următoarelor semne subiective și obiective:

- bohnă înert, somnolent, în stare de prostrăție sau agitație;
 - tegumente palide de culoare pămîntie, transpirație;
 - extremități reci, palide, uneori cianotice;
 - fruntea acoperită cu transpirație rece;
 - puls foarte slab și greu perceptibil (mic);
 - T.A. maximă coborîtă sub 100 mm Hg și chiar sub 70—80 mm Hg;
 - tahipnee;
 - hipotermie;
 - uneori vărsături, diaree;
 - anurie sau oligurie, sete accentuată.
- Bolnavul, aflîndu-se într-o stare extrem de gravă, dacă nu i se acordă imediat tratamentul corespunzător și energie, moare.
- Sora trebuie să știe să intervină de urgență pînă la transportarea bolnavului în spital sau pînă la venirea medicului.

4.1.1. CONDUITA DE URGENȚĂ ÎN APARATA SPITALULUI
[vezi fișa 4.13. șocul]

Obiective	Măsuri de realizare
1. Suprimarea cauzei determinante.	1.1. Combaterea durerii, hemoragiilor, a pierderilor de lichide, prin metodele cunoscute.

Obiective	Măsuri de realizare
2. Transportul bolnavului la spital.	2.1. Transportarea bolnavului culcat pe brancardă chiar în poziție decubitală, cu capul mai jos, pentru a favoriza irigația sistemului nervos central. 2.2. În vederea aceluiași scop se poate utiliza metoda autotransfuziei, prin înfășurarea cu fesi elastice a membrilor porînd de la extremitatea lor distală, sau ridicarea gambelor.
3. Asigurarea ventilației pulmonare.	3.1. Înălțurarea cordonelor, cravatei, descheierea cămășii. 3.2. Îndepărtarea mucozităților din cavitatea bucală și faringiană. 3.3. Oxigenoterapie.
4. Stimularea circulației periferice.	4.1. Administrarea de băuturi calde [ceai, cafea].
5. Măsuri de menținere a temperaturii corpului.	5.1. Încălzirea progresivă și cu prudență prin învelirea cu pături încălzite, termoloare, sticle cu apă fierbinte în jurul corpului. Atenție! Căldura aplicată, rapid și intens ar putea accentua stările de vasodilatație și deci și colapsului.

4.1.2. INGRUIRILE ACORDATE ÎN UNITATEA SPITALICEASCĂ

Data fiind gravitatea extremă a stării de insuficiență circulatorie periferică, vor fi pregătite în permanență trusade prin ajutor cu aparatele, instrumentele și medicamentele necesare combaterii colapsului [vezi fișa 4.13 — șocul].

Obiective	Măsuri de realizare
1. Asigurarea condițiilor de îngrijire.	1.1. Vezi fișa 4.13 — șocul pct. 3—6.
2. Asigurarea repausului fizic și psihic.	2.1. Bolnavul va fi așezat în pat în poziție decubitală prin înclinarea patului cu capul mai jos. 2.2. Sora medicală nu va lăsa bolnavul nici un moment, și printr-o atitudine blîndă trebuie îndepărtată neliniștea bolnavului asupra gravității stării lui.
3. Umplerea patului	3.1. Se va efectua puncea la una sau două vene accesibile.

Obiective	Măsuri de realizare
vascular în raport cu cauza declanșatoare.	Atenție! Punctia venoasă este deosebit de dificilă din cauza vaselor colabate, de aceea sora va avea pregătită și o trusă pentru donarea venei (la nevoie). 3.2. Va recolta sînge pentru probe de laborator (hemocrit, hemogramă, grup sanguin etc.). 3.3. Sora va institui perfuzia (transfuzia) cu soluțiile indicate de medic în hemocit = sînge în transsudat = plasma sau substituenți [soluții coloidale: Dextran, Alburan, în cazuri de vîrșături, diaree, transpirații etc. = soluții cristaloide, ser fiziologic, soluție glucoză 5%, sol. Ringier etc.). 3.4. Sora va supraveghea bilanțul hidric ținînd cont de intrările și pierderile de lichide.
4. Micsorarea patului vascular.	4.1. Sora va avea pregătite medicamente vasopresoare [adrenalină, noradrenalină, isuprel, dopamină, H.H.C.]. Atenție! Sora trebuie să știe că în aceste situații medicatia vasopresoare se va utiliza numai după umplerea vasculară și numai la indicația medicului. 4.2. Pentru micsorarea permeabilității vasculare se pregătesc vit. C, dozată de calciu, H.H.C.
5. Supravegherea și înregistrarea permanentă a bolnavului.	5.1. După ieșirea din colaps bolnavul va fi supravegheat atent de soră și în următoarele 24 ore, prin măsurarea și înregistrarea pulsului, T.A. la 20—30 minute, respirației, temperaturii, diurezei. 5.2. La nevoie, asigură permeabilizarea căilor respiratorii, oxigenoterapie și încălzirea bolnavului cu termofoare, sticle cu apă caldă. 5.3. Din momentul în care tensiunea arterială începe să crească și bolnavul nu varsă, hidratarea poate fi continuată pe cale orală. 5.4. Este necesară repetarea zilnică a analizelor pentru verificarea echilibrului biologic. 5.5. Sora servește bolnavul în pat pînă la vindecare, cînd nu mai există pericolul recăderii.

FIȘA 4.2. ÎNGRIJIREA BOLNAVIILOR CU INFARCT MIOCARDIC ACUT

Infarctul miocardic = o zonă de necroză ischemică la nivelul miocardului produsă prin obliterarea unei ramuri coronariene.
Etiologie: în 90—95% din cazuri, ateroscleroză coronariană.

Factorii care favorizează apariția infarctului, cunoscuți sub numele de factori de risc, sînt: vîrsta, sexul, hipertensiunea arterială, diabetul zaharat, obezitatea, fumatul, stresurile, sedentarismul etc. Factorii declanșatori: efort, mese copioase, stres etc. Semnele clinice esențiale care trebuie să atragă atenția asupra unui I.M.A. sînt: — durerea precordială sau retrosternală care poate fi însoțită de transpirații reci, agitație, anxietate, uneori grețuri și vărsături; — hipotensiunea arterială; — febra apare la 12—24 ore de la debut; — uneori starea de șoc [șoc cardiogen] manifestată prin paloare, tegumente reci și umede, puls rapid filiform, alterarea stării generale și oligurie gravă. Debutul I.M.A. se produce în majoritatea cazurilor cu simptome caracteristice, dar sînt cazuri unde debutul este mai puțin tipic și pune probleme de diagnostic. I.M.A. este una din afecțiunile unde evoluția poate conduce la moarte, iar îngrijirea acestor bolnavi constituie o urgență medicală, ce se poate efectua în orice unitate spitalicească. Sora medicală trebuie să știe să acorde primul ajutor oricînd și oriunde va fi solicitată.	
4.2.1. CONDUITA DE URGENȚĂ ÎN FAZA DE PRESPTALIZARE Faza de presptalizare este intervalul de la debutul infarctului miocardic pînă în momentul sosirii bolnavului în spital. Deoarece mortalitatea cea mai mare [2/3 din cazuri] are loc în această fază, sora trebuie să știe principalele probleme de rezolvat în această perioadă:	
Obiective	Măsuri de realizare
1. Prevenirea morții subite.	1.1. Așezarea bolnavului în decubit dorsal și interzicerea efectuării oricărei mișcări. Atenție! A nu se uita psihoterapia.
2. Preîntîmpinarea altor complicații.	2.1. Sedarea durerii: [la indicația medicului] — morfina 0,01 g—0,02 g [1 fioală = 0,02 g] subcutan sau intramuscular, eventual intravenos, înecet, diluată în ser fiziologic, sub controlul respirației; — mialgin 0,10 g subcutan sau intramuscular eventual intravenos, diluat în 10 ml ser fiziologic sau glucoză 10%; — fortal 30 mg intravenos sau intramuscular. Atenție! Morfina poate provoca o hipotensiune arterială și deprimarea ventilației pulmonare. Asocierea cu atropină (1 mg subcutan sau intramuscular, eventual 0,5 mg. i.v.) poate

Obiective	Măsuri de realizare
2. Menținerea temperaturii corpului în limite normale până la intervenția în spital.	1. Pentru prevenirea acestor fenomene, dacă durerea este de mai mică intensitate se poate încerca calmarea lor cu algocalmin, fenobarbital, codeină. 2.2. Urmărirea T.A. și P. Menținerea T.A. cu perfuzii de glucoză 5%, Dextran, Maxisang și H.H.C. Urmărirea pulsului și corectarea extrasistolelor cu xilină de uz cardiologic. Menținerea permeabilității căilor aeriene prin aspirație. O₂-terapie.
3.1. Transportul de urgență într-o unitate spitalicească cu autosanitarii și obligatoriu cu targa. Pentru reducerea mortalității prin infarct miocardic, ideale sînt ambulanțele dotate cu aparat de monitorizare, defibrilare și reanimare și însoțite de un medic și un cadru mediu — așa-zisele „unități mobile coronariene”.	

4.2.2. ÎNGRIJIRI ACORDATE ÎN UNITĂȚILE SPITALICEȘTI

Pentru a se putea interveni de urgență, sora trebuie să aibă o trusă de prim ajutor formată din:

- medicamente pentru calmarea durerii, sedative, anticoagulante, xilină, coagulant (hemostatic), hemisuccinat de hidrocortizon (H.H.C.);
- ambulanță (intensivă), hemisuccinat de hidrocortizon (H.H.C.);
- seringă sterilă, soluții de perfuzat, aparat de perfuzie, deschizător de tip „seringă Guedel”, aspirator de secreții, defibrilator.

Obiective	Măsuri de realizare
1. Instaurarea bolnavului în pat.	1.1. Transportul bolnavului de la salvare se face direct în secție (cardiologie, terapie intensivă sau internă), cu targa, într-un timp cât mai scurt. 1.2. Mutarea bolnavului de pe targă în pat se face de către personalul sanitar fără a permite bolnavului nici o mișcare, pentru ca să nu i se agraveze situația. 1.3. Sora va avea grijă să-i fie asigurat un climat de liniște, salon bine încălzit, aerisit. 1.4. Poziție cât mai comodă, în pat (este bine ca patul să fie cu somiere reglabile pentru a se evita pozițiile forțate).

Obiective	Măsuri de realizare
2. Aplicarea în continuare a măsurilor de prim ajutor.	2.1. La indicația medicului: 2.1.1. sedarea durerii: derivații de opiacee [morfină, mialgin], fortal sau amestecuri litice [romegan + largactil + mialgin]; 2.2. combaterea aritmiilor: sedative [fenobarbital, diazepam pe cât posibil se evită administrarea sedativelor concomitent cu a opiaceelor]; 2.3. oxigenoterapie.
3. Supravegherea funcțiilor vitale.	3.1. Urmărirea ideală a unui infarct este monitorizarea cu supravegherea permanentă în primele zile a E.C.G., T.A. și a ritmului cardiac. În secțiile obișnuite de boli interne, în lipsă de aparatură de monitorizare, supravegherea constă în măsurarea T.A., frecvenței pulsului și a respirației la o oră, la nevoie mai des, în funcție de starea bolnavului. 3.2. Înregistrarea zilnică a E.C.G., ca și a temperaturii, de cîte ori este indicat de medic.
4. Recoltarea probelor de laborator.	4.1. Sora va recolta sînge pentru probele de laborator indicate de medic [pentru dozările enzimice, a fibrinogenului, glicemiei, determinarea leucocitozei, a V.S.H.-ului, colesterolului, acidului uric].
5. Prevenirea complicațiilor tromboembolice.	5.1. Anticoagulante [heparină 300—400 mg/24 ore] [1 fioală=50 mg], cîte 2 fiole la 4—6 ore; 5.2. Concomitent — trembosop (4—6 tablete pe zi); 5.3. La 48 ore se controlează timpul Quick.
6. Preîntîmpinarea hiperexcitabilității miocardului.	6.1. Xilină — 200 mg intramuscular [20 ml 1%] sau intravenos ori în perfuzie.
7. Administrarea medicamentelor.	Foarte important! 7.1. Se va face cu mare punctualitate deoarece înțirzierile pot provoca bolnavului emoții inutile. 7.2. Tratamentul medicamentos se face la pat, în poziție orizontală. 7.3. Sora va avea pregătite medicamente pentru eventuale complicații. 7.4. Deși medicamentele se dau strict la indicația medicului, la bolnavii cardiaci, în unele cazuri de urgență, cadrul mediu va trebui să intervină cu unele medicamente (nitroglicerina) și oxigen.

Obiective	Măsuri de realizare
8. Alimentația bolnavilor.	8.1. Mesele vor fi fracționate pentru a se evita consumul de cantități mari la o masă. 8.2. Se va face alimentație pasivă la pat, în primele zile în decubit dorsal. Treptat se va trece la alimentație activă la pat (numai la recomandarea medicului în poziție sezindă). După mobilizarea bolnavului, i se poate servi masa în sala de mese. 8.3. Regimul alimentar va fi hiposodat și hipocaloric. În primele zile va fi alcătuit din lichide lactice. În primele date cu lingura lent, ceaiuri, comiși piureuri date cu lingura lent, ceaiuri, comiș poturi, supe, lapte, sucuri de fructe, ouă moi, dar și mai târziu se vor evita alimentele care produc gaze sau înțirzirea tranzitului intestinal. 8.4. Se interzice total fumatul.
9. Urinărirea evacurărilor de urină și fecale.	9.1. Se va servi bolnavul cu urinar și bazine, fără a fi ridicat în poziție sezindă. 9.2. Constipația trebuie combătută cu clisme ușoare sau laxative ușoare. 9.2. Diureza și scaunul se notează pe foaia de observație.
10. Igiena bolnavului.	10.1. Baia generală sau parțială se face la pat fără a oposi bolnavul în primele zile fără a fi ridicat.
11. Mobilizarea bolnavului.	11.1. Repaus absolut la pat în prima săptămână. 11.2. Durata imobilizării va fi adaptată în funcție de evoluția simptomelor și de prezența complicațiilor. 11.3. Dacă bolnavul nu are dureri, febră sau alte complicații, începând chiar din prima săptămână, se pot face mișcări pasive ale degetelor de la mână și picioare. 11.4. Treptat se permite mișcarea poziției la pat, mișcări active ale membrilor. 11.5. Durata repausului la pat în poziție semizecândă: 2—3 săptămâni. 11.6. Mobilizarea se face progresiv (șederea pe marginea patului, șederea în fotoliu, ridicarea din pat, sub controlul pulsului și a tensiunii arteriale).

Obiective	Măsuri de realizare
12. Crearea mediului psihologic favorabil.	12.1. Se vor evita discuțiile cu voce tare, chemările la telefon. 12.2. Nu se permite vizitarea în grup. 12.3. Se evită vizitele lungi. 12.4. Nu se comunică vești neplăcute. 12.5. Se va facilita contactul cu bolnavii restabiliți, cu efect psihic bun.
13. Educația sanitară.	13. Prin aceasta urmărim instruirea bolnavului asupra modului de viață la externare: 13.1. modul cum se iau medicamentele; 13.2. semnele supradozării digitale; 13.3. prezentarea la control periodic. Atenție! O bună educație a bolnavului reduce șansele unei decompensări sau agravări. 13.4. Se va încerca să se restabilească la acești bolnavi încrederea în sine și readucerea la capacitatea lor de muncă anterioară îmbolnăvirii și dezvoltarea funcțiilor lor fizice și psihice.

FIȘA 4.3. ÎNGRIJIREA BOLNAVIILOR CU INSUFICIENȚĂ CARDIACĂ

La bolnavii cu insuficiență cardiacă forța contractilă a inimii este scăzută și nu poate asigura debitul de sânge necesar funcțiilor normale ale organismului.

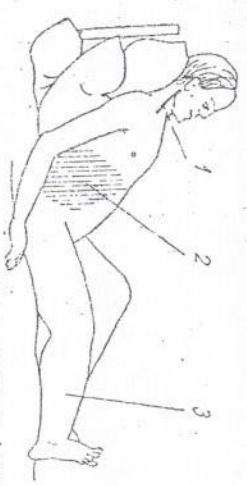
Aportul deficitar de substanțe nutritive și oxigen creează grave tulburări ale metabolismului tisular care reduce la rândul lui forța de contracție a inimii și stază în circulația de întoarcere.

Acești bolnavi necesită o îngrijire specială care are ca scop:

- reducerea nevoilor energetice ale organismului pentru a putea scădea efortul cardiac;
- mănuirea forței de contracție a inimii, mărindu-se astfel capacitatea funcțională.

La îngrijirea bolnavilor cu insuficiență cardiacă sora se va conduce după următoarele obiective:

Obiective	Măsuri de realizare
1. Asigurarea repausului fizic.	1.1. Sora se va îngriji ca bolnavii să aibă maximum de confort, să evite efortul fizic, saloanele să aibă o ambianță plăcută.

Obiective	Măsuri de realizare
1.2. Bolnavii cu insuficiență cardiacă sunt dispuniei, de aceea trebuie ținuti în poziție <u>șezând</u> sau <u>semizezând</u> [și ei preferă această poziție] (fig. 46).	 Fig. 46. Poziția și aspectul bolnavului cu insuficiență cardiacă; 1 — turgescența jugulară; 2 — hepatomegalie; 3 — edeme ale membrilor inferioare. 1.3. Patul va fi prevăzut cu uthajul auxiliar necesar, precum și cu un număr de perne pentru asigurarea poziției șezînde. 1.4. În cursul zilei patul poate fi înlocuit cu fotoliu, avînd grijă ca sub picioare bolnavul să aibă un sprijinitor. 2.1. Sora va avea grijă să ferească bolnavul de tot ceea ce i-ar putea tulbura echilibrul nervos. 2.2. Ea trebuie să cîștige încrederea bolnavului printr-o bună pregătire profesională, prin calm și seriozitate. 2.3. Pentru a evita stările de neliniște va administra la timp medicamentele și va răspunde prompt la orice solicitare. 2.4. Recoitarea probelor de laborator se va face fără a fi traumatizant pentru bolnav. 2.5. Bolnavii vor fi însoțiți de cadrul mediu la consultanți de specialitate, examinări radiologice, electrocardiografice etc. 2.6. Sora va supraveghea starea psihică a bolnavului, vizitîndu-l cît mai frecvent, indicînd de solicitări, fără însă să deranjeze odihna bolnavului. 2.7. Va instrui și vizitatorii asupra modului de comportare față de bolnav.
Asigurarea igienelor personale.	3.1. Se execută zilnic toaleta bolnavului fără ca acesta să facă eforturi prea mari. 3.2. Se face apoi o fricție cu alcool diluat, îmbunătățind circulația periferică.

Obiective	Măsuri de realizare
3.3. Pielea trebuie menținută curată și uscată, deoarece pielea edematiată se infectează ușor.	
3.4. Schimbarea lenjeriei de pat și de corp, zilnic, dacă este posibil, pentru că acești bolnavi transpiră.	
4. Prevenirea formării trombozelor.	4.1. Sora va executa zilnic masajul membrilor inferioare în direcția curenților venosi. 4.2. Masajul contribuie și la mobilizarea edemelor. 4.3. Se va căuta să se țină ridicate părțile edematiate. 4.4. Bolnavul va fi invitat să execute mișcări active cu picioarele [flexie, extensie].
5. Urmărirea funcțiilor vitale și vegetative.	5.1. Se urmăresc zilnic T_{AX}, pulsul central și periferic, respirația, diureza, tranzitul intestinal, temperatura. 5.2. Se urmărește respirația: poate evidenția semne de agravare și complicațiile care pot apărea [demul pulmonar, embolia, tromboflebita, sindromul Adam Stokes etc.] și se anunță imediat medicul. 5.3. Stările de constipație vor fi combătute prin climă, în cazuri mai grave prin purgative [tenția materiilor fecale și meteorismul ridică diatragnul, îngreunînd funcția respiratorie]. 5.4. Sora va ține evidența exactă a lichidelor consumate și eliminate. 5.5. Se urmărește zilnic greutatea corporală, după evacuarea scaunului și a urinei, însă înainte de masă.
6. Regimul alimentar.	6.1. Hipocaloric, pentru menținerea greutății corespunzătoare. 6.2. Hiposodat, pentru a împiedica reținerea apei în organism, contribuind astfel la reducerea edemelor. 6.3. Evitarea medicamentelor care conțin sodiu [saliat de sodiu, sulfat de sodiu, bicarbonat de sodiu etc.]. 6.4. Cantitatea de lichide nu va depăși 1,5—2 l în 24 ore. 6.5. Rația zilnică de alimente se împarte în 4—5 mese, ultima se va lua cu cel puțin 3 ore înainte de culcare.
7. Administrarea medicamentelor.	7.1. Administrarea cardiotonicelor se face numai la indicațiile medicului și strict la pat. Cele mai frecvent folosite sînt digitala și strofantina.

Obiective	Măsuri de realizare
7.2. Strofantina are acțiune rapidă, se administrează strict intravenos, amestecată cu ser fiziologic sau soluție de glucoză; se folosește în cazurile de urgență.	
7.3. Digitala per os se acumulează în organism dînd fenomene de supradozare, de intoxicație [nausee, grețuri, vărsături, bradicardie, extrastole etc.]; în aceste cazuri sora anunță medicul pentru a întrerupe administrarea.	
7.4. Efect analog cu strofantina au și preparatele de digitală [lanatozid C] administrate intravenos. Atenție! Este bine ca sora să știe că trecerea de la digitală la strofantină se face numai după o pauză de 2—3 zile; trecerea de la strofantină la digitală nu necesită nici o precauție.	
7.5. Sora va asigura tratamentul cu diuretice indicate de medic [novurit, ederen, nefrix, furosemid] și va avea grijă să controleze urina în cazul folosirii diureticelor mercuriale, acestea fiind contraindicate în leziuni renale [diuretice reduc masa sîngelui circulant și edemele].	
7.6. Reducerea masei sîngelui circulant se poate face prin așezarea membrului inferior în umghi drept față de corp, reducînd astfel fluxul sîngelui venos spre inimă și în acest fel, ușurîndu-se munca acesteia.	
7.7. Oxigenoterapia asigură mult starea bolnavului.	
8. Educația sanitară.	8.1. Se înmărește bolnavului asupra noului ritm de viață după externare: — să ducă o viață ordonată evitînd suprasolicitară; — să alterneze munca intelectuală cu cea fizică; — să respecte regimul dietetic; — să consume alimente în mese mici și dese [5 ori pe zi]; — să reducă sarea, alcoolul, cafeaua, tutunul; — îmbolnăvirile respiratorii se vor trata imediat, orice neglijență agravează starea bolii de inimă.

FIȘA 4.4. ÎNGRIJIREA BOLNAVIILOR CU INSUFICIENȚĂ RESPIRATORIE

Insuficiență respiratorie = incapacitatea plămînilor de a face față schimbărilor normale de gaze, în condiții de repaus și efort.

Cauzele insuficienței respiratorii acute: pot fi de origine bronhopulmonară și extrapulmonară.

Cauzele bronhopulmonare: stenoze funcționale și organice ale căilor aeriene superioare [laringe, trahee], corpi străini, edem Quincke, laringite acute, cripă difteric, neoplazme, bronhioleolite de aspirație [se produce în urma regurgitării în căile aeriene de lichid gastric și particule de alimente], crize de astm, reducerea înfină a cîmpului respirator [pneumotorax spontan, pleurizie masivă, pneumonie și bronhopneumonie gravă, emfizem pulmonar], B.P.O.C. [bronhopneumopatie obstructivă cronică] acutizată.

Cauzele extrapulmonare: alterarea funcției centrului respirator [intoxicație cu barbiturice, opiacee], afecțiuni sangvine și metabolice care perturbă transportul și utilizarea tisulară a oxigenului [anemii, blocaje ale hemoglobinei], cauze cardiovasculare, afecțiuni spastice ale mușchilor respiratori, afecțiuni nervoase, come etc.

Semnele, determinate de hipoxie și hipercapnee, se traduc prin: dispnee, cianoză, tahicardie, însoțite de neliniște, agitație, iar apoi prin stare subcomatoasă.

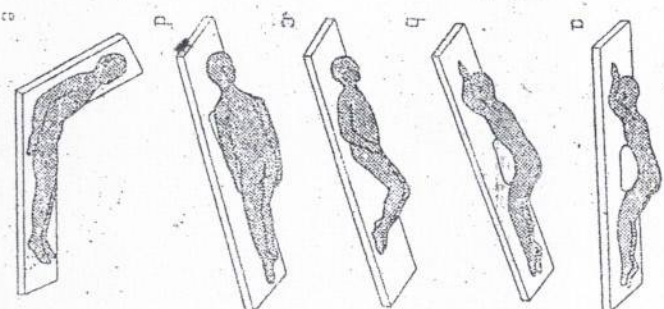
În orice formă de insuficiență respiratorie acută gravă fără etiopatogeneză cunoscută, se aplică de regulă, în urgențe, unele măsuri terapeutice generale.

4.4.1. CONDUITA DE URGENȚĂ

Materiale necesare: pentru cazurile susceptibile să se complice cu o insuficiență respiratorie pulmonară sora va avea pregătite: aparatul de aspirație, de oxigenoterapie, trusa pentru intubație laringiană, laringoscopie și misculat de hidrocortizon, moflin etc., aparate pentru respirație artificială.

Obiective	Măsuri de realizare
1. Permeabilizarea căilor respiratorii în obstrucțiile supragloțice.	Obstrucțiile supragloțice se controlează vizual și se combat prin manevrele cunoscute: 1.1. Așezarea bolnavului în decubit dorsal cu capul în hiperextensie. 1.2. Împingerea anterioară a mandibulei și susținerea ei. [Această manevră împreună cu hiperextensia capului îndepărtează pericoul de obstrucție prin lunecarea posterioară a limbii, la bolnavii înconștienți]. 1.3. Curățirea orofaringelui de secreții sau de vărsături cu ajutorul degetelor înfășurate în tifon, cu tamponare sau aspirarea secrețiilor faringiene. 1.4. Dacă sora își dă seama că nu se permeabilizează căile respiratorii, se aplică lovituri (de cîteva ori) în regiunea interscapulovertebrală a bolnavului și se continuă încercările de scoatere a corpiilor străini prin introducerea degetelor în cavitatea buco-faringiană a bolnavului.

Trusă specială de îngrijire a bolnavilor

Obiective	Măsuri de realizare
2. Permeabilizarea căilor respiratorii în obstrucțiile subglotice.	1.5. Tracțiunea limbii se face cu mijloace improvizate sau pensă adecvată. 1.6. Se efectuează intubație orofaringiană cu canula Guedel, care, plasată în cavitatea bucofaringiană, împiedică de asemenea înlocuirea posterioră a limbii. În obstrucțiile subglotice [secreții traheobronșice], dacă actul deglutiției este tulburat sau la bolnavii inconștienți, deobstruarea se face prin așezarea bolnavului în poziție de drenaj postural. 2.1. Sora așază bolnavul în decubit ventral sau lateral, cu capul mai jos față de trunchi. Într-o parte [drenaajul postural în decubit dorsal este greu de suportat]. 2.2. La bolnavii așezați în decubit ventral se poate introduce în regiunea inghinală un suport format din pernă sau sul de pături; prin acesta se mărește eficacitatea drenaajului; poziția corpului va fi schimbată la intervale de 20—30 minute (fig. 47).  Fig. 47. Drenaj postural, timp de 20—30 minute bolnavul se așază succesiv în următoarele poziții: a — decubit ventral cu perna sub abdomen; b — aceeași poziție cu patul înclinat cu 20°; c — decubit dorsal cu patul înclinat cu 20°; d — decubit lateral drept (apoi stîng) cu patul înclinat; e — poziție semiclinat.

Obiective	Măsuri de realizare
3. Oxigenoterapia. Se utilizează în toate formele de insuficiență respiratorie acută.	2.3. Secrețiile care nu se elimină prin drenaj postural vor fi extrase [aspirate] cu seringă Guyon, trompă de vid, aspirator electric, aspirator de oxigen. În saloanele de terapie intensivă aspirațiile sînt acționate central. Aspirarea se face totdeauna cu instrumente perfect sterile. 2.4. În obstrucția căilor respiratorii cu alimente sau alți corpi străini se mai recomandă apăsarea diafragmului de jos în sus, astfel încît acesta, ca un piston, să împingă aerul existent în bronhi și trahee, favorizînd astfel eliminarea corpiilor străini. 2.5. Obstrucțiile subglotice se mai combat, în cazul bolnavului conștient, prin provocare de tuse artificială, după ce secrețiile bronșice au fost fluidificate cu medicamente. 2.6. În obstrucțiile laringo-traheale severe se practică intubație orotraheală sau traheostomie, după care se face aspirația secrețiilor cu unul din aparatele amintite, la care se racordează sondele de aspirație. Notă. În unele cazuri, sediul și natura obstrucției se determină prin laringoscopie sau bronhoscopie. Pentru efectuarea lor sora va pregăti de urgență materialul și instrumentarul necesar. 3.1. Să se asigure că în prealabil au fost deobstruate căile aeriene [condiție ca oxigenoterapia să fie eficientă]. 3.2. Să se asigure sonde nazale sterile [metoda de administrare prin sondă nazală este cea mai utilizată și este o metodă eficientă]. 3.3. Să se asigure umidificarea oxigenului [2/3 apă și 1/3 alcool etilic]. 3.4. Sora va introduce sonda nazală pînă în faringe [o lungime egală distanței care separă nasul de lobul urechii]. 3.5. Se verifică debitul [16—18 l/minuț]. 3.6. Sora trebuie să știe că oxigenoterapia irațională, prea îndelungată sau concentrată poate duce la efecte nedorite.
4. Respirația artificială.	4.1. După asigurarea permeabilității căii bucofaringiene sora medicală verifică dacă bolnavul are sau nu respirație spontană [observă mișcările cutiei toracice, apropiere urechea și obrazul de gura bolnavului pentru a sesiza mișcarea aerului].

Obiective	Măsuri de realizare
4.2. Dacă bolnavul nu are respirație spontană, se trece imediat la respirație artificială, folosind metoda „gură la gură”, „gură la nas”, trusa de ventilație tip Rubin sau dispozitiv de respirație artificială cu burduf, acționat manual.	4.2. Dacă bolnavul nu are respirație spontană, se trece imediat la respirație artificială, folosind metoda „gură la gură”, „gură la nas”, trusa de ventilație tip Rubin sau dispozitiv de respirație artificială cu burduf, acționat manual.
	Notă. Aceste metode se folosesc la dantelul bolnavului, în timpul transportului la spital, în camera de gardă a serviciilor ambulatorii sau spitalicești și la garda de instituirea ventilației [respirației artificiale] mecanice.
4.3. Respirația artificială mecanică [respirația asistată] se efectuează cu ajutorul aparatelor care acționează fie reducând presiunea atmosferică în jurul toracei [plămâni de ocl ori cuitră], fie crescând presiunea în căile aeriene.	4.3. Respirația artificială mecanică [respirația asistată] se efectuează cu ajutorul aparatelor care acționează fie reducând presiunea atmosferică în jurul toracei [plămâni de ocl ori cuitră], fie crescând presiunea în căile aeriene.
	Aceste aparate se folosesc la bolnavii intubați traheal sau traheostomizați.
	Notă. Sora va avea grijă să prevină funcționarea defectuoasă a aparatelor, să prevină unele incidente sau accidente care pot apărea [deconectarea sau oprirea aparatului din lipsă de curent electric, obscurarea sondei cu dopuri de secreții, sînge].
5. Măsuri terapeuice etiopatogenice.	5.1. Scoaterea din mediu, respirație artificială, oxigenoterapie — în insuficiențele respiratorii apărute în condiții de aer viciat.
	5.2. Trănatment [la indicația medicului] cu hemiscinat de hidrocorizon [100—300 mg] intravenos în perfuzie = în edem laringian alergic, laringite edematoase, intoxicație cu corozive, bronhoalveolită de deglutiție etc. Se pot adăuga calciu clorat i.v., calciu gluconic [sol. 20% — 10—20 ml i.v.].
	5.3. Bronhodilatatoare în spasmul bronhiolilor.
	5.4. Ser antidifteric în croup difteric.
	5.5. Spasmolitice în cazul spasmului glotic.
	5.6. Evacuarea prin puncție a colecțiilor de lichide în revărsate pleurale.
	5.7. Evacuarea aerului în pneumotorax.
	Atenție! Pe lângă tratamentele etiologice indicate de medic, sora se va îngriji de linișirea bolnavului, așezarea lui în poziție comodă, eventual semizeindă, va crea atmosferă umedă [vas

Obiective	Măsuri de realizare
6. Supravegherea și îngrijirea bolnavilor spitalizați.	6.1. Sora va urmări în permanență respirația, expectorația, culoarea feței, transpirația sau uscăciunea pielii și mucoaselor, pulsul, T.A., temperatura, diureza, scaunul, pe care le notează în foaia de tratament.
	6.2. Bolnavul, fiind în repaus obligatoriu la pat, va fi servit cu plosca, se vor asigura zilnic îngrijiri igienice.
	6.3. După trecerea crizei se asigură alimentarea bolnavului pe gură [dacă deglutiția este intactă] cu lichide]. Dacă bolnavul nu poate înghiți, alimentarea se face prin sondă sau va fi alimentat și hidratat parenteral.
	6.4. Bolnavii vor fi schimbati dintr-o poziție în alta din 20 în 20 de minute. Mobilizarea bolnavilor și întoarcerea lor, pe lângă prevenirea escarelor, asigură drenarea secrețiilor și previne formarea atelectaziilor.
	6.5. Se provoacă tuse prin tapetaj toracic și se îndeamnă bolnavul să tușască din 10 în 10 minute.
	6.6. Sora va asigura aerisirea salonului, atmosferă caldă și cu umiditate normală, va avea grijă ca bolnavul să nu răcească.

FIȘA 4.5. ÎNGRIJIRI SPECIALE ÎN BOLILE APARATULUI RESPIRATOR

Bolnavii cu afecțiuni pulmonare necesită o îngrijire unitară, dar și îngrijiri speciale în funcție de varietatea cazurilor și de caracterul bolii. Astfel, unele dintre bolile aparatului respirator au caracter infecțios [pneumoniile, abcesul pulmonar, gangrena pulmonară, tuberculoza pulmonară], ceea ce implică sarcini în plus; altele au evoluție cronică [emfizemul pulmonar, pneumoatozele, t.b.c., scleroza pulmonară, cancerul pulmonar], iar în unele afecțiuni pot apărea pusee acute, care reprezintă urgențe ale aparatului respirator [criza de astm bronșic, edemul pulmonar acut, embolia pulmonară, hemothorax, pneumotoraxul spontan, B.P.O.C. ac. = bronhopneumonia obstructivă cronică acutizată].

Obiective	Măsuri de realizare
1. Asigurarea condițiilor de spitalizare.	1.1. Saloane luminoase, bine aerisite, fără curenți de aer, suficient încălzire (18—20°); în cazul bolnavilor cu afecțiuni bronșice inflamatorii temperatura salonului va fi mai ridicată și umidificată. 1.2. Sora va asigura aerisirea care poate fi continuă, dacă temperatura aerului o permite sau împăcătează aerul de mai multe ori pe zi prin deschiderea ferestrelor; bolnavii vor fi bine înveliți pentru a nu răci. 1.3. Sora va avea grijă să se evite măturații uscul, se folosesc aspiratoarele de praf sau ștergerea umedă. 1.4. Repartizarea bolnavilor: cei cu îmbolnăviri cu caracter infecțios vor fi internați în saloane separate. 1.5. Psihoterapia este un mijloc terapeutic foarte important mai ales în cazul crizelor cu tablouri dramatice care pun în pericol viața bolnavului. 1.6. Sora trebuie să țină cont că bolile cronice tulbură echilibrul psihic al bolnavilor; se pretinde o preocupare și față de psihicul lor. Bolnavilor cronici cu o durată mai lungă de spitalizare, îi se vor asigura un climat propice (radiofonic, televizor, cărți); saloanele trebuie transferate în adevărate căminuri, cu „atmosferă caldă” unde bolnavii să se simtă bine.
2. Alimentația.	2.1. Va fi adaptată perioadei de evoluție a bolii: regimul hidrozaharat în perioadele febrile; cînd febrilele acute dispar, se trece la o alimentație hipercalorică. 2.2. Se evită supraalimentația și regimul bogat în grăsimi; se interzic tutunul și alcoolul.
3. Supravegherea funcțiilor vitale și combaterea simptomelor majore de boală.	3.1. Se măsoară zilnic, pulsul, respirația și diureza și se notează în foaia de observație. 3.2. Se măsoară temperatura, urmărindu-se evoluția febrei (se combatе prin tratamentul general de către medic). 3.3. În pusee febrile se aplică comprese reci sau împachetări reci ale trunchiului (v. „Tehnici de îngrijire generală a bolnavilor” — cap. 14). 3.5. Durerea toracică (junghi) se combatе prin aplicații locale calde, analgezice, o fiolă Mialgin i.m. de 2—3 ori pe zi (Atenție la tensiunea arterială!).

Obiective	Măsuri de realizare
4. Particularitățile de îngrijire a bolnavilor cu criză de astm bronșic.	3.4. Dispneea și cianoza necesită oxigenoterapie (6 l./minut). 3.5. Tusea, fiind chinuitoare și dureroasă în faza de cruditate (incipientă), se combatе cu preparate de codină (Codonal, Tusomag); în faza a doua, fiind necesară permeabilizarea căilor respiratorii prin eliminarea expectorației, se recomandă bolnavilor să tusească de mai multe ori pe zi. 3.6. Pentru ușurarea eliminării expectorației, se administrează fluidifiante ale secreției bronșice (sirop expectorant, Bisolvon, Bronhexin). 3.7. În accesele de tuse astmatiformă se administrează bronhodilatatoare spasmolitice (Miofilin, Efedrină, Hemisuccinat de cortizon). 3.8. În infecții bronșice se administrează antibiotice (antibioticul, doza și ritmul sînt prescrise de medic).
4.1. Bolnavul va fi adus în poziție șezîndă, eventual la marginea patului, însă sprînjindu-l în poziția cea mai comodă cu ajutorul anexelor patului sau cu ajutorul brațelor.	4.2. Se anunță medicul, iar pînă la venirea lui, se șterge bolnavul de transpirație; se pregătesc medicamentele uzuale de urgență: — bronhodilatator: miofilin (fiolă și tablete); — antialergic: H.H.C. (fiolă); — cardiotonic: strofantină sau digităla; — diuretic: furosilid sau furosemid — fiolă; — sedative: diazepam, romergan etc. 4.3. Oxigenoterapie. 4.4. În cazuri de gravitate extremă, bolnavul se conectează la aparatul de respirat. 4.5. Sora va sfătui bolnavul (cum să prevină noi crize de astm: evitarea emoțiilor, stărilor de tensiune, surmenajului fizic și intelectual, evitarea expunerii la frig, umezeală, atmosferă poluată, a alimentelor posibili alergizante [ouă, ciocolată, fructe, căpsune, conserve]).
SOIU VASILE DEPARTAMENTUL DE OBSTETRICĂ ȘI GINECOLOGIE SECTIA DE OBSTETRICĂ ȘI GINECOLOGIE 265814	

Obiective	Măsuri de realizare
5. Particularităţi de îngrijire în edem pulmonar.	tegumentele sînt palide acoperite de transpiraţie; bradicardie. În <i>astm cardiac</i> dispneea este polipneică, predominant inspiratorie, tahicardie. Criza poate evolua sub o formă mai gravă: edem pulmonar cînd sufocarea se agravează, cianoză, expectoraţie rozee, sputuoasă. 5.1. Se asigură poziţia semişezîndă, pe scaun sau pe marginea patului, cu picioarele aîrînd. 5.2. Se captează expectoraţia şi se curăţă gura bolnavului. 5.3. Oxigenoterapia — 16—18 l/minut barbotat prin alcool diluat: 2/3 apă şi 1/3 alcool. Atenţie! Sonda va fi suficient înfundată în lumen egală cu distanţa dintre nas şi lobul urechii. 5.4. Aerosoli de alcool etilic şi bronhodilatatoare. 5.5. Aspiratia căilor respiratorii superioare. 5.6. Săderea circulaţiei de întoarcere prin emisie rapidă de sînge 300—500 ml (la indicaţia medicului şi exceptînd cazurile de şoc, infarct miocardic). Pentru aceasta sora alege o venă turgescenţă. Dacă sîngerarea nu este posibilă, se face aplicarea garourilor la rădăcina a trei membre, fără compresunea arterelor. Din 10 în 10 minute unul din garouri se schimbă la al patrulea membru. Scoaterea garoului se face progresiv. 5.7. Se pregătesc medicamente: morfina 0,01—0,02 g intramuscular sau i.v. Atenţie! Morfina nu se administrează în edemul pulmonar de origine extracardiacă sau în caz de dubiu de astm bronşic; — tonocardiac [vezi insuficienţa cardiacă]; — diuretice cu acţiune rapidă: furosemid 20—80 mg (1 fioală = 20 mg) intravenos; — hemisuccinat de hidroclorizol; 5.8. În cazuri foarte grave se fac intubaţie şi respiraţie asistată.
6. Particularităţi de îngrijire în embolia pulmonară.	6.1. Sora imobilizează bolnavul în decubit dorsal şi anunţă imediat medicul. Notă. Este foarte important ca sora să ştie că embolia pulmonară (obstrucţia arterei pulmonare sau a unei ramuri a acesteia) se traduce clinic printr-un jăugă toracic, accentuat de mişcările respiratorii, însoţit de tahipnee, respiraţie superficială, tuse seacă, febră sau chiar stare de şoc, fenomene pe care le relatează de urgenţă medicului.

Obiective	Măsuri de realizare
7. Particularităţi de îngrijire în hemoptizii.	6.2. Oxigenoterapie intermitentă — 14—16 l/minut. 6.3. Sora pregăteşte medicamente pentru combaterea durerii, tusei; pentru tratament trombolitic [streptokinază] şi anticoagulant [heparină]; pregăteşte material necesar pentru perfuzii. 7.1. Linişteşte şi aşază bolnavul în poziţie semişezîndă; se anunţă medicul. 7.2. Se prezintă medicului singule colectat într-un vas. 7.3. Se interzice vorbirea, se recomandă respiraţia pe nas, lentă şi profundă. 7.4. Se dă bolnavului să ingere lichide reci în cantităţi mici şi repetate. 7.5. Se aplică pungă cu gheaţă pe regiunea sternală sau a zonei presupusă sîngerîndă. 7.6. Camera va fi bine aerisită, cu temperatură moderată. 7.7. Bolnavul va fi cît mai puţin posibil perturbat de cei din jur, cu examinări minime [puls, T.A., temperatură]. 7.8. Se combatе tusea cu Codenal [2—4 tablete], dionină sau Calmotusin [10—12 picături la 2 ore interval]. <i>Nu se dau expectorante!</i> 7.9. Soluţii hipertionice i.v. [NaCl 10% — 10—20 ml; sol. glucoză 40% = 40—50 ml] sau o infuză de sare la un pahar de apă per os. 7.10. În hemoptiziile abundente se poate face legătura celor patru membre pentru a se diminua întoarcerea venoasă [20—30 minute de mai multe ori în cursul zilei; nu se va abuza: se pot produce tromboze]. 7.11. Sora pregăteşte medicaţia hemostatică: clorură de calciu i.v., vit. C i.m. sau i.v., clauden, coagulen, venostat, adrenoastazin 1—2—4 fiole/zi, novocaină i.v., vasopresin. 7.12. Transfuzii mici de sînge proaspăt. 7.13. În cazuri excepţionale se încearcă realizarea unui emfizem subcutanat pe faţa anterioară a hemitoracei, prin introducerea a 400—600 ml aer sau oxigen cu o seringă de 20 ml. 7.14. Igiena corporală, schimbarea bolnavului se vor face reducînd la minimum mobilizarea bolnavului; va fi servit la pat cu urinar şi bazinet. 7.15. Alimentaţia în primele zile se reduce la lichide reci, limonadă, lapte, sirop, compot.

Obiective	Măsuri de realizare
8. Particularităţi de îngrijire în pneumotoraxul spontan.	8.1. Bolnavul este aşezat în poziţie semişezândă, repaus complet, inclusiv vocal. 8.2. Se va calma durerea [algecalmin, plegomavin, fortal şi excepţional opaneel]. 8.3. Se calmează lusea [codeină, diomid]. 8.4. Oxigenoterapie. 8.5. Puncţia şi exudaţia se recomandă în pneumotorax cu supapă. În cazurile de pneumotorax de gravitate medie se evită exudaţia, aşteptându-se resorbţia spontană a aerului.
9. Particularităţi de îngrijire în bronhopneumonia cronică obstructivă (B.P.O.C.)	Bolnavul purtător al unui B.P.O.C. (cu bronşită cronică, emfizem, astm bronşic) prezintă o insuficienţă respiratorie cronică, care datorită unor supraîncălziri bronşice, declanşează pusee acute de insuficienţă respiratorie. Măsurile care se iau urmăresc: 9.1. Combaterea hipoxemiei prin oxigenoterapie care se administrează cu prudenţă 1/2—1 l/minut. 9.2. Combaterea obstrucţiei prin aspiraţie bronşică sau chiar respiraţie asistată după traheostomie. 9.3. Combaterea inflamaţiei cu antibiotice, corticoidi, a hipersecreţiei cu bisolvon, bromhexin, combaterea spasmului [miofilin].

FIŞA 4.6. ÎNGRIJIREA BOLNAVILOR CU VĂRSĂTURI

- Vărsăturile survin în numeroase şi variate afecţiuni; pot apărea în imbolnăviri ale aparatului digestiv, precum şi în imbolnăviri extradigestive.
- Boile în care pot apărea vărsăturile şi care constituie urgenţe chirurgicale sau medicale sînt:
- abdomenul acut [epididimită acută, colecistită acută, pancreatită acută, ocluzie intestinală, ulcer perforat, peritonită];
 - edemul cerebral şi hipertensiunea intracraniană cauzate de: encefalopatia hipertensivă, hemoragii şi tromboze cerebrale, abces cerebral, tumori cerebrale, encefalite, meningite. [În aceste cazuri apar vărsături de origine cerebrală = nu sînt precedate de greaţă şi se produc fără eforturi.]
 - infarctul miocardic;
 - intoxicaţiile acute;
 - infecţiile acute.
- Boile cronice care pot produce vărsături sînt:
- boile cronice gastro-intestinale, hepatobilinare, pancreatice;
 - insuficienţa renală şi numeroase alte boli.

Uneori, vărsăturile domină tabloul clinic şi reprezintă prin sine o stare de urgenţă datorită efectului lor asupra organismului: deshidratare şi demineralizare cu perturbarea echilibrului hidroelectrolitic şi acido-bazic.

Gravitatea vărsăturilor se apreciază după asocierea lor cu următoarele simptome şi semne: stare generală alterată, tegumente şi mucoase uscate, tahiturburi nervoase [somnolenţă, convulsii, comă].

Măsurile terapeutice au eficienţă maximă dacă se adresează bolii de bază care a cauzat vărsăturile.

Sora medicală poate fi de folos în precizarea diagnosticului etiologic dacă urmăreşte şi relatează medicului simptomatologia care premerge sau însoţeşte vărsăturile.

4.6.1. CONDUTA DE URGENŢĂ [în ambulator]

Obiective	Măsuri de realizare
1. Prevenirea deshidratării şi altor complicaţii (pînă la internarea în spital).	În cazuri grave primele măsuri trebuie instituite în ambulator. 1.1. Sora medicală nu va părăsi bolnavul în timpul vărsăturilor şi-l va linişti din punct de vedere psihic. 1.2. Sora va ajuta bolnavul în timpul vărsăturii [vezi conduita în spital]. 1.3. Se va păstra produsul eliminat într-o tăviţă renală pentru a-l arăta medicului [la nevoie se va trimite la laborator pentru analiză]. 1.4. La indicaţia medicului va aplica măsurile adresate bolii de bază şi va institui o perfuzie cu ser fiziologic. 1.5. Va administra medicamente pentru combaterea simptomatice a vărsăturilor, de preferinţă înjec-tate sau supozitoare. Atenţie! În cazul stării de şoc, conduita va fi cea expusă la îngrijirea bolnavilor şocaţi. 1.6. Pentru internare în spital sora pregăteşte bolnavul aşezându-l în poziţie semişezândă [dacă starea bolnavului permite]; va avea grijă să se consenteze în biletul de trimitere măsurile terapeutice de prim ajutor aplicate ambulator.

4.6.2. ÎNGRIJIRILE ACORDATE ÎN SPITAL

Material necesar: muşama, traversă, tăviţă renală, servet pentru gură, beţar cu apă pentru clătirea gurii, tamponare, material necesar pentru perfuzie, pentru reechilibrarea hidroelectrolitică, material pentru spălturi gastrice, pen-ne aspiratie gastrică.

Obiective	Măsuri de realizare
1. Îngrijirea bolnavilor în timpul vărsăturilor.	1.1. Bolnavii cu grețuri și vărsături vor fi amplasați în camere bine aerisite și, dacă este posibil, vor fi izolați cu un paravan de restul satonului. 1.2. Poziția bolnavului [dacă-i permite starea], va fi semișezând sau șezând. Dacă bolnavul nu poate fi ridicat în pat, va fi așezat în poziție de decubit, cu capul într-o parte, aproape de marginea patului dorsal. 1.3. Sora protejează lenjeria cu o mușama și traversa. În funcție de poziția bolnavului, mușama și traversa se fixează de gâtul bolnavului aflat în poziție șezând sau se fixează sub cap și șit, în cazul poziției de decubit. 1.4. Sora va îndepărta protezele dentare dacă există. 1.5. Când apare vărsătura, sora va ține ea însăși cu o mână tăvița renală sub gură și lăbrie, iar cu cealaltă va susține fruntea bolnavului. 1.6. Pentru a atenua greața, sora va sfătui bolnavul să inspire profund.
2. Prevenirea unor incidente sau accidente.	2.1. Plăgile operatorii — dacă există — se protejează prin compresii cu mână în timpul eforturilor de vărsătură, de către soră sau de către bolnav. 2.2. La bolnavi înconștienți vărsăturile devin periculoase prin posibilitatea de aspirație a conținutului gastric. Pentru prevenire sora va întoarce capul bolnavului în partea stângă. La nevoie se va aspira conținutul stomacal prin sondă gastrică sau se va face aspirație gastrică continuă. 2.3. Dacă conținutul stomacului a pătruns în căile respiratorii, sora va face imediat aspirația accesivă și va așeza bolnavul în poziție de drenaj postural. 2.4. Dacă vărsăturile sint cauzate de ingestia unor substanțe toxice sau din cauza unei stenoze pilorice, se face spăltură gastrică.
3. Îngrijirea bolnavilor după terminarea vărsăturilor.	3.1. Sora medicală îndepărtează tăvița renală folosită, dar se păstrează conținutul ei în caz de nevoie. 3.2. Se șterge gura bolnavului cu un servet și se servește o altă tăviță renală curată [nu este voie să se ofere aceeași tăviță renală de două ori fără a fi spălată]. 3.3. Bolnavului i se dă un pahar cu apă pentru a-și clăti gura. 3.4. Se așază bolnavul în repaus; va fi liniștit din punct de vedere psihic.

Obiective	Măsuri de realizare
4. Aplicarea tratamentului medicamentos.	4.1. Pe lângă tratamentul etiologic sora pregătește medicamente și pentru combaterea simptomelor de vărsături. Acestea pot fi: — plegomazin [fiolă a 25 mg] în injecții i.m., 3—4 fiole pe zi; — clordelazin [1 drajeu = 25 mg]; — cunctinal [drajeuri a 5 mg sau supozitoare]; — lorecan [1 fiolă subcutanată, i.m. sau i.v. sau drajeuri 1—3 pe zi]; — reglan [fiolă 1—2/zi sau comprimate (1/2—1 de trei ori pe zi)]; — papaverină [fiolă s.c., i.m. sau i.v. 1cmt în 5—10 min în soluție glucozată]; — atropină [fiolă a 1 mg, 1—3 fiole/zi s.c.]; — scobutil [3—4 comprimate sau supozitoare sau fiole (1—3/zi injecții i.m. sau i.v.)]. Atenție! Nu se combat vărsăturile din intoxicații și toxinfecții alimentare.
5. Alimentația și corectarea tulburărilor hidroelectrolitice.	5.1. Se suspendă alimentația pe gură; ea se va face la început parental cu perfuzii cu glucoză, care pot fi de 5%/o, 10%/o, 20%/o, 33%/o, 40%/o; hidroizolate de proteine și amestecuri de aminoacizi [Mact-Bolnavii cu vărsături nu pot fi alimentați prin sondă!] 5.2. Rehidratarea per os se va începe treptat cu cantități mici de lichide reci (oferite cu linguriță):

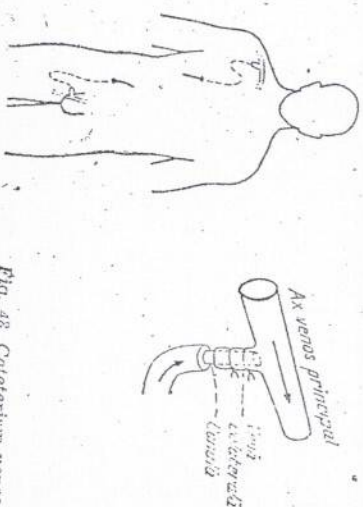


Fig. 48. Cătelectism venos.

Obiective	Măsuri de realizare
6. Recoltarea produselor biologice.	6.1. Sora recoltează sînge pentru examinări de laborator: rezerva alcalină, ionogramă, hematocrit uremie. Rezultatele de laborator pot pune în evidență modificările caracteristice: hemoc concentrația, hiposodemia, hipocloremia, hipopotasemia, alcaloză metabolică. 6.2. La nevoie se recoltează vărsăturile.
7. Urmărirea funcțiilor vitale și vegetative.	7.1. Se măsoară temperatura, pulsul, T.A. și se notează în foaia de temperatură. În cazuri grave de șoc hipovolemie se adoptă conduita specifică. 7.2. Se observă vărsăturile (numărul, cantitatea, aspectul). 7.3. Urina — se urmărește cantitatea (bolnavul deshidratat poate fi oliguric). 7.4. Se observă scaunul (numărul, aspectul). Frecvență vărsăturile sînt asociate cu diaree. Atenție! Sora va ține o strică evidentă a pierderilor de lichide (prin vărsături, urină, diaree) la care se adaugă cantitatea de aproximativ 800-1500 ml, reprezentînd pierderile prin respirație și perspirație.

FIȘA 4.7. ÎNGRIJIRILE BOLNAVIILOR CU DIAREE

Diareea poate apărea singură sau însoțește vărsăturile. Diareele acute constituie urgențe datorită tulburărilor hidroelectrolitice și ale echilibrului acido-bazic, mai ales dacă sînt asociate și cu vărsături. Bolnavul deshidratat prin diaree prezintă aceleași simptome și semne deosebite la vărsături. În cazul bolnavilor din ambulator în stare gravă, pînă la internare în spital, se impun aceleași măsuri urgente de prevenire a deshidratației și în cazul vărsăturilor (perfuzie cu ser fiziologic și terapie de urgență a bolii de bază. Rolul sorei este să administreze tratamentul prescris de medic.

Pentru îngrijirea în spital a bolnavilor cu diaree, sora va avea pregătite: Materiale necesare: mușama, aleze (traverse), ploscă, material necesar pentru toaleta regiunii anale, pentru recoltarea probelor de sînge și materii fecale, pentru perfuzie, pentru echilibrarea hidroelectrolitică, paravan, pătură, termofoare, material pentru hemocultură și coprocultură.

Obiective	Măsuri de realizare
1. Pregătirea condițiilor de îngrijire.	1.1. Bolnavul va fi plasat într-o rezervă sau izolat de restul salonului cu un paravan. 1.2. Patul se acoperă cu mușama și traversă. 1.3. În caz de incontinență de materii fecale se va așeza sub bolnav o ploscă pneumatică de cauciuc care se va schimba periodic. 1.4. Sora pregătește un număr suficient de aleze și comprese pentru a le avea la dispoziție.
2. Supravegherea tranzitului intestinal și a igienei locale.	2.1. Dacă numărul scaunelor este mic și starea bolnavului este bună, acesta va fi însoțit de înfrumieră la toaletă. 2.2. Numărul scaunelor poate ajunge la 10—20 pe zi, însoțite și de dureri (în holici) poate ajunge la peste 100, epuizînd rapid forțele bolnavului. De aceea bolnavul trebuie servit cu plosca la pat. [Este bine să se lucreze cu două plosci pentru a se putea rezerva timp suficient pentru curățirea ploscilor]. 2.3. Sora notează numărul și caracterul scaunelor în foaia de temperatură. 2.4. Pentru analiza de fecale, unele emisii vor fi captate în bazinet. 2.5. Se recomandă ca bolnavilor cu incontinență de fecale sau cu diaree intensă, să li se așeze între picioare comprese uscate care să acopere regiunea anală, pentru ca materiile fecale să nu se împrăștie pe suprafața patului. Schimbarea acestora ca și a alezelor se face ori de cîte ori este nevoie. 2.6. Toaleta anusului se face de mai multe ori pe zi și se dezinfectează cu acid boric 2—3‰. Atenție! Sora va efectua îngrijirile acestor bolnavi cu multă înțelegere, bunăvoință și răbdare avînd în permanentă grijă de a le menaja pudorarea și îi va liniști din punct de vedere psihic. (vezi îngrijirea bolnavilor cu vărsături).
3. Recoltarea probelor hidroelectrolitice.	3.1. În diaree, rehidratarea se poate face pe cale orală, completată cu perfuzii intravenoase. Se ur-

Obiective	Măsuri de realizare
recoltarea de produse biologice și umărarea funcțiilor vitale și vegetative.	3.2. În caz de infecții se recoltează sânge pentru hemocultură și scaun pentru coprocultură.
4. Asigurarea repausului și menținerea temperaturii constante.	4.1. Repausul la pat se impune în cazurile cu stare generală alterată. 4.2. Diareea intensă duce la mari pierderi de energie calorică. Bolnavii vor fi încălziți cu termifoare, păături, pernă electrică pe abdomen.
5. Asigurarea alimentației.	5.1. Alimentația constă în primele 24—48 de ore din dietă hidrică. Sora va servi bolnavul cu ceai rehidratant (mucilagină, carne, alune sau mușcel), supă indusă (mucilagină, carne, alune sau mușcel), more crudă de morcov strecurată, zeamă de orez, more crudă de morcov strecurată, zeamă de carne slabă de rașe (dacă bolnavul tolerează). 5.2. Treptat se introduc cantități mici de carne slabă fiartă, butură de vacă, piine albă prăjită, supe strecurate de legume cu paste făinoase, ouă fierte, mol. 5.3. După 4—5 zile se ajunge la o alimentație mai completă. Atenție! Se interzic pentru o perioadă de timp laptele, dulciurile concentrate, legumele bogate în celuloză, grăsimile prăjite, conservele, condimentele, ciocolata.
6. Tratament medicamentos.	6.1. Sora pregătește medicamentele pe care, la indicația medicului, le administrează. Pentru tratament simptomatic, acestea pot fi: — preparate de bismut, calciu carbonat, spasmolitice (atropină, papaverină, scopolamină) în diaree; — opiacee se administrează numai în diaree severe și numai pentru o perioadă scurtă, după ce s-au epuizat alte mijloace terapeutice. Pentru tratament antimicrobian: sulfamidul (ftalsulfamidol 8—12 comprimate pe zi), antibiotic (ftalsulfamidol 8—12 comprimate pe zi), antibiotice (streptomycină, tetraciclină) sau derivați ai nitrofuranului (furazolidin 4X1 comprimate pe zi, saprosan 3X1 drajeu/zi și fermenti digestivi).

FIȘA 4.8. ÎNGRIJIREA BOLNAVILOR CU HEMORAGII DIGESTIVE

Hemoragiile digestive superioare [H.D.S.] pot fi secundare unei afecțiuni digestive sau reprezintă manifestarea unei boli generale.

H.D.S. se pot exterioriza prin vărsături (hematemeză) și/sau prin scaun (melena). Sângele eliminat din stomac (în hematemeză) este brun închiș, asemănător zăului de cafea, eventual amestecat cu resturi alimentare; sângele eliminat prin intestin (în melena) este negru ca păcura, fiind digerat pe parcurs de sucurile digestive (melena apare când sîngerarea este mai mare de 100 g). Menționăm că atât în hematemeză cât și în melena, culoarea sîngelui poate fi și roșie deschisă dacă hemoragia este fulgerătoare și masivă.

Cauzele H.D.S. Ulcerul cronic gastric și duodenal reprezintă cauza principală și cea mai frecventă [80% din cazuri] a hemoragiilor digestive superioare. Alte cauze: tumori benigne și maligne ale tubului digestiv [esofag, stomac, jejun, gastrectomie, enterite, hipertensiune portală de diverse cauze (ciroză hepatică, tromboză a unei porte etc.)].

Cauze generale: boli ale vaselor, boli de sânge (sindroame hemoragice etc.).
Simptomele și semnele de anemie pot precede sau însoți hematemeză și melena. În hemoragiile mici, bolnavii prezintă o stare de slăbiciune, amețeli, paloare, transpirații, tahicardie. În hemoragiile mari, bolnavul prezintă anxietate, sete accentuată, transpirații reci, extremități reci, puls mic și rapid, lipotimie, tensiune arterială scăzută până la colaps.

Pentru diagnosticul de certitudine al hematemeză și al melenei se vor exclude hemoptizia, epistaxisul, hemoragia mucoasei bucale (sânge înghițit și apoi eliminat sub formă de vărsături sangvinolente); hemoragii digestive inferioare (anorectoragii) manifestate prin scaune sangvinolente; modificări de culoare ale scaunului datorită unor medicamente [pe bază de bismut, fier, cărbuni] sau alimente [dine].

Semnele H.D.S. ca și primele măsuri terapeutice trebuie cunoscute de sora medicală.

Regulă generală: în orice hemoragie digestivă internarea în spital este obligatorie, de obicei într-un serviciu chirurgical.

Obiective	Măsuri de realizare
1. Asigurarea repausului.	1.1. Repaus strict la pat în decubit dorsal, fără pernă în hemoragiile masive — în poziție Trendelenburg, pentru menținerea unei circulații cerebrale adecvate. 1.2. Se interzice orice efort fizic [efortul fizic poate accentua hemoragia sau poate agrava tabloul clinic]. 1.3. Sora va liniști bolnavii și aparținătorii, recomandându-le calm și convingându-i în același timp de necesitatea repausului.

Obiective	Măsuri de realizare
2. Supravegherea funcțiilor vitale și aprecierea clinică a gravității.	2.1. Sora va urmări și nota pulsul, T.A., diureza (în hemoragiile masive urmărirea se va face din oră în oră). 2.2. Se va aprecia gravitatea: — după cantitatea de sînge pierdută (hemoragie masivă — pierderi de 1 500—2 000 ml sînge; de gravitate medie — pierderi de sînge de 500—1 500 ml; hemoragie ușoară — pierderi de 50—250 ml sînge); — după modul cum s-a produs hemoragia (rapiditatea pierderii, brutal, repetat, moderat).
3. Aplicarea măsurilor terapeutice.	În afară de grija pentru repaus strict la pat al bolnavului, sora va aplica măsurile indicate de medic. 3.1. Aplică punga cu gheață în regiunea epigastriacă. 3.2. Pregătește sînge izogrup, izoRh și instalează transfuzia de sînge. 3.3. Administrează (în cazul că se asociază medicație hemostatică [CaCl₂, gluconat de calciu, vitamina K, C, venostat, trombină, adrenostazin]). 3.4. Instalează perfuzie cu substituenți: Macrodex [dextran 70], rhocomacrodex [dextran 40]. În lipsă de soluție macromoleculară se poate perfuza ser fiziologic sau glucoză, dar acestea au acțiune mai slabă pentru refacerea volumiei. 3.5. Pregătește și administrează, în cazurile indicate, sedative (fenobarbital, diazepam) pentru calmarea stării de agitație. 3.6. Uneori se recomandă aspirație gastrică pentru evacuarea sîngelui, întrucît hemoragia se oprește mai ușor dacă stomacul este colabab. În plus, evacuarea stomacului, oprind grețurile și vărsăturile, îl pune în repaus și favorizează hemostaza. 3.7. Se pot efectua în scop hemostatic și spălaturi [refrigerație gastrică prin lavaj continuu] cu apă de la gheață. (Sora va avea pregătît material steril necesar efectuării tubajului gastric).

Obiective	Măsuri de realizare
4. Examinări de laborator.	4.1. Se recoltează sînge pentru determinarea hematocritului, numărul hematiilor, hemoglobină (hemogramă). 4.2. Se recoltează scaun pentru a-1 trimite la laborator în vederea punerii în evidență a sîngelui din materiile fecale [reacția Adler]. 4.3. În cazuri grave (stări de șoc) se determină azotemia, ionograma, rezerva alcalină, teste de coagulare. În clinicile mari se face și determinarea volumului sanguin cu metoda izotopice.
5. Alimentația.	5.1. Se suprimează alimentația pe gură, bolnavul putînd primi numai lichide reci cu îngurita și bucățele de gheață, în prima zi. Eventual, lapte rece în cantități mici [20—30 ml], din oră în oră. 5.2. În funcție de evoluție, a doua zi de la sîngerare sînt permise 12—14 mese compuse din 150—200 ml lapte, regim hidrozaharat. 5.3. Începînd cu a 3-a zi regimul se îmbogățește, adăugîndu-se supe mucilaginoase, grîs cu lapte, pireuri de legume, budinci, creme, ou moale, carne slabă de vită sau pasăre, legume fierte, fructe crude, ajungîndu-se în cîteva zile [5—7] la o rație calorică de 1 500—2 000 calorii.
6. Particularități terapeutice.	6.1. Cînd hemoragia este produsă de ruptura varicelor esofagiene, se introduc în esofag, pentru 24—36 ore, sonde speciale cu balonaș esofagian compresiv [tip Sengstaken-Blackmore]. 6.2. Uneori se recomandă evacuarea sîngelui din intestin prin clisme, efectuîndu-se apoi și lavaj intestinal (în special, în ciroze hepatice pentru prevenirea encefalopatiei portale). 6.3. În gasterile hemoragice se administrează pensamente gastrice amestecate cu trombină uscată sterilă.

În cazul în care hemoragia nu cedează sau se repetă după încercarea metodelor terapeutice descrise, se recurge la intervenția chirurgicală.

FIȘA 4.9. ÎNGRIJIREA BOLNAVILOR CU BOLI HEPATO-BILIARE

Interrelațiile funcționale ale ficatului cu căile biliare, etiopatologia adesea comună a celor două grupe de afecțiuni necesită ca îngrijirea bolnavilor cu afec-

tiuni hepatice sau biliare să se facă împreună, având multe elemente comune de tehnică terapeutică care interesează și munca sori.

Sora nu trebuie să uite că simptomatologia hepato-biliară poate ascunde adesea o boală infecțioasă, care prezintă pericol de contagiозitate și după vindecarea aparentă sau reală a bolii inițiale; de aceea, în munca de îngrijire a bolnavului, va respecta foarte riguros normele de prevenire a răspândirii infecțiilor.

Majoritatea îmbolnăvirilor ficatului [hepatite acute, cronice, ciroze hepatice] neglijate în mod corespunzător evoluează spre insuficiență hepatică. Aceasta poate să se instaleze brusc sau subacut. Tulburările de metabolism din cursul stărilor de insuficiență hepatică favorizează invadarea organismului de substanțe toxice care acționează asupra sistemului nervos central. De aceea, afecțiunile hepato-biliare sînt însoțite de modificări psihice ca tulburări de somn care în cazuri grave pot duce la somnolență, obnubilare și comă. Tulburările psihice sînt prezente și în afecțiunile căilor biliare manifestate sub formă de anxietate și depresie.

Dintre bolile hepato-biliare, insuficiența hepatică acută și colecistita acută constituie urgențe medicale sau medico-chirurgicale și de aceea este obligatorie internarea bolnavului de urgență în spital.

Îngrijirea generală a bolnavilor cu insuficiență hepatică acută este identică cu a bolnavilor inconștienți [comatoși], cu unele particularități legate de restabilirea funcțiilor ficatului.

Colecistita acută avînd ca simptom principal durerea abdominală, poate fi confundată cu alte afecțiuni abdominale sau extraabdominale, de aceea sora va informa medicul despre toate semnele asociate [greauri, vărsături, frisoane, febră, respirație] observate de ea, ajutînd astfel la stabilirea diagnosticului.

4.9.1. ÎNGRIJIREA BOLNAVIILOR CU COLECISTITA ACUTĂ

Obiective	Măsuri de realizare
1. Combaterea durerii și recoltarea singelui pentru examene de laborator.	1.1. Sora nu va administra bolnavului nici un calmant fără indicația medicului pentru a nu masca evoluția acută a unei alte boli sau o perforație. 1.2. Se va încerca liniștirea bolnavului prin punghă cu gheață pe abdomen; poate să-i administreze ceai slab, ceai de mușețel sau de sunătoare. 1.3. Pregătește materialul necesar sterili pentru puncția venoasă în vederea administrării de medicamente și recoltarea de sînge pentru laborator [leucocitoză, V.S.H., bilirubinemie, probe hepatice]. 1.4. Pregătește medicamente analgezice, antispastice, antibiotice: — mialgin 100—150 mg la interval de 6—8 ore care are avantajul de a nu produce spasmul musculaturii netede; — aligocalmîn (3—4 fiole pe zi); — scobutli compus (2—3 fiole);

Obiective

Măsuri de realizare

2. Pregătirea bolnavului și materialului pentru alte intervenții.	2.1. Se va pregăti bolnavul și materialul necesar pentru examen radiologic [colecistografie și co-examinări se va recurge după retrocedarea tabloului acut; ele sînt utile pentru diagnosticul diferențial cu colecistita litiazică, cu pancreatita acută].
	— papaverină (2—4 fiole în 24 ore); — sulfat de atropină 0,5 mg subcutanat de 2—3 ori pe zi; — antibiotice [ampicilină i.v., tetracilină = Solivoclin i.v.]. Atenție! Nu se administrează morfină, deoarece accentuează spasmul căilor biliare.

4.9.2. ÎNGRIJIRI GENERALE ACORDATE BOLNAVIILOR HEPATO-BILIARI

Obiective	Măsuri de realizare
1. Asigurarea repausului fizic și psihic.	1.1. În perioada acută a bolilor hepatice, bolnavii trebuie convinși de soră să respecte repausul absolut fizic și psihic, pentru că activitatea psihică sau fizică precoce poate provoca recidive sau agravări nerecuperabile [nu se vor ridica din pat zilnică de părăsire a patului, vor respecta durata sau studii mai dificile]. 1.2. Poziția cea mai bună care asigură o bună irigare a ficatului este decubitul dorsal. În cirozele ascipozitia cea mai comodă [dictată de volumul as-citei]. În pancreatita acută, bolnavul așezat în decubit dorsal trebuie ferit de orice mișcare activă sau pasivă. În colica biliară hepatică, bolnavii iau poziții bizare — „cocoș de pușcă”; își relaxează astfel presa abdominală.
2. Asigurarea alimentației.	2.1. Fractionată în doze mici, dese, pentru a favoriza drenajul biliar permanent.

Obiective	Măsuri de realizare
2.2. În perioada acută a hepatitelor, regimul de crutare a ficatului este fără grăsimi și alimente me- teorizante; se dă regim bogat în litiții de carbon și vitamine; proteinele se vor da progresiv. [Bein- ză de vaci, carne fiartă, grătar]; se admit grăsi- rile vegetale și untul; se interzic băuturile al- coolice, condimentele, alimentele greu digerabile.	2.3. În ciroze, același regim hiposodat.
2.4. În afecțiunile biliare, se vor evita alimentele me- teorizante, grăsimile animale, ouăle etc. Se ad- mit făinoase, budinci, carne albă.	
3. Supravegherea bolnavului și efectuarea recoltărilor.	3.1. Se urmăresc temperatura, culoarea sclerelor și a tegumentelor [icterizarea sau desictierizarea], pruritul, culoarea scaunelor, culoarea și cantita- tea urinei, edemele, modificările de comporta- ment, aportul de lichide, greutatea corporală.
	3.2. Sora recoltează produsele biologice pentru exa- minări de laborator: — efectuează sondeaje exploratoare sau terapeu- tice; — pregătește bolnavul și materialele necesare pentru examenul radiologic, al vezicii și al căilor biliare, puncție abdominală, puncție biopsică a ficatului, laparoscopie.
4. Administrarea medicației și alte manopere terapeutice.	4.1. La indicația medicului se pregătesc și se admi- nistrează medicamente: — antispastice [beladonă, scopolin], papaverină, lizadon, novocaină 1%/; antiemetice [emetral, clordelazin, plegomazin]; coleretice [Colebil, Bol- docolîn, Angitrol], cu acțiune de drenaj și anti- septic al căilor biliare, enzime de substituție [Triferment etc.]; — în ciroze: cortizonice, diuretice, vitamine B, C, E, antianemice, extracte de ficat, factori lipo- troici [Mecopar], hepatoprotectoare.
	4.2. Hidratarea se face oral, însă în unele forme de boală se face prin perfuzii glucozate, tamponate cu insulină [pentru 5 g de glucoză cte o unitate insulină].
	4.3. Pentru corectarea deficienței proteice se pot face perfuzii de plasmă.
	4.4. În terapia bolilor hepato-biliare se utilizează des- aplicatii calde [mai rar și aplicatii reci] care im- bunățesc circulația vezicii și căilor biliare.

Obiective	Măsuri de realizare
5. Asigurarea igienei bolnavului și prevenirea infecțiilor.	5.1. Bolnavii cu ciroză hepatică sînt foarte sensibili la infecții; nu vor fi așezați în saloane cu bolnavi cu angine, stafilococi cutanate, infecții pulmo- nare.
	5.2. Pielea edematiată este mai sensibilă, necesită multă atenție la igiena corporală.
	5.3. Unghiile bolnavilor trebuie tăiate scurt pentru a evita lezarea și infectarea tegumentelor cu ocazia gratarelor în caz de prurit.
	5.4. Toaleta cavității bucale se va efectua cu mare atenție fiindcă bolnavii se plîng de gust amar în gură.
	5.5. Faptul că bolile hepato-biliare pot fi de etiolo- gie infecțioasă, sora va ține cînt de noimele de prevenire a infecțiilor intraspitalicești, respec- tînd cu strictețe măsurile de asepse și antise- sie în efectuarea tuturor manopercilor.
6. Educația sanitară.	6.1. Sora trebuie să explice bolnavului în tot timpul spitalizării și la externare, pericolul nerespectării unor măsuri de prevenire a recăderilor și com- plicațiilor: 1. respectarea odihnei; 2. respectarea regimului dietetic; 3. interzicerea consumului de alcool și alte toxine.

FIȘA 4.10. ÎNGRIJIREA BOLNAVIILOR CU SONDA A DEMEURE

Instaurarea unei sonde uretrale a demeuze [permanență] se practică în ca- zul în care micțiunea devine imposibilă [adică bolnavul nu-și poate golî vezica]. De exemplu, în: retenția acută sau cronică de urină; intervenții chirurgicale asupra vezicii urinare și ale prostatei; stricțiuni ale uretrei; histerectomie pe cale vaginală; intervenții chirurgicale pe perineu; paraplegii; come; la arși pen- tru a măsura diureza orară.

Sondele folosite pentru drenaj vezical continuu sînt cele autostatice [cu balonș de tip Foley sau se vor folosi sondele Pezzer].

În caz de nevoie se poate folosi și alt tip de sondă, cu obligativitatea fixării ei la organele genitale externe.

Pregătirea materialului [ca la sonda]:

- sondă din cauciuc sau material plastic [din cele enumerate];
- în plus un mandren metalic, stilet butonat, o sondă canelată sau un instrument rotunjit [un Hegar] în cazul folosirii sondei Pezzer sau Malecot. [În cazul folosirii sondei Foley nu-i nevoie de mandren].
- leucoplast, ace, comprese, pentru fixarea sondei.

Instalarea și pregătirea bolnavilor [ca la sonde].
O dată sonda instalată, ea poate reprezenta o sursă de infecție, din acest motiv precauțiile de asepsie sînt majore.

Obiective	Măsuri de realizare
1. Menajarea psihicului bolnavului.	1.1. Sora va manifesta multă înțelegere și răbdare cu acești bolnavi, pentru că pot avea complexe de inferioritate datorită infirmității lor. Se va răspunde prompt la solicitările lor.
2. Prevenirea infecțiilor.	2.1. Toate manevrele se vor efectua în condiții de asepsie [Atenție la spălarea și dezinfectarea mînilor cu alcool sau soluție antiseptică]. 2.2. Sonda poate fi astupată cu dop sterili sau deschisă într-un urinar steril. 2.3. Dacă sonda se astupă cu dop sterili sora va trebui să desțupe sonda la intervale regulate de 1-3 ore, ziua și noaptea, pentru a recolta urina într-un vas gradat. 2.4. Manevrarea se face apucînd sonda cu vîrfu! degetelor, de la extremitatea liberă [se poate face și aseptizarea sondei cu alcool]. 2.5. Dacă sonda este deschisă într-un urinar, acesta trebuie să fie steril (fig. 49).

Fig. 49. Spălatura vezicală la femeie cu sonda à demeure:
a — poziția sondei în vezica urinară;
b — introducerea lichidului (dreg, la) — tipuri de clemre pentru închiderea sondei.

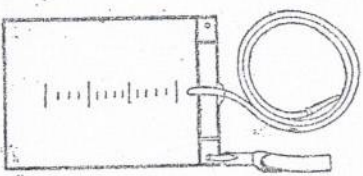


Fig. 50. Pungă colectoră (altă material plastic) sterilă pentru urină și secreții.

Obiective	Măsuri de realizare
3. Supravegherea bunei funcționări a sondei.	3.1. Sora va supraveghea ca sonda să nu alunece din urinar. 3.2. Fixează sonda cu leucoplast. 3.3. Urmește și se asigură dacă scurgerea urinei se face corect. 3.4. Supraveghează în mod regulat umplerea urinarului sau borcanului. 3.5. Urmește ca urinarul să nu comprime regiunile din jur [penis, coapse], deoarece există pericol de escare.
Atenție! Procedeu! Procedeu! Procedeu!	2.6. Sora va asigura toaleta organelor genitale de două ori pe zi. 2.7. În caz de spălături vezicale, pregătește material necesar steril și ajută medicul. 2.8. Întreține curățirea și sterilizarea tuturor tuburilor și borcanelor folosite. 2.9. Avertizează medicul la timp pentru a schimba sonda [la nevoie]; cu această ocazie, uretra este lăsată în repaus două ore.

FIȘA 4.11. ÎNGRIJIREA BOLNAVIILOR CU INSUFICIENȚĂ RENALĂ ACUTĂ (I.R.A.) ȘI CRONICĂ (I.R.C.)

Insuficiență renală acută = suprimarea bruscă a funcțiilor renale, cu repercusiuni clinice generale, umorale și urinare.
În acest caz, rinichiul nu poate excreta urina în cantitate și concentrație corespunzătoare, iar produsele rezultate din metabolism, rămîn în sânge și produc autointoxicații.

Cauze prelevate (în care agenții etiologici acționează indirect asupra rinichilor prin reducerea fluxului sanguin renal, cu ischemie renală consecutivă și oprirea secreției de urină):
— stări de șoc: hipovolemice, hemoragice, traumatice, obstetricale, infarct miocardic, abdomen acut etc.

etc. — în stări de deshidratare [vărsături, diaree, transpirații abundente].
 — insuficiență periferică acută: septicemii, avort septic, șoc anafilactic

Cauze renale (în care agenții etiologici acționează direct asupra parenchimului renal — tubi, glomeruli, vase sangvine, interstiții —, producând leziuni anatomice):

— necroze tubulare determinate de toate cauzele care produc insuficiența prerenală expuse mai sus; de hemoliză intravasculară [transfuzia cu sânge incompatibil]; șoc prelungit; anșuri grave; nefrotoxine [substanțe chimice, medicamentale];

— boli renale parenchimatoase (glomerulonefrite de etiologie poststreptococcică, nefrită interstițială);

— boli vasculare ale rinichinelui [ocluzia arterei renale = infarct renal, ocluzia venei renale].

Cauze postrenale (I.R.A. se produce consecutiv unui obstacol mecanic pe căile excretorii):

— calculoză ureterală bilaterală;

— hipertrofie de prostată;

— tumori de vecinătate afectând ambele uretere;

— procese ureterale inflamatorii etc.

Semnificativ. Semnul esențial al I.R.A. este oliguria, până la anurie. Există însă cazuri când diureza este păstrată, fiind însă deficitară din punct de vedere calitativ [hipostenurie, azostenurie].

Paralel apar oboseală, stare de rău general, cefalee, vărsături, meteorism, limbă „arsă”, halenă amoniacală, sughiț, diaree, dispnee, tahipnee, respirație Kussmaul sau Cheyne-Stokes, diateză hemoragică, somnolență, agitație psihomotorie, convulsii, stări confuzive, comă în forme foarte grave.

Semne de laborator:

— retenție de substanțe azotate; creșterea ureei sanguine, creatinina acidului uric;

— apar acidoză renală; R.A. [rezervă alcalină] scade;

— apar tulburări hidroelectrolitice: crește potasiul, scad sodiul și calciul; — în urină: albuminurie, hematurie, cilindruții, leucocituri — în funcție de etiologie.

4.1.1. ÎNGRIJIREA BOLNAVULUI CU INSUFICIENȚA RENALĂ ACUTĂ (I.R.A.)

Sora medicală trebuie să știe cauzele care pot determina insuficiența renală acută și semnele de manifestare, pentru a putea colabora cu medicul în acordarea îngrijirilor corecte.

Obiective	Măsuri de realizat
1. Asigurarea condițiilor de îngrijire și asigurarea igienei bolnavului.	1.1. Sora va avea în vedere măsurile care se iau în toate cazurile grave [vezi bolnavi inconștienți, șoc, comă etc.]. 1.2. Va asigura două pături de lină cu care va acoperi bolnavul și va încălzi patul în prealabil cu termofoare.

Obiective Măsuri de realizare

1.3. Îngrijirile igienice [vezi șoc, bolnavi inconștienți, comatoși].
 Bolnavul cu insuficiență renală acută (I.R.A.) este mai susceptibil la infecții și deci necesită precauții mai mari în privința igienei și curățeniei.

2. Supravegherea bolnavului.

2.1. Sora va vizita bolnavul cit mai des, chiar fără solicitare.

2.2. Va urmări și nota manifestările patologice [hemoragii, manifestări de comportament, contracții sau convulsii etc.] și le va raporta imediat medicului.

2.3. Eliminările de lichide [urină, scaun, vărsături] le va nota volumetric.

Recoltarea urinei la bolnavii agitați sau în comă se va face eventual printr-o sondă vezicală permanentă [sepsie riguroasă].

Atenție! Evidența exactă a diurezei este baza de pornire a tratamentului și criteriul de orientare a medicului.

2.4. Sora va determina densitatea fiecărei emisii de urină, notând rezultatul în foaie.

2.5. Va urmări pulsul, T.A., respirația, temperatura.

2.6. În caz de constipație sora va face bolnavului o clismă evacuatorie.

3. Recoltarea probelor de laborator.

3.1. Sora va recolta sânge pentru determinarea ureei, a creatininei, a rezervei alcaline, pHi-ului sanguin, a clorurii și a potasiului, a hematocritului.

3.2. Va recolta urină pentru analizele obișnuite și dozarea ureei urinare.

4. Corectarea echilibrului hidroelectrolitic.

4.1. Se va urmări și nota (cu foarte mare exactitate!) cantitatea de lichide pierdute [urină, vărsături, diaree, aspirații gastroduodenale etc. și se vor administra lichide, câte 50—60 ml pentru fiecare grad de febră, deoarece cantitatea de lichide admistrată în 24 de ore este în funcție de pierderi, la care se adaugă 400—500 ml.

4.2. La calcularea aportului de lichide se vor lua în considerare lichidele ingerate din băuturi sau alimente, perfuzie, clisme hidratante (inclusiv apa formată din țesuturile proprii — apa endogenă).

4.3. Pentru a preveni hiperhidratarea se controlează zilnic greutatea corporală [la nevoie bolnavul va fi cântărit împreună cu patul].

Obiective	Măsuri de realizare
5. Împiedicarea acumulării produşilor azotaţi în cazul anuriei şi asigurarea regimului dietetic.	5.1. Pentru a diminua retenţia de produşi azotaţi şi catabolismul proteic se va asigura un regim alimentar bogat în glucide [250—300 g] şi lipide [100—150 g] care să asigure un aport caloric de 2 000 cal/zi. Regimul va consta din: orez, fiert sub formă de piure, paste făinoase, unt, untdelemn, biscuiţi, zahăr. Se exclud: pinea, lactatele, ouăle, carnea, peştele, alimentele cu conţinut mare de potasiu: fructe uscate, sucuri de fructe. 5.2. Dacă bolnavul nu poate înghiţi sau vomită, sora va alimenta bolnavul prin sondă. 5.3. În caz de comă sau precomă, se va administra 40—50% glucoză 50% i.v. Ritmul de perfuzie nu trebuie să depăşească 0,4 g glucoză/kg corp/oră. Dieta va fi suplimentată cu vitamine.
6. Restabilirea diurezei în cazul oliguriei şi tratamentul anuriei	6.1. Pentru restabilirea diurezei sora va administra la indicaţia medicului Manitol [50—80 ml în sol 20%, în 8—10 minute] şi Furosemid [150 mg i.v. din 3 în 3 ore timp de 12 ore]. Atenţie! Diureticele se administrează numai după corectarea volemiei. Sora nu trebuie să acţioneze independent în administrarea medicamentelor. 6.2. Sora va urmări şi va nota dacă se reia sau dacă se produce o creştere a diurezei. Se consideră tratamentul eficient numai dacă se produce o diureză de 40 ml/oră.

Obiective	Măsuri de realizare
7. Îngrijirile care privesc manifestările supradăugate.	7.1. Sora va avea pregătite medicamente pentru combaterea simptomatice a vărsăturilor, diareei, constipaţiei etc. 7.2. În vărsături rebelе se va goli stomacul prin sondă şi se va face spăltură stomacală, eliminându-se o cantitate de substanţe azotate din organism [ureca se elimină şi prin mucusul gastric]. 7.3. Diareile, dacă nu sînt prea masive, nu vor fi oprite [şi în acest fel se elimină o cantitate de substanţe azotate]. 7.4. În caz de hiperkalemie, sora va avea pregătite următoarele medicamente: calciu gluconic 10% 2—3%, 10—50 ml; sol. glucoză hipertonică asociată cu glucoză [1 U la 2—3 g glucoză]. 7.5. În caz de acidoză, cînd rezerva alcalină scade la 15 mEq/l, iar pH-ul sub 7,25, se face corectarea acesteia prin administrarea de bicarbonat de sodiu 14 la ml, 200—300 ml/zi sub control permanent al pH-ului. 7.6. Complicaţiile cardiovasculare [insuficienţă cardiacă, edem pulmonar, H.T.A., tulburări de ritm], respiratorii, complicaţiile infecţioase se previn printr-o supraveghere permanentă a bolnavului, printr-o administrare judicioasă a lichidelor.
8. Îndepărtarea produselor de catabolism; „epuraţie extrarenală”.	8.1. Cînd tratamentul obişnuit a rămas ineficient se utilizează dializa cu ajutorul căreia se pot elimina în excesul de compuşi azotaţi, de apă şi electroliţi.

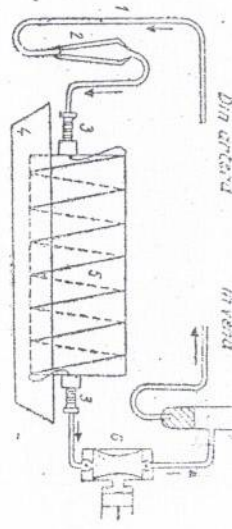
4.11.2. DIALIZA [EPURAREA] EXTRARENALĂ

Metodele de epuraţie extrarenală folosesc: membrane naturale [peritoneu, stomac, intestin, plămîni], membrane artificiale [celofan, răşini schimbătoare de ioni] şi înălcuirea parţială a mediului intern [exsangvinotransfuzie]. În practică se folosesc mai des două procedee: hemodializa şi dializa peritoneală.

Hemodializa sau rinichiul artificial

Este cea mai eficientă metodă de epurare extrarenală; epurează singele în afara organismului, utilizînd pentru dializă membrană de celofan sau cuprofan. Pentru acest scop există mai multe tipuri de aparate: aparate cu membrană dializantă în formă de tub [Kolf-Merrill] (fig. 51), aparate cu membrană înfîşată între două plăci din material plastic şi rinichi cu fibre capilare.

Fig. 31. Schema rinichizului artificial:
1 — tubul din material plastic prin care se evacuează sângele din arteră;
2 — debitometrul; 3 — piesă mobilă;
4 — valve pe lichid dializant;
5 — cilindrul pe care este înfășurat tubul de celofan; 6 — pompă manuală; 7 — tub de transport a sângelui.



Elementul esențial al rinichizului artificial este membrana dializantă. Aceasta permite schimburile de substanță între sânge și lichidul dializant. Prin mijlocul hemodializei se bazează pe epurarea extracorporală a sângelui introdus în aparat (prin intermediul tubului dializant racordat la o arteră) și care circulează în mod continuu în interiorul tubului (membranei dializante sau în tuburile auxiliare) în contact cu membrana dializantă, față de anumite soluții saline, după care este reintrodus în organism printr-o venă. În exteriorul membranei dializante (tuburilor) circulează lichidul dializant.

Etape de execuție	Timpi de execuție
1. Pregătirea aparatului și materialelor.	1.1. Sora pregătește aparatul pentru executarea hemodializei [după o prealabilă sterilizare a tuburilor, pieselor și sticlăriei]. 1.2. Pregătește soluția dializantă formată din clorură de sodiu, clorură de calciu, bicarbonat de sodiu și glucoză, realizând un mediu ușor hipertonic. Cantitatea care se folosește o dată este în funcție de tipul de aparat (poate fi chiar 100 l). 1.3. Se pregătesc 500 ml sânge izogrup proaspăt. 1.4. Instrumente și materiale pentru anestezic local și descoperirea chirurgicală a vaselor la care se leagă aparatul (de obicei se folosesc artera radială și o venă a antebrațului respectiv). 1.5. Canulă arterială și venoasă din plastic, trusă de urgență, aparat de T.A.
2. Pregătirea bolnavului.	2.1. Se face pregătirea psihică a bolnavului, ducând starea generală o permie și i se administrează un calmant. 2.2. Înainte de începerea intervenției sora va recolta sânge pentru determinarea ureei, a creatininei, a clorului, a sodiului, a potasiului și a rezervei alcaline, hemogramă, hematocritului. 2.3. Bolnavul este așezat într-un pat-balanță [se cîntărește în timpul hemodializei] comod, deosebit de sedința durează 6—8 ore. Capul și toracele vor fi ușor ridicate, iar membrele inferioare fixate în poziții accesibile denudării vaselor.

Etape de execuție	Timpi de execuție
3. Efectuarea tehnicii.	3.1. Se umple tubul de celofan cu sânge proaspăt conservat. 3.2. Se pregătește cimpul operator și se servește medicul pentru descoperirea chirurgicală a arterei și a venei. 3.3. Medicul fixează canulele respective. 3.4. Se racordează tubulatura aparatului la cele două canule. 3.5. Se dă drumul la sângele arterial al bolnavului în aparat. Pe măsură ce sângele bolnavului pătrunde în aparat, sângele conservat din tubul de celofan intră în vena bolnavului. Viteza optimă de scurgere a sângelui prin aparat este de 100—150 ml/minut.
4. Rolul serei în timpul sedinței de hemodializă.	4.1. Sora controlează din 15 în 15 min: pulsul, T.A., temperatura, respirația. 4.2. Urmește comportamentul bolnavului. 4.3. Din oră în oră recoltează sânge pentru determinarea hematocritului [pericol de hiperhidratare, sau hemoliză]. 4.4. Administrează [la indicația medicului] mici cantități de heparină și antibiotice. 4.5. Urmește funcționalitatea aparatului, pentru că pot apărea o serie de incidente [ruperea membranei, scăderea debitului de sânge, coagularea sângelui în aparat]. 4.6. Schimbă lichidul de dializă din două în două ore.

Printr-o sedință de hemodializă se pot elimina din organism 60—110 g uree. Rinichizul artificial poate fi utilizat și pentru eliminarea din organism a substanțelor barbiturice sau alte substanțe medicamentose (în caz de intoxicație). Hemodializa se poate face zilnic sau la două zile. Cîteva sedințe de hemodializă pot refăce funcția renală. Dializa peritoneală Utilizează ca membrană dializantă pentru epurarea sângelui endoteliul seosei peritoneale care are o suprafață de 20 000 cm². Cu ajutorul unui tub se introduce în cavitatea peritoneală lichidul de dializă care, după ce traversează suprafața endoteliului peritoneal, este îndepărtat prin alt tub.	
Etape de execuție	Timpi de execuție
1. Pregătirea instrumentelor și a materialelor.	Toate materialele sînt pregătite steril! 1.1. Douăzeci flacoane de lichid de dializă de cîte 2 l, adaugă heparină pentru evitarea obstrucției ca-

Etape de execuție	Timpi de execuție
	teterului și antibiotice pentru a preveni infecția. 1.2. Trusă de paracentză cu 1—2 trocare, ambale prevăzute cu șiflet ascuțit și mandren bont. 1.3. Materialele necesare pentru anestezie, dezinfectie locală, pansament. 1.4. Două sonde de material plastic lungi de 20 cm care să poată fi introduse prin canula trocarului în cavitatea peritoneală, prevăzute cu orificii laterale la extremitatea care se introduce în abdomen. 1.5. Aparat de perfuzat pentru scurgerea lichidului evacuat, vas colector, de 10—20 l, gradat. 1.7. Aparat pentru încălzirea sau menținerea constantă a lichidului de dializă la temperatura corporală [pernă electrică, baie termostată] sau un vas cu apă fierbinte prin care trece tubul de la aparatul de perfuzie. 1.8. Seringi și medicamente pentru primă urgență în caz de accidente.
2. Pregătirea bolnavului.	2.1. Pentru pregătirea psihică se administrează un calmant. 2.2. Bolnavul își golește vezica urinară. 2.3. I se face o clismă evacuatorie. 2.4. Bolnavul va fi așezat comod în pat, întrecut dializa durează 16—20 ore.
3. Tehnica de lucru.	3.1. Se adaptează aparatul de perfuzii la un flacon [înăsurat în pernă electrică] sau se trece tubul de perfuzie, prelungit în formă de serpentină, prin vasul cu apă fierbinte. Flaconul se fixează la o înălțime de 2 m (fig. 52). 3.2. Se execută (de către medic) paracentza abdominală în fosa iliacă stângă după tehnica cunoscută. 3.3. Prin canula trocarului se introduce sonda de material plastic la care se racordează amboul aparatului de perfuzie și se dă drumul lichidului.

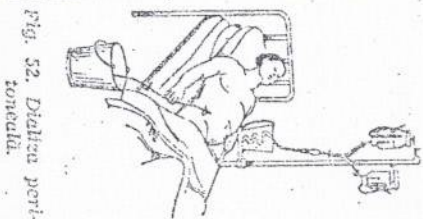


Fig. 52. Dializa peritoneală.

Etape de execuție	Timpi de execuție
4. Rolul sorii în timpul dializei peritoneale.	3.4. Sonda de material plastic împreună cu amboul tubului de perfuzie se fixează de peretele abdomenului cu leucoplast, iar împrejurul locului de pătrundere a tubului în cavitatea peritoneală, se așază o compresă sterilă, învelită într-o soluție dezinfectantă. 3.5. Se fixează debitul de 2—3 l în prima oră. 3.6. După ce s-a adunat în cavitatea peritoneală o cantitate de circa 2 l lichid, se introduce în partea dreaptă, celălalt tub de plastic și se fixează cordăză un tub de scurgere care se introduce în vasul colector. 3.7. După ce a început să se scurgă lichid în vasul colector se reglează ritmul în așa fel încât în cavitatea peritoneală să se mențină 2 l lichid. 4.1. Sora va supraveghea circulația lichidelor de dializă. În caz de dureri abdominale va măsura viteza de administrare. 4.2. Controlează pulsul, temperatura, T.A., respirația. Bolnavul nu va fi părăsit nici un moment!

În acest procedeu se pot elimina 40—60 g uree și alte produse de dezasimilație. Dializa poate fi repetată după 48 ore.

Dializa peritoneală se poate efectua și printr-un alt procedeu: se face o singură paracentză abdominală executată la două laturi de deget sub ombilic pe linia mediană. În acest caz se introduce soluție încălzită la 37° într-una din de 2 l în 30 minute. Lichidul se lasă în peritoneu o oră după care se elimină lent în 30 minute și se introduce apoi alți 2 l.

4.1.3. ÎNGRIJIREA BOLNAVIILOR ÎN STADIUL POLITIC

Insuficiența renală acută poate evolua spre vindecare sau spre cronicizare. În caz de evoluție favorabilă, restabilirea funcțiilor renale se face după 12—14 zile de anurie, după care urmează etapa politurică. Și în această fază de re-luare a diurezei pot să apară complicații [deshidratare, infecții urinare, complicații cardiovasculare etc.], de aceea în îngrijirea bolnavului sora va respecta cu strictețe tratamentul prescris de medic.

Obiective	Măsuri de realizare
1. Evitarea complicațiilor majore	1.1. Sora va urmări diureza, va recolta singe și urină pentru ionograma sanguină și ionograma urinară.

10 - Tehnici speciale de îngrijire a bolnavilor

Obiective	Măsuri de realizare
[deshidratarea, complicații cardiovasculare, infecții etc.]	1.2. Va administra soluțiile prescrise pentru înlocuirea pierderilor [de apă, sare și potasiu]. 1.3. Va recolta sânge pentru determinarea ureei, creatininei plasmatiche, care pot să crească în această fază. În aceste cazuri se face o dializă suplimentară. 1.4. În acest stadiu bolnavii trebuie mobilizați activ pentru prevenirea infecțiilor bronhopulmonare, a emboliei pulmonare și a escarelor. 1.5. Infecția urinară se previne, respectând riguros măsurile de asepsie și acordându-se îngrijiri igienice corespunzătoare.
2. Trezirea progresivă la un regim dietetic.	2.1. Regimul se îmbogățește treptat prin introducerea proteinelor de mare valoare [ouă, lapte, brânză, carne]. 2.2. Creșterea rației calorice [regim ușor hipercaloric, hiperglicidic, normolipidic, hiposodatic]. 2.3. Se introduc alimente bogate în potasiu [sucuri de fructe, sucuri de legume etc.]. 2.4. Când diureza atinge 1—1,5 l bolnavul va putea primi regim normal sărat. 2.5. Bolnavul poate să bea 500—800 ml lichide peste pierderile zilnice. Atenție! Incapacitatea de muncă durează 2—3 luni.

4.1.4. ÎNGRIJIREA BOLNAVIILOR CU INSUFICIENȚA RENALĂ CRONICĂ [I.R.C.]

I.R.C. este o scădere progresivă a capacității funcționale renale, cu retenția în organism a substanțelor toxice rezultate din metabolism și cu evoluția spre uremie terminală. Evoluția poate fi lungă [de ani sau decenii]. Fîind vorba de o îmbolnăvire de lungă durată, bolnavul va trebui să respecte un anumit regim de viață. Boala prezintă un stadiu compensat (cu stare generală bună) și un stadiu decompensat (cînd apar pusee acute). Îngrijirea acestor bolnavi este în funcție de stadiul bolii.

Obiective	Măsuri de realizare
1. Respectarea regimului igienico-dietetic în fază compensată.	1.1. Repaus zilnic (12—14 ore). 1.2. Dietă normocalorică [2 000—3 000 cal/zi], normolipidică, hiperglicidică. 1.3. Proteinele și clorura de sodiu vor fi reduse, dar nu suprimate din alimentație.

Corective	Măsuri de realizare
2. Regimul igienico-dietetic în fază decompensată.	2.1. Bolnavul este spitalizat, îngrijirea este asemănătoare cu cea din insuficiența renală acută [după aceleași principii]. 2.2. Repausul este total. 2.3. Din dietă se reduc proteinele, se elimină sodiul. 2.4. Se acordă îngrijiri igienice [prevenirea escarelor, toaleta gurii cu glicerină boraxată sau apă bicarbonată].

Pentru bolnavii cu I.R.C., hemodializa este indicată atunci cînd nu pot beneficia de regimul dietetic și tratamentul de echilibrare unorială, deoarece funcțiile renale sînt definitiv compromise. Ședințele se fac în clinică, de 2—3 ori pe săptămîină.

FIȘA 4.12. ÎNGRIJIREA BOLNAVIILOR INCONȘTIENȚI ȘI COMATOȘI

În cursul unor categorii de îmbolnăviri, conștiința bolnavilor poate fi tulburată temporar. Astfel deosebim stări ca:

- apatia și stuporea — dezinteres total față de mediu și persoana proprie;
- obnubilarea — bolnavul nu sesizează clar ce se petrece în jurul său;
- somnolența și soporul — bolnavul poate fi trezit, dar adorme imediat;
- coma este definită ca pierderea în diverse grade a stării de conștiință, adică a funcțiilor vieții de relație, cu perturbarea mai mult sau mai puțin profundă a funcțiilor vieții vegetative.

Deosebim:

- *comă ușoară sau vigîlă* — stadiul I — conștiința nu este complet pierdută, reflexele, circulația și respirația sînt normale;
- *comă profundă* — stadiul II — se caracterizează prin pierderea conștiinței, nu mai reacționează la nici un fel de excitanți, reflexele sînt abolite;
- *comă vegetativ* — stadiul III — apar tulburări vegetative [respirației, circulației, mîdriază, colaps, hipotermie];
- *comă depășită* [irreversibilă] — stadiul IV — bolnavul este morțuș în viață numai prin respirație mecanică.

Cauzele comelor sînt foarte variate: accidente vasculare cerebrale, infecții acute, B.P.O.C. acutizat [bronhopneumopatie obstructivă cronică], diabet zaharat, hipoglicemii, boli grave hepatice, renale, infecțioase, endocrine etc.

Indiferent de cauza care a dus la pierderea conștiinței, sora trebuie să ia măsuri tehnice și organizatorice cînd este pusă în fața unui bolnav în stare de inconștiență.

Stabilirea diagnosticului cade în sarcina medicului, dar sora, prin observațiile sale, îi poate da un mare ajutor.

Îngrijirea bolnavilor înconștienți și comatoși cuprinde două categorii de măsuri:

— **măsuri de urgență** — în caz de complicații care-i pun viața în pericol imediat [coma reprezentată în toate cazurile o urgență medicală];

— **măsuri de îngrijiri generale-comune**, indiferent de cauzele care au determinat aceste stări.

4.12.1. MASURI DE URGENȚĂ

Materiale necesare acordării primului ajutor: aspirator de secreții, deschizător de gură, oxigen, pipă Gueddel, mijloc de respirație artificială, aparat de perfuzie, transfuzie, seringi și ac, eprubete, tuburi de cauciuc, sonde, medicamente de urgență și soluții sterile de perfuzie.

Obiective	Măsuri de realizare
1. Eliberarea căilor aeriene superioare la bolnavii cu tulburări respiratorii grave.	1.1. Curățirea cavității buco-faringiene de mucozități și resturi alimentare. 1.2. Așezarea bolnavului în decubit lateral. 1.3. Hiperextensia capului — subluxația anterioară a mandibulei. 1.4. Introducerea pipii Gueddel. Observații. Aceste manevre au drept scop împiedicarea alunecării limbii și lărgirea diametrului antero-posterior al faringelui. Dacă respirația nu se rela se va institui imediat respirația „gură la gură” sau „gură la nas”.
2. Crearea accesului la o venă și instituirea unei perfuzii.	Concomitent cu măsurile de resuscitare respiratorie, este necesară: 2.1. Puncție venoasă sau denudarea venei. 2.2. Instituirea unei perfuzii [soluție de glucoză 5%]. Observații. Crearea accesului la o venă, eventual la ambele brațe, trebuie aplicată în toate momentele profunde, care se pot complica în orice moment cu insuficiență circulatorie periferică. În acest caz putem institui terapia șocului care și-ar putea face apariția.
3. Recoltarea de produse biologice necesare diagnosticului.	3.1. Recoltarea unor eșantioane de sânge pentru determinarea: ureei, glicemiei, hemogramei etc. 3.2. Recoltarea urinei, aspiratului gastric.
4. Aprecierea funcțiilor vitale și vegetative.	4.1. Se urmăresc: respirația, pulsul, T.A., deglutiția, tegumentele, comportamentul bolnavului și se semnalizează medicului.

4.12.2. MASURI DE ÎNGRIJIRI GENERALE

Cînd respirația și circulația sînt stabilite în limitele normale, starea comatoasă poate dura încă 8—10—14 zile sau chiar mai mult. În această perioadă sora va îngriji și îndeplini prescripțiile medicale.

Observații. Viața bolnavilor înconștienți depinde în mare măsură de conștiințabilitatea, tenacitatea și perseverența cu care sora îi va îngriji. Îngrijirea bolnavilor înconștienți, comatoși, trebuie făcută totdeauna cu convingerea fermă că printr-o îngrijire și un tratament conștiințos, susținut și permanent, ei pot fi salvați.

Obiective	Măsuri de realizare
1. Pregătirea condițiilor de îngrijire.	1.1. Se izolează bolnavul într-o rezervă. Temperatura camerei 18—20°. 1.2. Bolnavul va fi ăranțat comod în pat, cu saltea pneumatică compartimentată. Patul va avea apărători laterale, utilaj auxiliar, pentru ca în caz de agitație să nu cadă, să nu se rănească.
2. Asigurarea poziției corespunzătoare.	2.1. Poziția poate fi: în decubit dorsal, fără pernă, cu capul rotit într-o parte pentru a se preveni căderea limbii spre glotă; 2.2. semizecînd, dacă nu există contraindicații; 2.3. de drenaj postural, dacă are secreții, cu picioarele mai ridicate și cu capul întors într-o parte (v. fig. 47); 2.4. în decubit lateral, cu orificiul bucal îndreptat ușor spre suprafața patului; facilitează drenarea secrețiilor din gură. Observație. Dacă bolnavul este agitat, i se vor lega minile.
3. Permeabilizarea căilor respiratorii superioare, asigurarea respirației.	3.1. Sora aspiră secrețiile traheo-bronșice cu aspirator sau seringă Guyon. 3.2. Previne căderea posterioară a limbii pe orificiul glotic [prin poziția capului, pipă Gueddel]. 3.3. La indicația medicului, administrează oxigen. Atenție! Depresunea respiratorie trebuie imediat semnalată medicului.
4. Urmărirea, notarea funcțiilor vitale și a tulburărilor de termoreglare.	4.1. Pulsul, T.A., respirația, temperatura se măsoară la intervale cerute de medic, citeodată de mai multe ori pe oră. 4.2. În caz de hipertermie se va încălzi bolnavul cu termofoare sau sticle cu apă caldă, învelite într-o flanelă sau prosop. Atenție! Să nu se producă arsuri!

Obiective	Măsuri de realizare
4.3. În hiperpirexie — împachetări reci, antipiretice, sub formă de supozitoare. 4.4. Sora va avea grijă să acopere bolnavul, prevenindu-se răceala [bolnavii inconștienți se decelvellesc].	
Urmărirea, măsurarea vătărilor, evacuărilor de urină și fecale.	5.1. În caz de vărsături capul se întoarce într-o parte [se pregătește tăvița renală]. 5.2. Se șterg sau se aspiră din gură resturile alimentare. Atenție! Prin aceasta se previn și bronhopneumoniile de aspirație. 5.3. Urina se determină cantitativ, captându-se în vase gradate. 5.4. În caz de inconștiență se asigură bolnavului urinar [invelit în flanelă] sau bazinet de cauciuc. 5.5. În caz de retenție urinară se aplică un termofor pe regiunea suprapubică [se apasă cu grijă vezica urinară]. 5.6. La indicația medicului se va introduce și fixa sonda vezicală „à demeure”. 5.7. Se face zilnic spălătura pe sondă cu soluție de acid boric 3% încălzit la temperatura de 38°. Atenție! Tehnicile să se execute în condiții rigurose sterile. 5.8. În caz de constipație se face clismă evacuatrice. 5.9. În caz de meteorism se face aspirație gastrică și se introduce un tub de gaze în rect [nu va fi ținut mai mult de două ore, deoarece favorizează apariția escarelor]. 5.10. Sora va semnaliza eventualele modificări ale aspectului scaunului.
6. Asigurarea igienei corporale.	6.1. Bolnavul va fi spălat în fiecare zi complet [pe segmente]. 6.2. Se va face toaleta parțială ori de câte ori s-a murdărit. La femei toaleta genitală se va face de mai multe ori pe zi. 6.3. După spălare se fricționează cu spirit mentolat. Atenție! Foarte materialele folosite trebuie să fie de o curățenie exemplară și perfect sterile.
7. Igiena cavității bucale.	7.1. Se îndepărtează proteza. 7.2. Dimineața și seara se face toaleta gurii cu un tampon de vată înmuiat în soluție de acid boric 1% sau mușetel.

Obiective	Măsuri de realizare
8. Prevenirea uscării cornel.	8.1. Se spală ochii cu acid boric 4%, ceai de mușetel. 8.2. Se acoperă ochii cu cite o compresă înmuiată în aceeași soluție sau ser fiziologic. 8.3. Se va instila în sacii conjunctivali cite o picătură de vitamină A de 2—3 ori pe zi.
9. Asigurarea igienii părului.	9.1. Femeile vor fi pieptănate zilnic. 9.2. Se va spăla părul la 1—2 săptămâni.
10. Prevenirea escarelor.	10.1. Bolnavii vor fi întorși din oră în oră, pe rînd, în decubit dorsal, lateral, stîng și drept. 10.2. Se vor folosi și colaci de cauciuc înveliți în flanelă. 10.3. Cearsăful va fi absolut curat și ținut, uscat. 10.4. Se îndepărtează eventualele resturi de alimente. 10.5. Lenjeria de corp trebuie să nu prezinte cutic, să fie schimbată ori de câte ori s-a udat sau murdărit. 10.6. Se pudrează pielea bolnavului cu pudră de talc.
11. Asigurarea alimentației.	11.1. Dacă reflexul de deglutiție se păstrează, bolnavul va fi alimentat pe cale bucală cu lingurița, cu foarte mare atenție [supă caldă, compot, sucuri, fierturi diluate]. 11.2. Dacă nu se păstrează reflexul de deglutiție se va alimenta prin sondă introdusă prin nas sau prin perfuzie (fig. 53). 11.3. Se va face bilanțul hidric prin notarea lichidelor introduse și pierdute.
12. Prevenirea complicațiilor și incidentelor.	12.1. Se va face masajul extremităților și mișcări pasive, pentru prevenirea complicațiilor tromboembolice.

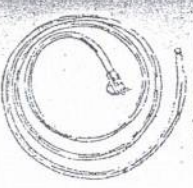


Fig. 53. Sondă din material plastic pentru alimentare pe cale orală sau nazală.

Obiective	Măsuri de realizare
12.2. În caz de convulsii se cârtește patul cu perne sau păături pentru ca bolnavul să nu se rănească.	12.2. Pentru același motiv, bolnavul poate fi imobilizat.
12.3. Pentru același motiv, bolnavul poate fi imobilizat.	12.4. În caz de crize epileptiforme se așază între arcașele dentare o apărătoare de cauciuc sau lemn (învelită în mai multe straturi de tifon).
12.5. În caz de hemiplegii, încă din primele zile, se vor evita pozițiile vicioase ale extremităților paralizate prin mobilizarea pasivă a fiecărei articulații de 3—4 ori pe zi.	
13. Urmărirea altor tulburări care pot apărea în starea de comă.	13.1. Se vor urmări tonusul muscular, dimensiunile pupilei, apariția edemelor, colorația tegumentelor, halena; anunțându-se modificările survenite, medicului.

FIȘA 4.13. ÎNGRIJIREA BOLNAVIILOR ÎN STARE DE ȘOC

Șocul = gravă tulburare funcțională a întregului organism, ca răspuns la acțiunea unui agent agresiv, în urma căreia se instalează anoxia țesuturilor și acumularea produsilor de catabolism. În orice stare de șoc, indiferent de cauză, se produce perturbarea circulației și a proceselor metabolice de la nivelul țesuturilor.

Reducerea irigației țesuturilor și consecințele metabolice ale acesteia, care duc la distrucții celulare, dereglează toate funcțiile organismului. Rezultă că obiectivul principal al tratamentului în șoc este restabilirea irigației nutritive a țesuturilor.

Clasificarea etiologică a șocului este următoarea:

1. șocul hipovolemic poate fi cauzat de pierderile de sânge sau de plasmă [hemoragii, traumatisme, intervenții chirurgicale, arsuri], deshidratare [pierderi de apă și electroliți în cazul vărsăturilor și a diareilor grave];
2. șocul cardio-gen [exemplu: infarctul miocardic, tamponada pericardului, embolia-pulmonară];
3. șocul septic [infecțios] apare în infecții, mai ales cu germeni gram negativi;
4. șocul anafilactic survine după administrarea de seruri sau diverse medicamente pe cale parenterală;
5. șocul neuro-gen apare după dureri intense [cu diverse localizări: traumatisme, craniene, encefali puternice, șoc anestezic.

Apariția șocului poate fi favorizată de: oboseală, insomnie, stare de denutriție, frig, căldură excesivă.

Recunoașterea stării de șoc. Tabloul clinic este polymorf, datorită multiplei etiologii. Bolnavii prezintă: tulburări cardio-circulatorii, hipotensiune arterială (la început T.A. poate fi normală sau crescută), tahicardie, insotite de manifestări datorate insuficienței irigației a țesuturilor:

- tulburări nervoase [uneori agitație la început, apoi apatie, obnubilare, comă];
- tulburări cutanate [paloare sau cianoză, extremități reci, transpirații];
- tulburări renale [oligurie, anurie];
- tulburări digestive [tulburări dispeptice, dureri abdominale];
- tulburări respiratorii [dispnee, polipnee].

4.13.1. CONDUITA DE URGENȚĂ ÎN AFARA SPITALULUI — LA LOCUL ACCIDENTULUI

Materiale necesare: trusă de urgență care să conțină aparat pentru respirație artificială tip Baln Ruben, seringi, ace, aparate și soluții pentru perfuzii, garouri, deschizător de gură, pipe Guedel, trusă pentru mică chirurgie, medicamente, materiale sanitare etc.

Obiective	Măsuri de realizare
1. Înlăturarea influenței nocive a agentului traumatizant.	1.1. În funcție de agentul agresional: înlăturarea agentului termic; întreruperea curentului electric; eliberarea segmentului de factori traumatici.
2. Aprecierea rapidă a stării funcțiilor vitale.	Atenție! Să nu producem bolnavului noi traumatisme; mortalitatea în urma traumatismelor scade de 30—50% dacă la locul accidentului și pe durata transportului se acordă asistență corectă.
3. Înstaurarea măsurilor de deșocare.	2.1. Stabilirea rapidă a existenței pulsului la arterele mari [a. carotidă, a. femurală]. 2.2. Stabilirea prezenței și eficienței mișcărilor respiratorii. 2.3. Aspectul pupilelor. 2.4. Culoarea tegumentelor.
	3.1. Bolnavul va fi așezat în poziție orizontală, cu membrele inferioare ridicate [cu excepția bolnavilor dispneici]. 3.2. În caz de oprire a respirației sau a cordului se face resuscitarea cardio-respiratorie [vezi cap. bolnavilor ⁴]. 3.3. Hemostaza [dacă este cazul] se va face chiar cu mijloacele cele mai rudimentare.

Obiective

Măsuri de redizare

- 3.4. Se calmează durerea cu analgice.
- 3.5. Dacă este posibil, în cazul șocului hipovolemice, se începe umplerea patului vascular încă de la locul accidentului prin perfuzie (fig. 54).

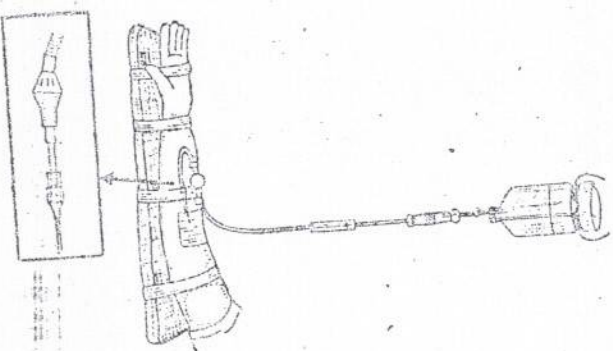


Fig. 54. Efectuarea perfuziei.

- 3.6. În caz de șoc anafilactic (atenție la edemul glottic și bronhospasm) se administrează adrenalină, hemiscenat de hidrocorizon, miodifin, calciu, morfina.

4. Transportul bolnavului șocat în spital.

- 4.1. Așezarea pe targă se face cu mare atenție: se are în vedere riscul de a produce o contuzie sau ruptură medulară, în cazul când există o fractură a coloanei vertebrale sau riscul de a provoca o hemoragie în cazul traumatismelor membrelor, fiecare fiind un factor șocogen.

Atenție! Manevra capului se va face lin și fără smucături. Executarea necesită 4 persoane.

- 4.2. Se vor slăbi elementele vestimentare care stăpânesc circulația, respirația (centură, guler etc.)

Obiective

Măsuri de redizare

- 4.3. Accidentatul va fi însoțit de un cadru competent care va urmări respirația, pulsul, T.A., hemostaza și va interveni la orice schimbare.
- 4.4. Bolnavul se predă medicului de gardă.

4.13.2. ÎNGRIJIRILE ACORDATE ÎN UNITATEA SPITALICEASCĂ

Materiale necesare: tensiometru, la nevoie aparat pentru monitorizare electronică, truse și soluții sterile pentru perfuzii, material necesar pentru tratament injectabil, pentru recoltări de produse biologice și patologice (ionogramă, rezervă alcalină, pH sanguin, glicemie, uree, hematocrit, probe de coagulare, transaminază, creatinină, sodiu, potasiu, material necesar pentru sondaj vezical, aparatură pentru aspirația secrețiilor bronșice, pense pentru tracțiunea limbii, deschizător de gură, oxigen, eprubete, medicamente conform baremului, trusă de respirație artificială.

Obiective

Măsuri de redizare

1. Asigurarea condițiilor de îngrijire.

- 1.1. Camera în care se așază bolnavul trebuie să fie mică, liniștită, temperatura 18—20°, bine ventilată.
- 1.2. Patul trebuie amplasat astfel încât să fie accesibil din toate laturile.
- 1.3. Sora se va îngriji ca stativele pentru perfuzii, transfuzii, aparatura cu oxigen să fie plasate în apropierea patului.
- 1.4. În cazul bolnavilor șocați de arsuri, patul va fi prevăzută cu „coviltir”, fără pernă, pentru a putea ameliora, prin poziția joasă a capului, circulația cerebrală.

2. Instalarea bolnavului în pat.

- 2.1. Instalarea bolnavului în pat se face cu grijă.
- 2.2. Dezbrăcarea bolnavului se face cu precauție; dacă nu se pot scoate hainele, se vor tăia, va fi acoperit cu o pătură sau pîed ușor, eventual numai cu ceasul.
- 2.3. Poziția în pat va fi cu capul și trunchiul la orizontală (eventual o pernă joasă), cu picioarele ridicate [la 30°], cu excepția bolnavilor care prezintă dispnee.

3. Combaterea hipoxiei tisulare.

- 3.1. Oxigenoterapie — oxigenul se administrează prin sondă nazo-faringiană — 16—18 l/minut.

Obiective	Măsuri de realizare
4. Refacerea volumului sanguin.	4.1. Se face prin perfuzii și transfuzii intravenoase. 4.2. Sora va instala perfuzia și va urmări ritmul de administrare a substanțelor perfuzate [conform indicațiilor medicului] în funcție de gravitatea cazului. 4.3. Va nota cantitatea de lichide administrate prin perfuzie și transfuzie. Refacerea volumului se face cu: singe, plasmă, substituenți de plasmă [dextran, rheomacrodex], soluții cristaloidice [ser fiziologic, glucoză 5%, soluție Ringer etc.].
5. Examinări de urgență.	5.1. La indicația medicului, sora va recolta singe pentru determinarea: ionogramei, rezervei alcaline, azotemiei, hematocritului, glicemiei, transaminazelor, grupeii sanguine, timpului de protrombină și fibrinogenului. [Ultimele două sunt scăzute în caz de coagulare intravasculară, diseminată.] 5.2. Efectuarea electrocardiogramei în unități specializate, înregistrarea continuă a E.C.G.-ului și a T.A. prin monitorizare. 5.3. Dacă este posibil se înregistrează presiunea venoasă centrală în artera pulmonară care constituie un element important pentru a regla perfuziile și a evita edemul pulmonar acut, hipervolemia sau hipovolemia. Atenție! Venele abordate, mai ales când canula se menține pe loc timp mai îndelungat, adesea se inflamează [tromboflebită]. Apurăția tromboflebitei trebuie recunoscută de soră cit mai precoce. De-a lungul venei, pielea devine roșie aprinsă, mai caldă, sensibilă la palpare și adesea regiunile învecinate sînt tumefiate.
6. Urmărirea notarea funcțiilor vitale și vegetale.	6.1. Bolnavul trebuie să fie sub control permanent, urmărindu-se tensiunea arterială, pulsul, respirația [amplitudinea, frecvența], culoarea și temperatura tegumentelor, simțurile, adnotîndu-se toate observațiile în foaia de terapie intensivă. 6.2. La orice schimbare survenită se anunță imediat medicul și la nevoie se va face resuscitarea cardio-respiratorie. 6.3. Sora va lua măsuri pentru a se putea determina diureza [diureza orară], eventuală prin sondaj vezical [la nevoie sondă permanentă], va nota cantitatea în foaia de terapie intensivă; oliguria constituită un semn de alarmă a rinichului de șoc.

Obiective	Măsuri de realizare
7. Reechilibrarea hidro-electrolitică.	7.1. Se face în funcție de bilanțul intrărilor și ieșirilor și în funcție de rezultatele de laborator [ionogramă].
8. Urmărirea aplicării medicației.	8.1. Sora va avea grijă să administreze corect medicația indicată de medic în funcție de etiologia socului [vasoconstrictoare, vasodilatatoare, corticoizi, antibiotice, heparină etc.].
9. Îngrijiri generale.	9.1. Sora se îngrijește de igiena bolnavului prin baie parțială la pat, zilnic (eventual de mai multe ori pe zi). 9.2. Se schimbă lenjeria de pat și de corp ori de cîte ori este nevoie. 9.3. Se acordă atenție deosebită toaletei cavității bucale; protezele dentare mobile vor fi îndepărtate. 9.4. Conjunctivele oculare vor fi păstrate în stare umedă, cuampoane înmuiate în ser fiziologic, aplicate pe ochi sau picături de soluție uleioasă cu ulei de parafină steril. 9.5. Secrețiile oculare se șterg cu cea de muștel. 9.6. Pentru a preveni edemul cerebral se aplică pe cap o pungă cu gheață. 9.7. Se vor lua toate măsurile pentru prevenirea escarelor de decubit.
10. Asigurarea alimentației.	10.1. Sora va alimenta bolnavul numai cu lichide fecale, limonadă etc.). 10.2. În cazurile indicate de medic, alimentația se va face prin sondă nazo-duodenală. Atenție! Cantitățile de lichid introduse pe cale intravenoasă se adaugă la bilanțul hidric efectuat zilnic [inclusiv singele introdus]. 10.3. După ce starea bolnavului se îmbunătățește se completează alimentația cu lapte și supe strecurate.

seminet! Bolnavul scos din starea de șoc este periclitat să recadă, de aceea supravegherea lui se va continua cu aceeași atenție și în următoarele 24 de ore.

4.14. ÎNGRIJIREA BOLNAVILOR AGITAȚI ȘI PSIHICI

Această categorie de bolnavi necesită o îngrijire specială pentru că ei pot fi în conflict cu anturajul, devenind periculoși atât pentru cei din jur, cît și pentru ei înșiși.

Atenția psihomotorie poate apărea în următoarele cazuri:

- în afecțiuni psihice [marea criză anxioasă, confuzie mintală, isterie, manie, melancolie, schizofrenie];
- în boli somatice [ischemie cerebrală, epilepsie];
- în cadrul infecțiilor, intoxicațiilor, autointoxicațiilor [stări febrile; hiperpirexi, septicemii, neuroinfecții, intoxicații cu medicamente: plumb, opiu, beladonă; autointoxicații (come: diabetică, insulinică); stări precomatoase din insuficiența hepatică și uremie].

Caracteristici de manifestare a bolnavilor agitați psihomotor:

- vorbire incoerentă, dezorientare în timp, spațiu și/sau asupra propriei persoane, logoree, țipete, acte periculoase, lovirii, răniți de persoană, deteriorări de bunuri, mișcări necontrolate, neordonate, bolnavul aleargă pe coridoare.

Îngrijirea bolnavilor agitați și psihici se realizează prin: măsuri de urgență și îngrijiri generale, după ce bolnavul a fost tranquilizat.

4.1.1. CONDUITA [MĂSURI DE URGENȚĂ]

Sora medicală care lucrează în serviciu cu bolnavi agitați și psihici va avea întotdeauna pregătit un material minim necesar:

- pentru imobilizare [unul-două cearșafuri, cânași de protecție, chingi];
- pentru tratamente parenterale [lunse sterile, medicamente sedative];
- deschizător de gură.

Obiective	Măsuri de realizare
1. Prevenirea incidentelor și accidentelor prin măsuri organizatorice urgente.	1.1. Bolnavul agitat va fi liniștit prin psihoterapie adecvată „prim ajutor psihic”, reținându-l la pat — la nevoie în o b i l i z a r e f o r f a t ă , apelând la persoane cu forță fizică mai mare pentru a-l face inofensiv (se evită panică). 1.2. Se îndepărtează din jurul bolnavului obiectele care ar putea fi folosite pentru lovine. 1.3. Medicul va fi anunțat prin intermediul altor persoane, fără ca sora să părăsească bolnavul agitat. 1.4. Liniștește bolnavul, prevenindu-se panica.
2. Supravegherea bolnavului în vederea unei conduite corecte.	2.1. Ține la venirea medicului se vor urmări toate manifestările bolnavului pentru a le putea avea la dispoziție pentru a putea avea și o boală somatică a cărei gravitate să impună terapie prioritară și să contraindica psihotropice sau imobilizarea. 2.2. Nu se va administra nici un calmant pentru a nu modifica tabloul clinic [exceptie fac bolnavii care au tratament prescris].

Obiective	Măsuri de realizare
3. Imobilizarea bolnavului.	2.3. În limitele posibilităților se vor măsura pulsul, T.A., temperatura, respirația. 2.4. Se vor observa și nota eventualele urme de lovirii sau agresiuni [uneori acestea sînt imputate personalului de îngrijire].
3.a. Imobilizarea cu cânașă de protecție.	Imobilizarea bolnavului este o măsură extremă. Nu se recomandă folosirea ei decât după epuizarea tuturor celorlalte mijloace menite să cîștige încrederea bolnavului și acceptarea măsurilor terapeutice. Imobilizarea bolnavului se poate face cu: cânașă de protecție; cearșafuri simple; chingi speciale de protecție; imobilizare manuală. Cânașa de protecție este confecționată din pînă rezistentă, închisă în față, cu deschizătoare în spate, cu mineci foarte lungi, închise, prevăzute cu șnururi puternice. 3.a.1. Sora îmbracă bolnavul agitat, cu cânașa, închizînd-o la spate cu șnururi. 3.a.2. Brațele bolnavului se încrucișează pe torace cu ajutorul minecilor care se leagă la spate cu ajutorul șnururilor. Atenție! Dat fiind procesul de umanizare a psihiatricii, acest procedeu se folosește în cazuri excepționale datorită faptului că bolnavul poate să-și cauzeze prejudicii pînă la autasfixiere dacă nu este suficient de bine supravegheat.
3.b. Imobilizarea cu cearșaf.	3.b.1. Sora aplică cearșaful pe spate, transversal, înfășurînd capetele libere pe membrele superioare. 3.b.2. Părțile de cearșaf care depășesc minile se răsucesc și după ce se încrucișează brațele bolnavului pe torace, extremitățile răsucite se duc înapoi și se leagă. 3.b.3. Cu alt cearșaf se leagă membrele inferioare.
3.c. Imobilizarea cu chingi.	Garnitura de chingi se compune din 4 manșete și două benzii late. 3.c.1. Sora aplică cele 4 manșete: două pe glezne și două deasupra articulațiilor radio-carpice. 3.c.2. Se aplică o bandă lată peste pieptul bolnavului, dedesubtul membrelor superioare. 3.c.3. A doua bandă se aplică imediat deasupra genunchilor.

Obiective	Măsuri de realizare
3.d. Imobilizarea manuală.	Atenție! • Chingile vor fi căptușite cu flanță sau alte materiale moi și nu vor fi prea strinse, pentru a nu împiedica circulația în membre. • Este interzisă imobilizarea bolnavilor cu cordeane, țesă, corzi. Imobilizarea bolnavului prin forța manuală cere o atitudine energică și forță musculară apreciabilă. Este o metodă de urgență și trebuie făcută cu energie, dar fără brutalitate. Bolnavul agitat poate fi făcut inofensiv cel mai ușor, imobilizat zându-l la nivelul încheieturilor. 3.d.1. Sora va recurge la ajutor, bolnavul va fi culcat în pat, se vor fixa umerii bolnavului prin apăsare pe suprafața patului. 3.d.2. Se imobilizează membrele superioare, ținându-se la nivelul articulațiilor radio-carpiane. 3.d.3. Se exercită o presiune asupra genunchilor. Atenție! Imobilizarea (trebuie evitată brutalitatea) trebuie să fie înbinată cu linișțirea psihică a bolnavului, nu se va folosi tonul ridicat bolnavul nu va fi contrazis. Imobilizarea nu va dura pași 1—2 ore pentru că ținerea bolnavului legat, îi creează stări de neliniște și mai grave.
4. Calmarea bolnavului pe cale medicamentosă.	4.1. Imediat ce bolnavul a fost făcut inofensiv trebuie calmât pe cale medicamentosă, cu psihotropice sedative, neuroleptice, hipnotice sau tranșilizante — la indicația medicului, în funcție de diagnostic. 4.2. După ce medicul alege preparatul, fixează doza și ritmul de administrare, sora va aplica tratamentul. În funcție de gravitatea și particularitățile cazului, medicamentele necesare pot fi urmatoarele: în cazuri ușoare: se administrează pe cale orală: — Meprobamat [0,04—0,1 g/zl]; — Cloridelazin [0,25—0,5 g/zl]; — Haloperidol [0,005—0,01 g/zl]; în cazul în care bolnavul opune rezistență se administrează în injecții intramusculare: — Amital [0,2—0,8 g/zl]; — Cloridelazin [0,0025—0,01 g/zl]; — Romtiazin sau Plegomazin;

Obiective	Măsuri de realizare
	— Rauneveril [0,01—0,04 g/zl]; în caz de agitație extremă se folosesc: — tranșilizante [Diazepam 2—6 fiole a 0,01 g/zl în injecții i.m.]; — neuroleptice [Levomopromazin 3—10 fiole a 0,025 g/zl în injecții i.m.]; [Romtiazin 2—6 fiole a 0,03 g/zl în injecții i.m. sau i.v.] sau se folosesc combinații diferite [Diazepam, Levomopromazin, Rauneveril]; în formule ușoare de anxietate se încearcă cu: — Pasnal [3—6 lingurițe/zl]; — tinctură de valeriană [20—80 picături/zl]; — poțiuni cu bromuri [2—3 linguri/zl]; — bromură de calciu i.v.; — se asociază doze mici de fenobarbital [0,03—0,10 g/zl]; — Nitrozepam [0,005—0,03 g/zl]; — Hidroxizin [0,05—0,2 g/zl]. 4.3. Pentru a se preveni hipotensiunea, lipotimia, colapsul se va măsura repetat T.A. [mai ales în cazul administrării de neuroleptice sedative: levomopromazin, plegomazin, romtiazin etc.]. 4.4. În cazul administrării de neuroleptice severe [de exemplu, haloperidol], se asociază romparlin pentru a evita apariția sindromului extrapiramidal. 4.5. În alcoolism se contraindică administrarea de amital sodic, cîte barbiturice sau bromuri. 4.6. Sora va asigura și efectuarea mijloacelor terapeutice etiopatogenetice recomandate de medic.

4.14.2. ÎNGRIJIRI GENERALE

Obiective	Măsuri de realizare
1. Asigurarea condițiilor de mediu.	1.1. Camera va fi izolată, aerisită, liniștită, temperatura 16—21°C. 1.2. Ferestrele prevăzute cu transparenta sau obloane. 1.3. Paturile vor fi prevăzute cu grăți, plase sau apă-rători laterale, improvizate din schinduri care vor fi căptușite cu pături, perne, pentru a împiedica lezarea bolnavului în caz de agitație. 1.4. Se vor izola prizele.

Obiective	Măsuri de realizare
2. Alimentația bolnavului.	2.1. În caz de negativism alimentar, sora va recurge la alimentarea bolnavului prin sondă [o va introduce prin nas pentru a nu fi rețezată cu dinții] sau pe cale parenterală. 2.2. Bolnavul agitat consumă o cantitate mare de energie și pierde lichide și săruri minerale prin transpirație și tahipnee, de aceea hidratarea se începe imediat ce bolnavul s-a calmat [per os, prin sondă sau perfuzie].
3. Urmărirea și aplicarea tratamentelor.	3.1. medicația va fi administrată de soră numai după ce bolnavul a fost imobilizat. Atenție! Nu se vor lăsa medicamente la îndemina bolnavului psihic [pericol de suicid]. 3.2. Sora va participa alături de medic la aplicarea metodelor terapeutice: electroșoc, insulinoterapie, psihoterapie, somnoterapie.
4. Aplicarea electroșocului [electroterapia convulsivantă].	Electroșocul = producerea unui acces convulsiv cu ajutorul unui curent electric slab introdus prin electrozi, așezați pe templele bolnavului. 4.1. În timpul șocului, bolnavul va fi ferit de privirile celor din salon, fie printr-un paravan, fie că se va aplica într-o cameră izolată. 4.2. Sora va avea întotdeauna pregătită o trusă de prim ajutor pentru a putea interveni în caz de accidente [stop cardiac, subluxație sau luxație scapulo-humerală și de mandibulă]. 4.3. Sora se va îngriji ca înaintea electroșocului, bolnavul să nu mănânce, dar să urineze. 4.4. Sora va așeza bolnavul în decubit dorsal, fără pernă. 4.5. I se va introduce în gură o garnitură de cauciuc învelită în tifon pentru protejarea danturii și evitarea mușcării limbii în timpul convulsțiilor. 4.6. Două persoane vor proteja articulațiile scapulo-humerale și vor susține mandibula bolnavului pentru evitarea eventualelor luxații. 4.7. Sora pregătește aparatul de electroșoc, înveștește electrozii aparatului în tifon, îi înmoaie într-o soluție de electroliți și îi aplică pe templele bolnavului, apoi medicul aplică șocul electric. 4.8. Criza convulsivantă durează aproximativ un minut, perioadă în care bolnavul se află în apnee totală. În tot acest timp, sora nu-l părăsește, îl supraveghează și îi controlează funcțiile vitale. Ia trezire el prezintă amnezie totală a episodului.

Obiective	Măsuri de realizare
5. Insulinoterapia.	Observație. În prezent, electroșocurile se efectuează protejate sub observarea medicului specialist în reanimare-terapie intensivă. = Producerea unei stări de șoc hipoglicemic prin administrarea unor doze crescute de insulină. 5.1. Sora pregătește materialul necesar pentru administrarea insulinei. 5.2. Urmărește bolnavul în timpul comei hipoglicemice, care durează 1½—2 ore. 5.3. Pentru scoaterea bolnavului din comă se pregătesc cele necesare și se administrează i.v. glucoză 40%. [Dacă venele nu sînt abordabile se introduce glucoza în stomac prin sondă]. 5.4. Imediat ce bolnavul poate înghiți, i se dă 100—200 g zahăr diluat cu ceai.
6. Psihoterapia.	6.1. Alături de medic, sora participă și pregătește metodele de psihoterapie speciale ca: <i>psihoterapia individului</i> [psihanaliza: convorbiri, pensu-siune, hipnoză, sugestie] și <i>psihoterapia de grup</i>; <i>energoterapia</i> = terapie prin muncă; <i>meloterapia</i> = terapie prin muzică; psihoterapia familială; psihoterapia de relaxare etc.
7. Somnoterapia.	= scoaterea bolnavului de sub influența factorilor de mediu prin administrarea medicamentelor neuroptice. 7.1. În acest caz sora supraveghează bolnavul, schimbă poziția, asigură hidratarea [dacă somnoterapia ține mai mult de 24 ore, hidratarea se face prin sondă duodenală introdusă pe cale nazală].
8. Igiena bolnavului.	8.1. Se schimbă lenjeria de corp a bolnavilor ori de cîte ori transpiră [bolnavii agitați] sau pierd urină [bolnavii cu crize epileptice]. 8.2. Ori de cîte ori este nevoie se schimbă și lenjeria de pat. 8.3. Igiena cavității bucale se face folosind deșătătoarele de maxilar, prevăzute cu cremalieră. Degetele vor fi protejate cu apărătoare metalice pentru degete.
9. Urmărirea, notarea funcțiilor vitale și vegetative.	9.1. Pulsul, T.A., respirația, temperatura vor fi măsurate și înregistrate și se anunță imediat medicul în caz de modificări [tahicardie, hipertensiune arterială, tahipnee, modificări puplare].

Obiective	Măsuri de realizare
9.2. Se urmărește pierderea de lichide prin diureză, prin transpirație și tahipnee. 9.3. Se urmărește tranzitul intestinal [la nevoie clismă].	10.1. Crizele convulsivante [aparitia și desființarea lor]. 10.2. Se supraveghează tonusul muscular, reflexele osteotendinoase și reflexele cutanate, apariția de etaneme. 10.3. Se observă pupila — dimensiune [indiciu] = începutul crizei de agitație psihomotorie, în anxietate mare]. 10.4. Se supraveghează și se raportează medicului orice modificare de comportament: se urmărește somnul agitat sau prea liniștit. Important! Îngrijirea acestor bolnavi necesită multă răbdare și prezență de spirit, curaj și muncă de calitate.
11. Legătura cu familia.	11.1. Se va păstra legătura cu familia bolnavilor psihici pentru a putea apela și la ei în anumite situații. Prin menținerea legăturii cu aparținătorii se urmărește: — completarea datelor anamnestice; — linișirea familiei; — educarea aparținătorilor pentru înțelegerea bolii psihice și conduita ce trebuie să o aibă față de bolnav, necesitatea tratamentului; — facilitarea unor măsuri de orientare sau reorientare profesională; — psihoterapia familială, socioterapia. 11.2. Sora va acorda atenție deosebită psihologienelor, ținând pe aparținătorii privind comunicarea veștilor nepăcate de acasă și făcându-le educația sanitară.

FIȘA 4.15. ÎNGRIJIREA BOLNAVIILOR CU ARSURI

Arsura are o dinamică stadială întrunind o serie de sindroame majore ca: deshidratare, hipoxie, anemie, dismetabolism, infecție, denutriție prăbușire imunitară.

În funcție de agentul traumatic care le-a produs, arsurile pot fi clasificate în:

— arsuri produse prin căldură sau termice [lichide fierbinți, gaze sau vapori supracălziti, corpuri solide incandescente, flacăra, radiație termică];
— arsuri chimice [acizi, baze, unele săruri minerale];
— arsuri produse prin electricitate.

Leziunea locală — arsura — produce o serie de grave manifestări cu caracter general [tulburări cardiovasculare, pulmonare, hepatice, renale, gastrointestinale].

Când se apreciază gravitatea unei arsuri, se țin seama de doi parametri: întinderea în suprafață și gradul de profunzime al acesteia.

Gradele arsurilor în funcție de profunzimea arsurii:

- gradul I: eritem, edem, hipertermie, usturime;
- gradul II: flictenă „albă” cu conținut seroos, limpede, transparent, crămăc, acicuat, edem;
- gradul III: flictenă „roșie” cu conținut sangvinolent tulbure;
- gradul IV: escară dermică totală: sunt distruse epidermul și dermul în totalitate, carbonizând musculatura și chiar vasele. Culoarea escarei variază de la alb la negru în raport cu gradul de temperatură.

Clasificarea arsurilor în funcție de suprafața pe care s-au produs. Pentru a putea face calculul suprafeței arse, există o serie de tabele de calcul, în care se specifică pentru fiecare segment de corp, procentul reprezentat de aceasta față de suprafața totală a corpului. Cunoșcând că suprafața unei palme reprezintă circa 1% se pot calcula aproximativ procentele lezionale. Un procedeu aproximativ, dar mai exact, este „regula lui 9” [schema de calcul a lui A.-B. Wallace (fig. 55), care se bazează pe considerentul că toate părțile corpului pot fi evaluate prin cifra 9 sau multipli ai acesteia. Astfel: capul și gâtul reprezintă circa 9%; fiecare membru toracic reprezintă circa 9%; fiecare membru pelvin circa 18%; trunchiul anterior circa 18%; trunchiul posterior circa 18%.

Evaluarea cit mai precisă a suprafeței arse are o mare importanță. Se consideră că leziunile, începând de la suprafața de 5%, antrenează toate celelalte organe [este deci o boală generală], iar arsurile care depășesc 15% sunt generatoare de șoc.

Prognosticul unei arsuri care depășește 30% este rezervat.

În funcție de mărimea suprafeței și de profunzimea arsurii, se poate calcula prognosticul vital al bolnavului „indexul prognostic” [I.P.]. Indexul prognostic se calculează înmulțind suprafața arse cu gradul de profunzime.

- De exemplu:
- 20% arsuri gr. II = $20 \times 2 = 40$ I.P.
 - 20% arsuri gr. III = $20 \times 3 = 60$ I.P.
 - 20% arsuri gr. IV = $20 \times 4 = 80$ I.P.

180 valoarea globală a I.P.

Se consideră că orice arsuri de gr. II sau III care depășesc 15% din suprafața corpului adultului și 5% din cea a copilului trebuie să beneficieze de o asistență medicală imediată și completă pentru a preveni complicațiile constituite în șocul.

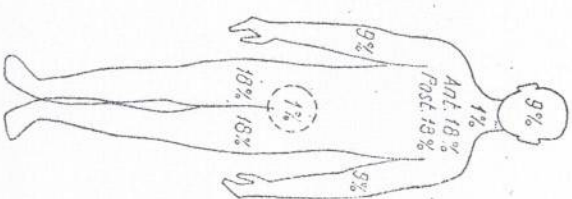


Fig. 55. Schema de calcul a suprafeței arse după regula cifrei „9” a lui A. B. Wallace.

Pe loturi statistice mari s-au determinat limite valorice ale indicelui prognostic (numai la adulți tineri, sănătoși, fără tare).

Pină la I.P. 40 cu tratament local corect, arsura evoluează fără determinări generale și fără complicații [arsuri obișnuite]. Peste I.P. 60 sînt arsuri cu risc vital, care necesită tratament general energetic alături de tratament local corect. La aceste categorii de arsuri, evoluțiile complicate sînt frecvente.

În aprecierea gravității arsurilor se țin cont și de vîrstă, sex, tare organice [diabet, arterită], boli cronice [insuficiență hepatică, cardiacă etc.], localizări [sînt mai grave arsurile capului și gîtului].

Stadii evolutive. În evoluția unui ars se observă patru etape care diferă de la individ la individ și nu pot fi strict delimitate.

Stadiul I: primele 3 zile. Este perioada socului combustional și se caracterizează prin mari distocări hidroelectrolitice; poate apărea sindromul de deshidratare [hipovolemie, edem, hipoxie, oligonurie] și sindromul digestiv [vărsături, hemoragii] care vor agrava hipoxia, anemia, oligonuria.

Stadiul II: primele 3 săptămîni [zina a 4-a — zina a 21-a]. Evoluția este diferită în funcție de întinderea și profunzimea arsurii.

Pentru arsurile severe există o perioadă critică determinată de complicațiile care pot surveni, în special invazia microbiană ce poate duce la septicemie; se poate produce o stare gravă de toxemie. Această perioadă se numește și toxicoinfecțioasă. Pot apărea complicații grave hepatice, digestive [ileus și hemoragii], tromboembolice, acidoză, insuficiență renală acută, care poate fi ireversibilă. Pot apărea și complicații prin greseli de tratament [edem pulmonar acut prin supraincălcarea lichidiană, sindrom hemoragic prin supradoză de anticoagulanți].

Starea bolnavului poate evalua favorabil încît la sfîrșitul acestui stadiu bolnavul are vîndecate leziunile de gr. I și II, iar arsurile de gr. III au escarele total eliminate [decapitate apărînd granulații].

Stadiul III: primele două luni [zina a 22-a — zina a 60-a]. Este perioada în care șansele de vîndecare cresc, din punct de vedere chirurgical se pot aplica grefe.

Stadiul IV: luna a 3-a, a 12-a, a 24-a, a 36-a. Este stadiul de convalescență, în care leziunile locale se repară lent; de asemenea leziunile organelor interne. Se înființe la bolnavii care nu au primit un tratament corect de la început. Sînt așa-numiți bolnavi cu soc cronic postcombustional, care prezintă denutriție severă, modificări degenerative ale organelor parenchimatoase.

Îngrijiri acordate bolnavilor arși. Primele îngrijiri trebuie acordate la locul accidentului și au caracter de urgență.

4.15.1. PRIMUL AJUTOR LA LOCUL ACCIDENTULUI

Obiective	Măsuri de realizare
1. Scoaterea victimei de sub	1.1. Degajarea victimei din focar trebuie făcută rapid.

Obiective	Măsuri de realizare
influența agentului vulnerant.	1.2. Bolnavul care este cuprins de flacără trebuie învelit imediat într-o pătură, plapumă, haină groasă [din țesături neinflamabile] pentru a stinge focul. Se acționează imediat, imobilizîndu-l, pentru că accidentatul fuge cuprins de panică și flacăra devine și mai mare. Atenție! Sîngerea flăcării prin rostogolire prin nisip, pe pămînt, prin stropire cu apă este interzisă, deoarece plaga se poate infecta.
2. Acordarea primului ajutor în funcție de starea bolnavului.	2.1. Resuscitarea cardio-respiratorie, dacă este nevoie, după metodele cunoscute. 2.2. Linștirea bolnavului și calmarea durerii [în arsurile în care durerea este mare se administrează o fiolă Mialgin sau Fortral administrat i.v. În lipsa acestora se poate administra algecalmin [injectabil sau pe cale bucală]. Se notează ce s-a administrat. 2.3. În arsurile de gr. I cu suprafață mică este suficient ca pielea înroșită să fie badjionată cu alcool dublu rafinat. În general nu este nevoie de pansament. Atenție! • Nu se îndepărtează hainele de pe bolnav [marciva este șocogenă] decît dacă aceasta se poate elimina cu ușurință. Fac excepție bolnavii cu arsuri chimice sau cu lenjerie de material plastic care sînt detașate de pe piele în cazul arsurilor cu un cearșaf curat peste hainele sale. • Nu este permisă nici o manevră de tratament local, spre exemplu, ungere cu substanțe grase (undelemn, vaselină) sau aplicarea de medicamente sub formă de praf. Arsurile vor fi acoperite cu pansament aseptice sau cu un prosop curat. În felul acesta se realizează o protecție antiinfecțioasă.
3. Evacuarea victimei.	3.1. Transportul rapid la spital în serviciul chirurgical are mare importanță și se face cu cel mai rapid mijloc disponibil. 3.2. Senzația de sete se va calma prin umezirea gurii, dar nu se vor administra lichide per os, deoarece suprîncălcarea digestivă expune la vărsături. În cazul că s-ar impune o perfuzie și nu se poate instala, celui ars i se dă să bea apă îndulcită sau ceai.

Obiective	Măsuri de realizare
3.3. La cei cu arsuri peste 10—15% (când transportul victimei se face cu autosanitara și se prevede a dura mai mult de o oră) se montează o perfuzie cu soluție de glucoză 50% sau ser fiziologic sau cu soluții macromoleculare [Dextran, Marisang].	
3.4. În timpul transportului bolnavul va fi supărat gheat permanent: se administrează oxigen, dacă se constată o slăbire a pulsului; accidentatul va fi așezat cu capul mai jos, ridicându-i-se picioarele pe un sul.	

4.15.2. ÎNGRIJIREA BOLNAVILOR ÎN STADIUL I ÎN SPITAL

Sînt două situații:

- arsură cu risc vital cu I.P. mai mare decît 40%;
- arsură fără risc vital, care se împart în două categorii: cele cu I.P. sub 15 și cele care depășesc I.P. de 15, pînă la I.P. 40. Aceste situații se descompun în evoluție, prognostic și tratament ulterior. Atitudinea la camera de gardă și toaleta primă sînt comune.

Obiective	Măsuri de realizare
1. Combaterea durerii și profilaxia antitetanică [la camera de gardă].	1.1. Dacă nu s-au administrat sedative sau dacă acestea mai sînt necesare, se vor administra: dilauden-atropină, mialgin sau fortal i.v. la bolnavul culcat. 1.2. Se vor administra A.T.P. A. 0,5 ml și ser antitetanic 3000 U, deoarece plăgile prin arsuri sînt foarte susceptibile de a face infecție tetanică.
2. Pregătirea bolnavului pentru toaleta locală primară.	2.1. Bolnavul va fi dezbrăcat [sub analgetic i.v.] și va fi îmbrăcat [preferabilă baia în cadă]. Suprafața de tegument ners se spală cu săpun sau detergent medical. 2.2. Imediat după baie bolnavul înveștit în cearșă sterilă se transportă în sala de operații aseptice unde întregul tratament se face în perfecte condiții de asepsie.
3. Anestezia generală.	3.1. Bolnavul este așezat pe masa de operații și i se instituie oxigen. 3.2. Se punctionează vena cea mai mică și mai distală accesibilă și se recoltează probe de sânge [hemogramă, grup sanguin și R.H., hematocrit, uree sanguină, glicemie, probă hepatică, R.A. ionogramă serică]. Cînd este cazul, se recoltează sânge pentru determinarea alcooliei.

Obiective	Măsuri de realizare
3.3. După recoltarea probelor de laborator, la indicația medicului, sora instituie perfuzie de glucoză 50%.	
3.4. Se face apoi anestezie generală i.v. prin tubul montajului de perfuzie, cu un barbituric sau Ketalar.	
Atenție! Toaleta primară a oricărui ars se face numai sub anestezie.	
4. Toaleta primară.	4.1. Medicul și cadrul mediu echipați cu echipament steril [halat, mănuși, bonetă, mască] încep toaleta primară. 4.2. Se spală suprafața arsă cu bromocet 1%, cu ser fiziologic sau apă sterilă, pînă la îndepărtarea completă a corpiilor străini de pe plagă. 4.3. Medicul execută toaleta chirurgicală, îndepărtarea flictenelor [sparte sau nesparte] și conținutul lor, precum și tegumentele sau restul țesuturilor arse. 4.4. Se schimbă prima pereche de mănuși. După îndepărtarea flictenelor sau a sfacelilor se face o badijonare cu alcool 70°—90°. Alcoolul are acțiune triplă: precipită proteinele, are acțiune antiseptică și antiseptică.
5. Aplicarea pansamentului.	5.1. Înainte de a panșa se apreciază înlîndarea și profunzimea și se estimează I.P. 5.2. Se aplică pansamentul uscat, steril depășind pe zone ners circa 10 cm distanță. Este recomandat să se folosească numai comprese foarte mari [30/30]. 5.3. Peste pansament se trag cu atenție feși sterile. Atenție! Dacă se procedează în condițiile arătate mai sus, există mari șanse ca plăgile să nu se infecteze. Este suficient ca unele zone de arsuri să fie tratate cu neatenție și să supureze, pentru ca apoi, cu toate eforturile depuse, toate celelalte zone să se infecteze și să supureze. 5.2. Cînd se observă semne de infecție locală [secret sero-purulent, cu halo congestiv perizonal], pansamentul se face cu soluții antiseptice: cloramină 4‰ sau rivanol 1‰, după ce s-a luat secrețiile pentru antibiogramă. 5.3. Fața nu se pansează. Este recomandabil ca și regiunile perineale să nu se panseze.

Obiective	Măsuri de realizare
6. Instalarea sondei vezicale [la demnere].	6.1. La bolnavii la care se estimează I.P. peste 15, deși fără risc vital, se instalează totuși sondă vezicală [la demnere] pentru urmărirea diurezei orare. 6.2. Bolnavii sînt transportați în salon rezervat, ferit de infecții, de vecinătate, unde sora urmărește starea bolnavului pînă la trezire și în continuare. Observație. Pentru bolnavii fără risc vital tratamentul primar s-a încheiat și urmează îngrijirile obișnuite și tratamentul local.
7. Îngrijirile generale și supravegherea bolnavului [cu risc vital].	7.1. Temperatura încăperii trebuie să fie în jur de 24°C și eventual să existe surse care să mătească la nevoie temperatura locală. 7.2. Patul trebuie să fie confortabil și va fi pregătit cu un cearșaf steril peste care se pun mușama și aleză, tot sterile. 7.3. Bolnavul ars cu risc vital este instalat la pat cu perfuzie intravenoasă din sala de operație și cu sonda vezicală „la demnere”. 7.4. Printr-o sondă nazo-faringiană se asigură oxigenoterapia în ritm de 4 l/min. În cazul bolnavilor encefalotoksi, oxigenul se administrează cu intermitență [după 20 minute de administrare se face o pauză de 10 minute sau 15 la 30 minute]. 7.5. Sora supraveghează funcțiile vitale [T.A., pulsul, respirația, presiunea venoasă și diureza orară] cu multă atenție; bolnavul aflîndu-se în perioada inițială [primul stadiu], adică perioada șocului combustional.
8. Reechilibrarea hidroelectrolitică și volumică.	8.1. Sora va administra prin perfuzie cantitatea de lichide care este calculată de medic, în funcție de masa corporală a bolnavului și supradotația arsa, folosindu-se următoarea formulă: $\text{Masă corp} \times S \% \times 2,5 = \text{Total lichide}$ [2,5 fiind indicele gradului de arsură, arsura fiind leziune de volum, suprafață ori profunzime]. De exemplu: un bolnav de 70 kg, cu o suprafață arsă de 40% va primi în 24 ore: $70 \times 40 \times 2,5 = 7\,000$ ml. sol. din care 1/2 macromoleculară, 1/2 micromoleculară. 8.2. Orientativ, ritmul administrării în primele 24 ore se planifică astfel încît în primele 8 ore, bolnavul să primească 50% din cantitatea globală calculată și apoi 25% în următoarele două perioade de 8 ore.

Obiective	Măsuri de realizare
9. Asigurarea medicației.	9.1. Sora pregătește și administrează medicamentul prescris [anticoagulant (heparină), vitamine C, B ₁ , B ₂ , B ₆ , cardiotonice, trasyol și antibiotice]. 9.2. Este interzis la bolnavii arși cu risc vital orice administrare per os. De asemenea nu se hidratează și nu se alimentează de gură, pentru a se evita complicațiile [ileus, hemoragie, vărsături].
10. Urmărirea și îngrijirea generală în ziua a II-a și a III-a.	10.1. Conduita terapeutică medicamentoasă și îngrijirile generale sînt cele aplicate obișnuit. Sora medicală are un rol deosebit și în întreținerea unui moral bun al bolnavilor. 10.2. Vor fi urmărite starea generală, colorația lezei, T.A., pulsul, respirația, temperatura, semnele specifice ale unor eventuale complicații. Foarte importante sînt diureza orară și bilanțul hidric. 10.3. Se mențin interdicțiile inclusiv cele alimentare. 10.4. Se veghează asupra respectării măsurilor de sterilizare și aseptice în toate manoperele care se fac [curățirea sondei vezicale, manipulara perfuziei].
11. Aplicarea tratamentului local.	11.1. Ori de cîte ori se apreciază necesar, pansamentele se vor face sub Mialgin, Fortral sau anestezie generală. 11.2. Pansamentul se schimbă a 2-a și a 3-a zi, luîndu-se toate măsurile de aseptie necesare. Se îndepărtează tot pînă la ultima compresă și se

Obiective	Măsuri de realizare
	inlocuiește cu un pansament uscat sau îmbibat în soluție de cloramină 2%/₁₀₀—4%/₁₀₀ în funcție de aspectul plăgii de arsură. 11.3. Dacă exudația este neglijabilă și dacă există condiții optime de micromediu spitalicesc, se poate trece la tratament local deschis: expunerea la aer a plăgilor [de obicei la început parțial, a unui singur segment], urmărindu-se uscarea lor. Foarte eficiente sînt dioxiteracorul [Oxiterol] — pulbere și Sulfamylonul — cremă. 11.4. Un mijloc de tratament îl constituie baia arsului cu diforți detergenți, care se face în instalații adecvate [atenție la temperatura apei]. După baie se vor acoperi plăgile cu pansament steril și feși sterile. 11.5. În unele cazuri de escare, singurul unguent care se consideră eficient este Sulfamylonul. Atenție! Nu se tușește, nu se strămută și nu se vorbește deasupra plăgii — pericol de a declanșa o infecție. Obligatorie este purtarea măștii.

A treia zi de tratament încheie, perioada de șoc [primul stadiu]. La sfîrșitul acestui stadiu cu evoluție favorabilă, bolnavul ars trebuie să aibă diuresisă restabilă, starea generală a bolnavului și probele de laborator se apropie de limite normale. Obiectivele de tratament după această perioadă sînt îndreptate spre prevenirea complicațiilor. Dacă pînă la I.P. 40 arsurile evoluează de obicei necomplicate, după această valoare prognosticî intervin complicațiile. Complicațiile sînt datorate bolii de bază și nerespectării normelor tratamentului corect [de către medic și soră].

4.15.3. ÎNGRIJIREA BOLNAVIILOR ARȘI ÎN STADIUL AL II-LEA

Și în cazul stadiului II [zina a 4-a — zina a 21-a] îngrijirea bolnavilor este în funcție de cele două situații: arsură cu risc vital și arsură fără risc vital.

Obiective	Măsuri de realizare
1. Îngrijirile generale ale bolnavilor fără risc vital.	1.1. Se acordă îngrijirile generale obișnuite, în funcție de starea bolnavului, de rezultatele de laborator, de funcțiile vitale, febră și diureză.
2. Igiena bolnavului și prevenirea infecției.	2.1. Sora va efectua igiena individuală a bolnavului, unghiile vor fi tăiate scurt, regiunile indemne ale suprafeței corpului vor fi spălate zilnic; se acordă prevenirea infecției.

Obiective	Măsuri de realizare
3. Alimentația bolnavului.	3.1. Cînd diureza s-a reluat, regimul alimentar va fi de „crutare digestivă”, un regim hipercaloric, hiperoctric, normo- sau hiperglicemic și hipolipidic. 3.2. Dacă bolnavul nu se poate alimenta singur, îl va alimenta sora.
4. Administrarea tratamentului.	4.1. În această perioadă este foarte important tratamentul cu vitamine, care la arși este obligatoriu. La nevoie se aplică tratament simptomatic. 4.2. În cazuri rare pot apărea complicații, și de obicei sînt de natură infecțioasă (supurații ale regiunii, limfangite, tromboflebite), pentru care sora va administra tratamentul indicat.
5. Îngrijirile locale.	5.1. În această perioadă tratamentul este preponderent local și este una din problemele cheie ale determinării evoluției arsurii. Pînă în zina a 9-a, îngrijirea locală este aceeași: pansamente zilnice cu soluție de cloramină 4%/₁₀₀, schimbate zilnic. Soluțiile dezinfectante pot fi alternate [cloramină, acid boric, rivanol]. 5.2. La nevoie pansamentul se desface în baia cu soluție de bromocet, hipermanganat. 5.3. Acolo unde sînt condiții se va căuta să se instaleze tratamentul deschis, imediat ce transsudatul s-a coagulat și plasmoragia a încetat. 5.4. Plaga trebuie îngrijită zilnic, crustele trebuie îndepărtate, eventualele colecții trebuie evacuate. 5.5. După toaleta chirurgicală a plăgii se poate aplica sprayul cu oxitetracilină-hidrocoortizon [Bioxtetercor, oxiterol]. Atenție la reacții alergice! Observație. Dacă tratamentul este corect, arsurile de gr. II sînt epitelizate către zina a 14-a, iar arsurile de gr. III sînt epitelizate în zina a 21-a. 5.6. Dacă există grefe se va face tratament cu pansament [finchis], apoi tratament deschis. 5.7. Imobilizarea regiunii este obligatorie pînă la a 14-a zi de la grefă. Observație. Dacă nu există complicații în stadiul II, se termină practic întreaga evoluție a arsurii.

Rețineți! Îngrijirea bolnavilor cu risc vital în stadiul II este de competență a tuburătorilor și de prevenire a complicațiilor.

Urmărirea mai frecventă a funcțiilor vitale, a curbei termice, a diurezei și respectarea cu strictețe a indicațiilor medicului sînt sarcini de mare importanță. Tratamentul local capătă importanță deosebită făcîndu-se după aceeași principii. Sora are mare rol în prevenirea complicațiilor septice care sînt frecvente în această perioadă.

Îngrijirea bolnavilor în stadiul III [primele două luni, ziua a 22-a—ziua a 60-a. Această perioadă este parcursă numai de arși cu risc vital. Celalți s-au vindecat sau sînt în convalescență. În această perioadă se aplică grefele. După operație, primul pansament se face între a 2-a și a 3-a zi. Îngrijirea bolnavilor trebuie continuată, ca și în primele două stadii, pe criteriul de bilanț hidric. Concomitent se urmăresc problemele legate de alimentația bolnavilor, creșterea rezistenței lor la infecții, regimul lor igienic și prevenirea sechelilor.

În stadiul IV, șocul cronic postcombustional, este vorba de bolnavi cu arsuri grave de la început sau de bolnavi la care lipsa de îngrijire a determinat o evoluție nefavorabilă plăgilor. Tratamentul major impus este grefarea cît mai rapidă. Tratamentul general de întreținere va urmări combaterea denutriției prin aport proteic și energetic parental și aport masiv de vitamine. Combaterea infecției și suprainfecției se va face prin mijloace igienice și profilactice. Este obligatorie urmărirea ulterioară pe o perioadă lungă pînă la recuperarea totală.

Complicațiile arșilor

În stadiul I: rinichi de șoc, hemoragii digestive, tromboze, embolii, septicemie [mai rară în prima perioadă], edem pulmonar acut [prin hiperhidratare cu diureză mică], abdomen acut, sindroame hemoragipare, insuficiență renală acută.

În stadiul II complicații septice [sînt cele mai frecvente], digestive, trombenbolice, urinare, hepatice, neuropsihice.

Aceste complicații agravează evoluția și unele sînt fatale. Sora are mare rol în prevenirea acestor complicații prin munca sa de calitate și consiliin-zitate.

PIȘA 4.16. ÎNGRIJIREA BOLNAVIILOR IMOBILIZAȚI LA PAT

Bolnavii imobilizați la pat se sînt handicapați și își pun întregul lor tă-dejde în sora medicală care are sarcina de a-i îngriji. De aceea, acești bolnavi necesită o preocupare deosebită.

Imobilizarea poate fi cauzată de:

— afecțiuni grave (bolnavi paralizați, astenici, adinauici, cu leziuni ale membrilor inferioare etc.);

— poate fi impusă ca o măsură preventivă față de unele complicații (embolii, cardiace, hemoragii etc.);

— sau impusă ca o măsură terapeutică în fracturi cu aparate de imobilizare, traumatisme, infarct miocardic etc.

Obiective

1. Crearea condițiilor optime de confort.

Măsuri de realizare

- 1.1. Asigurarea unui pat special corespunzător afecțiunii. Cele mai corespunzătoare sînt cele cu tru tratament osteoarticular, care poate fi adaptat pozițiilor cerute de afecțiune, prevăzută cu un utilaj accesoriu: masă regulabilă pentru alimentație, citit, scris etc., sertar care înlocuiește noptiera. În lipsa acestor paturi se vor asigura aparate accesorii necesare: masă peste pat, rezană-toare etc.
- 1.2. Nu va fi așezat sub forcasă sau prea aproape de ușa intrucît ar fi foarte dificilă pregătirea bolnavului contra curenților de aer.
- 1.3. Saltea de material plastic cu structură de burete sau saltea „alternantă” [pneumatică compartimentată], pentru a evita presiunea și macerarea zonei de contact. [Saltelele alternante pot constitui un ajutor prețios în evitarea escarelor, dar nu pot înlocui măsurile de prevenire a escarelor].
- 1.4. Este bine ca acești bolnavi să fie amplasați în camere mici liniștite, să aibă totul la îndemînă: declansatorul aparatelor de semnalizare [sonerie], lampa de pat etc.
- 1.5. În caz de polachiturie sau perturbarea funcțiilor sfincterene, este recomandabil ca urinarul să fie așezat în așa fel ca să-l poată lua bolnavul.
- 1.6. În funcție de diagnostic și cauza imobilizării se vor asigura utilaje auxiliare lagătătoare din mătăsă sau confecționate din pînză de care bolnavul miță să execute anumite mișcări singur.
- 1.7. Sora se va îngriji de lectura corespunzătoare pentru bolnav pe care o va procura de la biblioteca secției sau a spitalului.

2. Igiena generală și corporală.

- 2.1. Aerisirea salonului.
 - 2.2. Curățenia așternuturilor și a lenjeriei de corp, schimbarea ori de cîte ori bolnavul s-a murdărit, la nevoie se folosesc cîmăși desfăcute la spate, la mineci.
 - 2.3. Toaleta frecventă sub formă de băi parțiale la pat. Se va avea grijă în special în cazul bolnavilor lor cu aparate gipsate (acestea să nu se îmbibe cu apă în timpul toaletei).
- Atenție!** Se va acorda importanță toaletei personale [mica toaletă], respectîndu-se pu-doaarea bolnavului.

Obiective	Măsuri de realizare
2.4. Igiena gurii (este necesară o grija deosebită pentru bolnavii care au proteze; curățirea acestora după fiecare masă); de asemenea se va urmări igiena minilor la fiecare masă; igiena părului — săptămânal sau la două săptămâni.	
3. Alimentarea bolnavilor.	3.1. Alimentarea trebuie făcută la pat, activ sau pasiv în funcție de starea bolnavului, asigurându-l-se o poziție cât mai comodă. 3.2. Sora va respecta cu strictețe orarul meselor, servirea caldă a alimentelor și prezentarea acestora cât mai estetic.
4. Supravegherea stării generale, executarea examinărilor și tratamentelor.	4.1. Se urmărește și se notează zilnic funcțiile vitale și vegetative (puls, respirație, T.A., temperatură, diureză, scaun, tegumente, mucoasă). În cazul aparatelor gipsate, sora va urmări și semnala apariția edemelor la extremitățile libere ale membrilor. 4.2. Examinările paraclinice, tratamentele vor fi executate la pat [electrocardiogramă și aparat Roentgen portativ] sau, dacă nu este posibil, bolnavul va fi transportat cu patul la serviciul respectiv.
5. Prevenirea escarelor.	Una din complicațiile de tenut ale bolnavilor imobilizați timp îndelungat la pat o constituie escarele de decubit [mai ales, la persoane corpulente] (v. „Tehnici de îngrijire generale a bolnavilor” — cap. 9). 5.1. Sora va verifica sistematic zonele expuse la escare, cunoscând rapiditatea lor de apariție. 5.2. Va acorda mare importanță schimbării de poziție, asigurându-se în același timp poziția care să nu jeneze cu nimic bolnavul. Manevrelor se execută cu una sau două persoane, cu multă blîndețe. 5.3. Se vor asigura toate mijloacele de prevenire a escarelor. Se va asigura zilnic masaj cu o durată de cel puțin 10 minute și se va folosi orice ocazie [tratament, așezarea plosilor, bazinelelor, schimbarea lenjeriei, pentru a realiza activarea circulației prin masaj, fricțiuni cu alcool urmate de pudraje cu talc. 5.4. Bolnavului i se va oferi la timp și în mod regulat urinarul și plosca, pentru a nu murdări lenjeria. Sora sau infirmiera va trebui să asigure utilizarea lor cu promptitudine și discreție.

Obiective	Măsuri de realizare
6. Prevenirea altor complicații.	6.1. Pneumoniile hipostatice se previn prin ridicarea bolnavului în poziție sezîndă și gimnastică respiratorie de mai multe ori pe zi. 6.2. Trombozele care apar datorită înecării circuliului sanguin se previn prin masajul ușor al membrilor și mobilizarea pasivă și activă a degetelor de la picioare și mini, eventual a gambelor și a antebrațelor. 6.3. Atrofierea mușchilor și scăderea tonusului, în general, al organismului vor fi prevenite prin fricționări cu alcool diluat, pe toată suprafața corpului și prin masaj [prin acestea se stimulează funcțiile pielii și ale circulației cutanate; tonifierea vaselor și se mobilizează sistemul re-ticulo-endotelial din țesutul celular subcutanat]. 6.4. Stomatita [denumită candidoză sau muguel], care poate apărea mai des la bolnavii cu regim lăctat și hidrozaharat, se previne prin întreținerea igienei cavității bucale, clătirea cu apă bicarbonată 30%, clătirea gurilor cu apă + mentol. 6.5. Constipația poate apărea datorită lipsei de miș-testinal prin stimularea naturale pentru a nu-l obișnuim pe bolnav cu purgative sau clisme. Se recomandă un regim bogat în celuloză și lichide, dacă afecțiunea de bază nu constituie o contraindicație. Atenție! Se va ține seama că unii bolnavi nu-și pot evacua scaunele în salon în prezența altora sau în poziție culcată, pe bazineț în pat. Sora va încerca cu răbdare și mult tact să educe bol-ții. Este nevoie de izolarea lui de restul bolnavi-lor printr-un paravan. 6.6. Deformările articulare, pozițiile vicioase ale membrilor și coloanei vertebrale pot fi preve-nite prin asigurarea poziției corecte în pat. 6.7. Anghilozele [hemiplegici, paraplegici] se vor preveni prin mobilizarea pasivă încă din pri-motorie se va continua, îndată ce bolnavul este conștient sora va trebui să obțină cooperarea activă și să solicite interesul și dorința de re-cupere.

ALĂȘOIU VASILE
CTOR ÎN MEDICINA
MEDIC PRIMAR UROLOG
SEF SECȚIE
COD 265814

Comportarea personalului față de bolnavii imobilizați trebuie să fie cit se poate de atentă. Ei sînt irascibili, mai nervoși, capricioși. Sora medicală trebuie să țină seama de starea sistemului lui nervos, să aibă o comportare plină de blîndețe, atitudine calmă, să se preocupe de programul lor zilnic, să-i scoată la aer liber, balcon, eventual cu patul.

Atenția cu care este înconjurat bolnavul contribuie la întărirea încrederii lui, bolnavul va suporta mai ușor starea de imobilizare în pat.

5.

ÎNGRIJIREA BOLNAVILOR DUPĂ INTERVENȚII CHIRURGICALE ȘI TRAUMATISME

În afară de îngrijirile generale care se acordă bolnavilor după intervențiile chirurgicale (vezi „Tehnici de îngrijire generală a bolnavilor” — cap. 16) fiecărui bolnav operat i se vor acorda și îngrijiri specifice în funcție de regiunea, aparatul sau organul la nivelul căruia s-a efectuat intervenția chirurgicală.

FIG. 5.1. ÎNGRIJIREA BOLNAVILOR DUPĂ INTERVENȚII CHIRURGICALE CRANIENE

După intervențiile chirurgicale craniene, bolnavii necesită îngrijiri efectuate cu multă atenție, deoarece în creier, sînt cei mai importanți centri nervoși care coordonează funcțiile vegetative și de relație ale organismului. Unele din operațiile craniene, trepanația și craniotomia cu ablație de tumoră, hematom, malformații venoase, meningită traumatică etc. necesită următoarele îngrijiri:

Obiective de urmărit	Îngrijiri acordate
1. Transportul bolnavului de la sala de operație.	1.1. Bolnavul se transportă însoțit de medicul anesteziat. 1.2. Poziția bolnavului este cea indicată de medicul neurochirurg (bolnavul conștient, inconștient, intubat sau detubat). 1.3. În timpul transportului, se supraveghează respirația și mișcările bolnavului (mișcările brusce pot mări sîngerarea intracraniană).
2. Instalarea bolnavului.	2.1. Bolnavul se instalează în salon obișnuit sau în secția de terapie intensivă (în funcție de actul chirurgical și de starea bolnavului). 2.2. Poziția bolnavului este indicată de medic (în funcție de regiunea în care s-a efectuat intervenția):

Obiective de urmărit	Îngrijiri acordate
a. În decubit dorsal, dacă nu există contraindicații, poate fi așezat și bolnavul comatos, intubat, avînd instalată sonda gastrică; b. În semidecubit ventral (decubit lateral cu fața în jos) este așezat bolnavul comatos și neintubat pentru a preveni aspirarea lichidelor și pentru a favoriza drenaajul trahео-bronhic (fig. 56).	lichide (pentru a nu provoca sau măi edemul cerebral). 4.4. Staza gastrică și vărsătura de origine centrală, de culoare brună — „zat de cafea”, se combat prin drenaj pe sondă gastrică permanentă. 4.5. Hipertermia de natură centrală se combate prin mijloace fizice: ferestre deschise, ventilaoare, împachetări în ceasuri ude, administrare de algocalmin, antidoren, pe cale parenterală, clor-delazin. 4.6. Analgezia se face cu algocalmin i.m. (pacienții operați pe craniu nu reclamă postoperator dureri acute). 4.7. Sedarea se realizează cu fenobarbital, iar la cei foarte agitați, cu neuroleptice (de exemplu, clor-delazin). 4.8. Evacuarea vezicii urinare în caz de retenție urinară se face prin sondă vezicală „à demeure”.
2.3. Lenjeria de pat va fi protejată cu mușama și aleză (pentru eventuale emisii involuntare de urină și materii fecale).	Fig. 56. Poziția decubit ventral lateral.  3.1. Bolnavul inconștient va fi supravegheat în permanență pentru a nu-și smulge pansamentul, sondele, canula de perfuzie. 3.2. Se asigură ventilația (perturbarea ventilației agravează leziunea cerebrală care la rîndul ei produce depresie respiratorie, creîndu-se astfel un cerc vicios periculos). Se administrează oxigen. 3.3. Se supraveghează periodic funcțiile vegetative: respirația (frecvență, amplitudine), T.A., pulsul, presiunea venoasă centrală, temperatura (mai ales, rectal), la intervalele stabilite de medic. 3.4. Se observă culoarea tegumentelor. 3.5. Se observă starea hemodinamică prin monitorizare. 3.6. Se supraveghează starea de conștiență și orientare.
3. Supravegherea bolnavului.	4. Alte îngrijiri acordate bolnavului operat cranian.
Prevenirea complicațiilor.	5. Supravegherea apariției unor manifestări patologice.
6.1. Pulmonare: se recomandă bolnavului conștient să respire adînc; se schimbă poziția bolnavului; se face masajul extremităților. 6.2. Contracturilor în flexie, de la nivelul extremităților: se face masajul membrilor. 6.3. Escarelor (după intervențiile craniene, bolnavii sînt expuși fiind imobilizați la pat pentru o perioadă mai îndelungată) „se va face prin aplicarea complexului de metode cunoscute (V. Tehnici de îngrijire generale a bolnavilor” — cap. 9).	5.1. Se impune înștiințarea medicului, dacă apar: — dispneea (respirația stertoroasă, respirația Cheyne Stokes etc.); — hipotensiunea (se corectează de la caz la caz, prin transfuzie cu singe sau substituenți, perfuzie cu noradrenalină, hemiscininat de hidrocortizon, cardiotonic etc.); — creșterea T. A. asociată cu bradicardie accentuată, tahipnee; vomă explozivă (trădează creșterea tensiunii intracraniene); — slăbirea forței musculare, apariția unor pupililzi, rigiditate, convulsii, afazie (trădează apariția hematomului); — dilatarea pupilelor care devin fixe (apare în edem cerebral ireversibil).

FIȘA 5.2. ÎNGRIJIREA BOLNAVILOR DUPĂ INTERVENȚII CHIRURGICALE INTRATORACICE

Intervențiile chirurgicale intratoracice mai frecvente sînt: exereza pulmonară (rezeckia segmentară, lobectomia, pneumectomia); operațiile plastice: dre-najul pleural (pleuromia); deortizarea pulmonară; operațiile pe cord (val-vuloplastii, proteze valvulare, malformații congenitale) și pe vasele coronariene (anastomoze); esofagoplastiile; exirparea tumorilor mediastinale.

Obiective de urmărit	Îngrijiri acordate
1. Pregătirea salonului de terapie intensivă cu echipamentul necesar.	1.1. Se pregătește salonul cu: sursă de oxigen, apar- rat pentru aspirație continuă, aparate pentru monitorizare (în vederea urmăririi funcțiilor cardiorespiratorii), truse de perfuzie, truse de aerosoli, analeptice cardio-respiratorii. 1.2. Se pregătește echipament pentru reanimare (pentru cazul apariției unor complicații): bron- hoscop, trusă de traheostomie, aparat de venti- lație artificială, defibrilator etc.
2. Poziția bolnavului.	2.1. Bolnavul se instalează în poziție semișezîndă, cu patul ridicat la partea cefalică.
3. Supravegherea funcțiilor vitale și vegetative.	3.1. Se măsoară și se înregistrează: temperatura, pulsul, T. A, respirația, diureza, scaunul.
4. Asigurarea echilibrului hemodinamic și hidroelectrolitic.	4.1. Se efectuează transfuzia pentru compensarea pierderilor de singe. 4.2. Se instalează perfuzii cu soluții macromolecu- lare și ser glucosaz pentru compensarea pierde- rilor hidroelectrolitice (datorate transpirației, perspirației, expectorației).
5. Asigurarea drenajului cavității toracice.	5.1. Se poate realiza prin drenuri pleurale și aspira- ție continuă (pentru reexpansiunea plămînilui și prevenirea sechelelor).
6. Asigurarea permeabilității căilor respiratorii și ventilației pulmonare.	6.1. Tuse asistată (bolnavul va tuși, exercitînd o ușoară presiune asupra plăgii în prezența sorei). 6.2. Drenaj postural la marginea patului (bolnavul fiind menținut în decubit ventro-lateral). 6.3. Se efectuează aerosoli cu tripsină etc.

Obiective de urmărit	Îngrijiri acordate
7. Prevenirea complicațiilor.	7.1. Se administrează antibiotice pentru prevenirea infecțiilor. 7.2. Mobilizarea se face cu avizul medicului în func- ție de evoluție, de la caz la caz.
8. Depistarea precoce a complicațiilor majore.	8.1. Se solicită intervenția medicului în: șocul he- morigic; anoxie; embolie; anurie.
9. Aplicarea măsurilor de recuperare funcțională precoce.	9.1. Se efectuează gimnastică respiratorie la indica- ția medicului (inspirații și expirații profunde completate de mobilizarea brațului de partea operației).

FIȘA 5.3. ÎNGRIJIREA BOLNAVILOR DUPĂ INTERVENȚII INTRAABDOMINALE

Intervențiile chirurgicale pe abdomen sînt cele mai numeroase: laparoto-mie, gastrectomie, rezecție gastrică, apendicectomie, intervenții pe intestinul
subțire și intestinul gros, intervenții pe căile biliare și ficat etc.

Obiective de urmărit	Îngrijiri acordate
1. Asigurarea unei poziții comode.	1.1. Din seara zilei intervenției chirurgicale, bolna- vul va fi așezat în decubit dorsal cu genunchii flectați (sustinuți pe o pernă moale, sub regiunea poplice), poziție care asigură relaxarea muscu- laturii abdominale în scopul atenuării durerilor locale.
2. Mobilizarea bolnavului.	2.1. Se face cit mai precoce, gradat, chiar din pri- ma zi după intervenția chirurgicală (pentru a preveni unele complicații pulmonare, renale etc. este necesară mobilizarea membrilor inferioare însotită de mișcări de respirație). 2.2. Cu ajutorul unor hățuri se va efectua mobi- lizarea activă în pat; se înalță astfel contractura peretelui abdominal.
3. Compensarea pierderilor de lichide.	3.1. Se administrează pe cale parenterală soluții hidroelectrolitice cu aport caloric (glucoză 50%, 100%, ser fiziologic, clorură de potasiu.etc.). 3.2. Se administrează pe cale orală apă sau alte lichide, cu lingurița (600—700 g).

Obiective de urmărit	Ingrijiri acordate
4. Supravegherea funcțiilor vitale și vegetative.	4.1. Se măsoară și se înregistrează zilnic temperatura, pulsul, T.A., diureza.
5. Asigurarea regimului alimentar.	5.1. În primele trei-patru zile după intervențiile chirurgicale intraabdominale nu se vor da lichide indurabile, lapte (prin fermentație produc bacterii). 5.2. După rezecția sau anastomoza jejunală, regimul va fi constituit astfel: a. În primele două zile bolnavul nu va ingera absolut nimic, administrându-i-se pe cale parenterală soluții cu electroliți și proteine; b. din ziua a 3-a i se vor da bolnavului rare înghițuri de cea nedulcitată (1/2 kg în 24 ore); c. în zilele următoare i se vor da treptat ouă, bulion de carne, iaurt (în funcție de reluarea tranzitului intestinal) etc. Atenție! După rezecție gastrică, bolnavii vor fi alimentați cu cantități mici de alimente calde, la intervale de 2—3 ore. 5.3. După intervențiile chirurgicale pe căile biliare și ficat, bolnavul primește același regim ca și pentru stomac (fără ouă). 5.4. După intervențiile pe intestinul gros: în prima săptămână se instituie o dietă hیدrică sau se prescrie o dietă restrinsă cu minimum de deșeurii (pentru a inhiba motricitatea intestinală), administrând totodată câte două linguri de ulei de parafină de 2—3 ori pe zi.
6. Combaterea complicațiilor.	6.1. Se efectuează spăltură gastrică (combate vărsăturile cauzate de staza gastrică). 6.2. La indicația medicului se pot combate vărsăturile rebelle (care nu cedează după îngrijirea curentă), prin administrarea medicamentelor anti-vomitiv (Emitral, Torecan, Droperidol) sau prin administrare de neuroleptice. 6.3. Balanșările datorate parezei intestinale și hipertoniiei sfincterelor se combat prin introducerea tubului de gaze, prin administrarea intravenos a soluției de clorură de potasiu, prin administrarea extractului de lob posterior de hipofiză. 6.4. Sughișul se combate prin aplicarea pungii cu glică pe regiunea epigastrică, prin comprimarea regiunii sino-carotidiene, prin administrarea per os de tinctură valeriană (3×20 picături pe zi), prin administrarea i.v. a soluției de clorură de sodiu (20—60 ml 20%) sau administrarea de novocaină (1% 20 ml).

Obiective de urmărit	Ingrijiri acordate
6.5. Complicațiile pulmonare se previn prin efectuarea gimnasticii respiratorii, masajului la nivelul toracelui, schimbarea poziției, mobilizarea pectorului, combaterea preoperator a infecțiilor (acute sau cronice) căilor respiratorii, prin administrarea de antibiotice, expectorante, aspirarea secretelor din căile respiratorii.	6.6. Eviscerația (se poate produce la sfârșitul primei săptămâni după intervenția chirurgicală, manifestându-se printr-o durere vie apărută brusc la nivelul plăgii, imediat după un efort de tuse, strănut, vărsături) se previne printr-o compresie moderată a plăgii operatorii cu palmele (în cazul în care s-a produs se impune refacerea imediată a suturilor, chirurgical).
7. Asigurarea îngrijirilor speciale.	A. După intervențiile pe căile biliare și ficat: 7.1. Într-un vas plasat sub patul bolnavului se va introduce capătul liber al drenului pentru evacuarea bilei, urmărindu-se ca drenul să nu se cudeze (oprește drenarea). 7.2. Se vor măsura și înregistra cantitatea și aspectul excreției biliare (devine limpede prin scăderea fenomenelor inflamatorii, fără flocoane și puroi). 7.3. La 2—3 zile postoperator se luxează drenul. 7.4. La 3—4 zile se extrage drenul. 7.5. La 12 zile se scoate din celedoc tubul Kehr. B. După intervențiile pe rect și anus: 7.1. Se introduce în rect o sondă de cauciuc după intervenție. 7.2. Primul pansament (care se efectuează în ziua a 3-a după intervenția chirurgicală), fiind foarte dureros, se va aplica după administrarea de analgezice și după umezirea în prealabil a pansamentului vechi cu o soluție de hiperamanganat de potasiu. 7.3. Bolnavul va face o baie de șezut după defecare înainte de a i se schimba pansamentul. 7.4. Băile de șezut cu permanganat de potasiu, Romazulan sau ceal de mușeșel se efectuează continuu, până la vindecarea completă.

BALĂȘOIU VASILE
 DOCTOR ÎN MEDICINĂ
 MEDIC PRIMAR UROLOG
 ȘEF SECȚIE
 COD 265814

FIGA 5.4. ÎNGRIJIREA BOLNAVILOR
DUPĂ INTERVENȚII CIEIURGICALE PE APARATUL
URO-GENITAL

— Intervenții pe rinichi: nefrectomie, nefropexie, nefrolitotomie, nefroli-
tomie bivalvă, pielolitotomie, intervenții plastice reparatoare.
— Intervenții pe ureter: ureteroli ze, ureterolitotomie, ureterorafi-
e.
— Intervenții pe vezică: cistotomie, cistostomie, cistectomie parțială, ure-
terocistostomie, adenomectomie pe cale transvezicală.
— Operații pe organele genitale externe: varicocei, hidrocei, epididimii,
orhiopidimii, operații plastice în hipospadias, epispadias.

Obiective de urmărit	Îngrijiri acordate
1. Protecția lenjeriei de pat.	1.1. Peste lenjeria de pat se așază mușama și alază contra umezirii cu urină etc., care se vor schimba ori de câte ori se murdăresc.
2. Asigurarea evacuarii urinei.	2.1. Urina va fi captată prin drenuri, sonde, în uri- nare transparente (de sticlă sau material plas- tic). Cele mai multe operații urologice se termină prin introducerea drenurilor și sondelor des- tinate evacuarii urinei. 2.2. Urinarele se vor așeza la un nivel inferior fis- tulei (eventual suspendate de marginea patului). 2.3. Urinarele vor fi închise etanș cu un dop care prezintă un orificiu cu diametru identic cu al tubului care se racordează la dren sau sondă. 2.4. Urinarele și tuburile vor fi dezinfectate, înainte de întrebunțare, pentru a se preveni infecția urinară ascendentă. În urinare se introduce o so- luție antisepică (50—100 ml) care să abă și un efect deodorant. 2.5. Tuburile și sondele permanente vor fi introduse în urinar fără eudăi, cu lumenul neobstruat de penetru sau fundul urinariului și nesuspendate deasupra lichidului urinar (nu ar mai permite scurgerea). Atenție! Se va controla permanent pentru a des- copri la timp întreprinderea scurgerii de lichid prin sonda de drenaj (poate fi cauzată de ob- strucția, deplasarea sau eudarea sondei). Ob- strucția tubului de dren poate compromite total siguranța urologică și, mai ales, plastică.

Obiective de urmărit	Îngrijiri acordate
3. Efectuarea pansamentului în jurul drenurilor.	3.1. Se protejează pielea cu un strat de vaselină (în caz de excreție abundentă). 3.2. Pansamentul (câteva comprese de tifon) fiind tăiat perpendicular pe una din laturi, va fi apli- cat de jos în sus (cu tăietura în jurul drenului) și apoi a doua compresă de tifon de sus în jos, astfel încât drenul să rămână în centrul pansa- mentului. 3.3. Fixarea pansamentului se va face cu o bucată de tifon (cu un orificiu prin care să treacă dre- nul), lipită de jur-împrejur cu mastizol sau benzi adezive.
4. Urmărirea excreției de urină.	4.1. Se supraveghează culoarea și aspectul excreției (pentru a depista apariția de sînge sau puroi). 4.2. Se înregistrează atât cantitatea de lichid care se scurge prin drenuri cît și cantitatea de urină care este excretată pe cale naturală.
5. Pregătirea materialului pentru spălături.	5.1. Pentru spălătura vezicală prin sonda introdusă în fistulă sau uretră, se pregătesc seringă Janet sau Guyon și soluția prescrisă de medic (v. fig. 49). 5.2. Pentru spălătura prin drenurile introduse în ri- nichi și bazine, se pregătesc o seringă de 20 ml și o soluție prescrisă de medic.
6. Mobilizarea bolnavului.	6.1. Pentru prevenirea unor complicații postopera- torii se recomandă o mobilizare cît mai precoce a bolnavului, dar numai după ce s-au fixat bine drenurile.
7. Aplicarea măsurilor igienice.	7.1. Se va efectua toaleta bolnavilor la pat, tegumen- tele și mucoasele vor fi întreținute în stare de igienă perfectă (se vor face băi parțiale, iar bol- navelor operate și imobilizate li se vor efectua spălături vaginale). 7.2. Se vor aerisi permanent saloanele, inclusiv anexele secției.
8. Prevenirea și combaterea complicațiilor.	8.1. După operații urologice poate apărea „febra uri- nară”, o complicație specifică, care se manifestă prin febră ridicată și frisoane, timp de 3—4 zile; cedează după administrarea antibioticelor. 8.2. Bolnavilor cu drenaj pe aparatul urinar li se vor efectua uroculturi și antibiogramme pentru aplicarea tratamentului cu antibiotice. 8.3. În cazul supurațiilor se vor efectua periodic re- coltări de secreție de la nivelul drenurilor pen- tru culturi și antibiogramme.

FIGA 5.5. ÎNGRIJIREA BOLNAVIILOR CU TRAUMATISME CRANIO-CEREBRALE

Leziunile traumatice cranio-cerebrale apar ca urmare unor factori fizici care acționează direct (fig. 57) sau indirect (fig. 58), precum și datorită unor factori biologici (vîrstă, stăruie toxică, alcoolism, neuroleptice, opioide, arterioscleroză etc.).

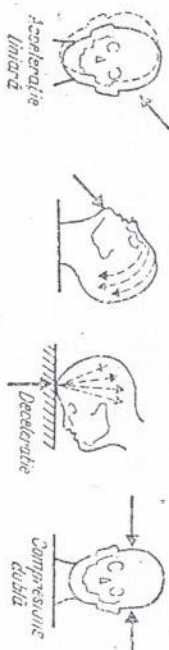


Fig. 57.

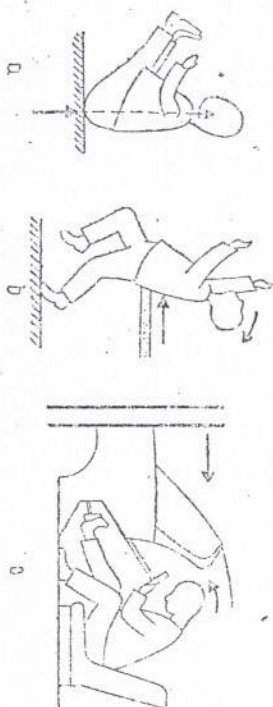


Fig. 58. Acțiuni traumatice indirecte cu impact extracranian: a — cadere pe occiput; b — impactul vertebral produce o accelerație bruscă a capului; c — firă împinse.

Traumatismele craniene pot fi închise sau deschise și pot interesa: scalpul, cutia craniană (fracturile sunt însoțite de leziuni cerebrale), substanța cerebrală (comotie, contuzie, dilatare, hematom intracerebral, edem), leziunile extracerebrale (hematom extracranial, subdural și meningial serosă).

Obiective de urmărit	Îngrijiri acordate
1. Îngrijiri la locul accidentului.	1.1. Se anunță salvarea și serviciul de specialitate. 1.2. Se degațază victima cu mîini precaute. 1.3. Se observă starea de conștiință: agitație, anxietate, torpoare, stupor, obnubilare, contuzie corneă. 1.4. Se așază victima în funcție de starea de conștiință: a. în poziție de decubit dorsal cu capul ușor ridicat. b. în decubit lateral, cu cavitatea bucală punctul cel mai decliv.

Obiective de urmărit	Îngrijiri acordate
1.5. Dacă este cazul se previne căderea limbii, susținînd mandibula sau tracționînd limba în afară.	1.5. Dacă este cazul se previne căderea limbii, susținînd mandibula sau tracționînd limba în afară.
1.6. Se observă: dacă s-au produs hemiplegie sau alte paralizii, scurgeri de lichid cefalorahidian, sînge-echimoză orbitală, asimetria feței.	1.6. Se observă: dacă s-au produs hemiplegie sau alte paralizii, scurgeri de lichid cefalorahidian, sînge-echimoză orbitală, asimetria feței.
1.7. Se acoperă bolnavul (dacă este cazul).	1.7. Se acoperă bolnavul (dacă este cazul).
1.8. Dacă există plagă, se acoperă cît mai aseptice, iar în caz de hemoragie externă abundentă se efectuează hemostaza provizorie.	1.8. Dacă există plagă, se acoperă cît mai aseptice, iar în caz de hemoragie externă abundentă se efectuează hemostaza provizorie.
1.9. În cazul scurgerii de L.C.R. pe nas, pe urechi, pe gură sau direct din plagă, nu se efectuează tamponare pentru că aceasta poate favoriza creșterea tensiunii intracraniene sau provoca o suprainfecție meningelui.	1.9. În cazul scurgerii de L.C.R. pe nas, pe urechi, pe gură sau direct din plagă, nu se efectuează tamponare pentru că aceasta poate favoriza creșterea tensiunii intracraniene sau provoca o suprainfecție meningelui.
1.10. Se culeg informații de la martori asupra modului în care s-a produs accidentul și se rețin martorii.	1.10. Se culeg informații de la martori asupra modului în care s-a produs accidentul și se rețin martorii.
1.11. Se verifică dacă bolnavul este în stare de ebrietate (poate masca tabloul clinic al traumatismului).	1.11. Se verifică dacă bolnavul este în stare de ebrietate (poate masca tabloul clinic al traumatismului).
2. Îngrijiri acordate după sosirea salvării. Asigurarea ventilației.	2.1. Se asigură permeabilitatea căilor respiratorii prin aspirare, intubație. 2.2. Se administrează oxigen (traumatizatul crano-cerebral este expus de la început insuficienței respiratorii).
3. Efectuarea transportului.	3.1. Poziția este indicată de starea bolnavului: în decubit dorsal, cu capul bine sprijinit de o parte și de alta, pentru a nu se călîna sau în decubit lateral.
4. Primele îngrijiri acordate în serviciul de specialitate.	Atenție! Chiar dacă victima nu simte nimic anormal nu va fi lăsată să umble. 4.1. Se dezbracă victima, cu prudență, pe țargă, ținînd hainele la cusături și evitînd tracțiunea brațelor prin îndepărtarea mîneilor. 4.2. Toaleta va fi redusă la minimum, ștergînd suprafețele murdărite ale corpului cu un șervet ud.
5. Îngrijirea plăgii.	5.1. Se taie cu foarfecele părul lipit de sînge și se rade părul din jurul plăgii. 5.2. Se efectuează profilaxia antitetanică.

Obiective de urmărit	Îngrijiri acordate
6. Atitudinea în cazul bolnavilor în stare gravă (comă).	6.1. Se efectuează toaletă traheo-bronșică prin aspiraarea materiei străine. 6.2. Se evacuează conținutul gastric prin sondă (pentru a evita înfundarea faringelui). 6.3. Medicul efectuează intubație traheală cu sonda cu balonș (asigură etanșitate și evită înecarea sondei de pereții traheei).
7. Pregătirea salonului.	7.1. După efectuarea unor investigații (examen radiologic, angiografie) și eventuale a unei intervenții chirurgicale de urgență, victima va fi introdusă în salonul de terapie intensivă sau într-o rezervă liniștită cu lumina redusă. 7.2. Lenjeria de pat va fi protejată cu mușama și aleză (deoarece leziunile craniocerebrale se pot asocia cu incontinență de urină și materii fecale). 7.3. Pacii va fi prevăzută cu grilaje laterale pentru bolnavii comatoși agitați.
8. Ținutarea funcțiilor vitale și vegetative.	8.1. Se vor supraveghea: T.A. (poate fi în limite normale), pulsul (usor tahicardic), respirația, temperatura. 8.2. La intervale stabilite de medic, se vor măsura și nota: diureza și scaunul. 8.3. Se va măsura zilnic frecvența corporală și se va calcula bilanțul hidric.
9. Îngrijiri ce se acordă traumatizantului în perioada acută.	9.1. Bolnavul va fi imobilizat în decubit dorsal. 9.2. În primele 24 de ore va fi redus aportul de lichide în vederea diminuării edemului cerebral. 9.3. Alimentația bolnavilor în comă, în primele 24—48 ore, se efectuează parenteral, iar după 2—3 zile se începe concentrat alimentarea prin sondă gastrică. 9.4. Se va efectua toaleta regiunii traumatizate, tegumentele și mucoasele fiind întregite cu infuzii de soluție de igienă perfectă. 9.5. În cazul retenției de urină se introduce sonda „à demeure”.
10. Depistarea unor complicații și măsurile ce se impun.	10.1. Cianoză însoțită de tahipnee: se administrează oxigen. 10.2. Respirația cu caracter stertoros = toaletă nazoz-faringiană, aspirarea conținutului cavității bucale, laringelui, traheei și traheostomia. 10.3. Hipertensiunea arterială însoțită de bradicardie cedează după restabilirea ventilației.

Obiective de urmărit	Îngrijiri acordate
10.4. Hipertensiunea progresivă, semn al compresiei bulbare = administrarea de sulfat de magneziu, diuretice, neuroleptice (clordelazin etc.).	10.4. Hipertensiunea cauzată de obicei de hemoragii (de exemplu, leziuni ale scapului) se combat prin transfuzie, ridicarea membrilor inferioare cu 45°.
10.5. Hipotensiunea cauzată de obicei de hemoragii (de exemplu, leziuni ale scapului) se combat prin transfuzie, ridicarea membrilor inferioare cu 45°.	10.6. Bradicardia, semnul unei compresii progresive, impune intervenția chirurgicală.
10.6. Bradicardia, semnul unei compresii progresive, impune intervenția chirurgicală.	10.7. Edemul cerebral manifestat prin stare de agitație, comă de la gradul I până la gradul IV, midriază uni- sau bilaterală, turburări respiratorii = intubarea, protezarea respiratorie și intervenția chirurgicală acolo unde sînt semne de focar (hemiplegie, midriază unilaterală). Edemul se mai combat prin administrarea i.v. a soluției de glucoză 33%, soluție clorură de calciu 10%/o.
10.7. Edemul cerebral manifestat prin stare de agitație, comă de la gradul I până la gradul IV, midriază uni- sau bilaterală, turburări respiratorii = intubarea, protezarea respiratorie și intervenția chirurgicală acolo unde sînt semne de focar (hemiplegie, midriază unilaterală). Edemul se mai combat prin administrarea i.v. a soluției de glucoză 33%, soluție clorură de calciu 10%/o.	10.8. Accesele convulsive se combat prin administrarea de fenobarbital sau diazepam.
10.8. Accesele convulsive se combat prin administrarea de fenobarbital sau diazepam.	10.9. În starea de agitație psihomotorie asociată cu starea de inconștiență se administrează neuroleptice (Clordelazin etc.). În vărsături incoercibile se administrează sondă de aspirație gastrică și se administrează sedative (Largactil, Droperidol, Torecan etc.).
11. Prevenirea și complicatilor.	11.1. În vederea prevenirii complicațiilor infecțioase (meningite, meningocelitalite, hematorne absces) se respectă cu strictețe regulile de asepsie în îngrijirile acordate și se administrează antibiotice.
11.2. În vederea prevenirii escărilor se aplică măsurile cunoscute (schimbarea poziției la intervale de 2—3 ore, a lenjeriei, efectuarea de masaje regiunilor expuse etc.).	

FIȘA 5.6. ÎNGRIJIREA BOLNAVILOR CU TRAUMATISME ALE FEȚEI ȘI GÎTULUI

Comparativ cu alte părți ale corpului, fața este expusă acțiunii agenților traumatici, suportînd leziuni care uneori se pot asocia cu fracturi ale bazei craniului, obstrucția căilor respiratorii sau hemoragii marcate. Acestea pot fi leziuni ale părților moi, leziuni ale părților moi asociate cu leziuni osoase, fracturi ale oaselor, luxații.

Obiective de urmărit	Îngrijiri acordate
1. Asigurarea eliberării căilor respiratorii superioare:	1.1. Capul traumatizatului este aplecat înainte (dacă este în poziție șezând) sau va fi întors într-o parte (dacă acesta este în decubit dorsal). 1.2. Faringele se curăță de mucozități, cheaguri, secreții, cu ajutorul tamponelor umede și mișcate cu un portlanț-pen. 1.3. Cu o pensă se îndepărtează corpii străini mobili înclavați în țesuturi. 1.4. Se curăță cavitatea bucală cu apă, soluție salină izotonică sau soluție Rivanol 1‰, cu ajutorul irrigatorului sau seringii Guyon. 1.5. Când este cazul se scoate limba afară cu o pensă sau cu degetele învelite în comprese. Dacă aceste măsuri sînt insuficiente, pentru 24-48 ore se practică intubația traheală, laringelotomia sau traheotomia.
2. Efectuarea hemostazei.	2.1. Se controlează sîngerarea care poate fi mascată prin revărsarea singelui în cavitățile anexe ale feței sau prin înghițarea singelui. 2.2. Se efectuează hemostaza: în epistaxis, prin tamponament anterior (cu o mersă sterilă umedă în soluție salină izotonică și diluind nările cu speculul nazal sau cu o pensă anatomică) sau tamponament posterior.
3. Evidențierea fracturilor.	3.1. Se cercetează simetria regiunilor feței. 3.2. Se palpează simetric, depistînd deconvellerile osoase, durerea, crăcmentul, mobilitatea patologică. 3.3. În caz de fractură diagnosticată radiografic (fig. 59), maxilarul inferior se imobilizează printr-un vîzoriu cu o bandă elastică rezistentă sau cu o bucată de pînză.
4. Îngrijirea după tratamentul chirurgical.	4.1. Se asigură igiena bucală după mesă, prin spălături bucale cu Rivanol 1‰ sau cu apă oxigenată (o lingură la un palmar de apă) cu seringă Guyon sau cu un irrigator. 4.2. Îngădește, esecorifiile buzelor se tratează cu un unguent recomandat de medic. 4.3. Se administrează alimentație bogată în hidraturi și proteine (necesare pentru rolul lor plastic) sub formă de lichide, semilichide, pușturi (lapte și derivatele sale, ouă, supe concentrate).

Obiective de urmărit	Îngrijiri acordate
4.4. În primele zile, în unele cazuri, bolnavul va fi alimentat prin sondă nazo-esofagiană.	trate de carne, sucuri de fructe, terciuri de fructe etc.).
4.5. După cîteva zile bolnavul se poate alimenta singur cu lingura, lingurița sau printr-un tub de suclune.	Fig. 59. Poziții radiologice curente pentru evidențierea unor regiuni ale scheletului facial afectate mai frecvent prin traumatisme: a — masiv cranio-facial postero-anterior în poziția menton-placă 45°; b — masiv cranio-facial postero-anterior în poziție nas-frunte-placă; c — masiv cranio-facial antero-posterior occipital-placă (folosită pentru bolnavii imobilizați la pat).
4.6. În cazuri excepționale bolnavul este alimentat prin sondă faringo-esofagiană sau gastrostomie.	

FISA 5.7. ÎNGRIJIREA BOLNAVIILOR CU TRAUMATISME ALE CUTIEI TORACICE

Traumatismele toracelui pot interesa: cutia toracică (fracturi costale, vîrtejuri costale, fracturi ale sternului) sau viscerale (contuzie pulmonară, hemothorax, ruptura pulmonară, rupturi ale arborului traieobronșic, rupturi ale esofagului și leziuni ale cordului și vasei mari).

— Tehnici speciale de îngrijire a bolnavilor

Obiective de urmărit	Îngrijiri acordate
A. ÎNGRIJIRI ACORDATE LA LOCUL ACCIDENTULUI. 1. Primele măsuri.	1.1. Se anunță salvarea, avertizând totodată serviciul de specialitate. 1.2. Se degajă victima cu multă grijă. 1.3. În cazul în care nu sînt prezente semne de șoc, victima se așază în poziție semizecîndă, cu toracele bine sprijinit. În cazul apariției semnelor de șoc, traumatizatul va fi așezat în decubit dorsal sau poziție decîlvă. 1.4. Bolnavul se acoperă pentru a se preveni șocul prin răcire. 1.5. Asigurarea ventilației se face prin respirație artificială „gură la gură” (dacă respirația spontană încelează). În cazul fracturilor costale, nu se imobilizează toracele prin bandajare circulară compresivă: în cazul veteului costal se imobilizează partea lezată cu benză de leucoplast, în cazul leziunilor deschise plaga peretelui toracelui se obstruează etanș cu un tampon de tifon sau confecționat din orice piază curată.
B. ÎNGRIJIRI ACORDATE DUPĂ SOSIREA SALVĂRII.	2.1. Asigurarea ventilației se efectuează prin aspirație faringiană și prin instalarea pipei Gueddel în cazul obstrucției căilor respiratorii superioare, care se manifestă prin mișcări ample ale toraceiui, cu jet expirator insuficient, raluri „stridor laringian”.
3. Măsurarea funcțiilor vitale.	3.1. Se măsoară și se notează: pulsul, T.A.
4. Calmarea durerii.	4.1. Se efectuează infiltrații cu novocaină sau xilină. Atenție! Sînt interzise calmantele care deprimă centrul respirator (opioace).
5. Efectuarea transportului.	5.1. Traumatizatul va fi așezat în poziție semizecîndă, orizontală sau decîlvă, după caz. 5.2. Traumatizatul va fi supravegheat cu atenție pentru a se putea interveni cu promptitudine la apariția unor modificări.
C. ÎNGRIJIRI ACORDATE ÎN SERVICIUL DE SPECIALITATE	După aplicarea ansamblului de măsuri medico-chirurgicale de specialitate pentru cercetarea leziunilor, victima va fi instalată în salonul de terapie intensivă.

Obiective de urmărit	Îngrijiri acordate
6. Poziția bolnavului.	6.1. Traumatizatul este așezat în poziție semizecîndă.
7. Supravegherea și notarea funcțiilor vitale și vegetative.	7.1. Se măsoară pulsul și se notează la intervale variabile în funcție de stabilitatea pe care o prezintă (intervalele pot varia de la 5 minute la 2 ore). 7.2. Se urmărește respirația din punct de vedere al frecvenței, ritmului (la intervale variabile). 7.3. Se măsoară și se notează: T.A., temperatura, diureza, scaunul.
8. Urmărirea apariției unor manifestări patologice.	8.1. Se urmărește apariția unor manifestări ce trădează hemoragia internă: paloarea, tahicardia, scăderea T.A. 8.2. Se urmăresc manifestări ce apar în pneumotorace: dispnee, polipnee, tahicardie, cianoză, transpirații; semne de șoc: paloarea feței, extremități cianotice, transpirații reci, tahicardie, scăderea T.A.
9. Asigurarea condițiilor de igienă.	9.1. Se va efectua loaleta generală zilnică pentru menținerea în stare perfectă de igienă a tegumentelor și mucoaselor (bala la pat la intervale permise de starea bolnavului).
10. Prevenirea unor complicații.	10.1. Deoarece pneumonia complică adesea traumele cutiei toracice se administrează antibiotice, expectorante pentru prevenirea acestora. 10.2. Se efectuează drenaj postural, oxigenoterapie și gimnastică respiratorie. 10.3. Se aplică metodele cunoscute de prevenire a escarelor.

FIȘA 5.8. ÎNGRIJIREA BOLNAVIILOR CU TRAUMATISME VERTEBROMEDULARE

Majoritatea traumatismelor coloanei vertebrale (luxații, fracturi ale corpurilor, arcurilor sau apofizelor vertebrale — fig. 60) produc leziuni ale măduvei (comioție medulară, contuzie medulară reversibilă sau ireversibilă, compresie prin fragmente osoase sau hematom, secțiune totală sau parțială a măduvei). În luxații cervicale, imobilizarea se face prin „guler Schantz” (fig. 61).



Fig. 60. Fractura epifizei superioare C₇.

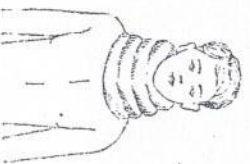
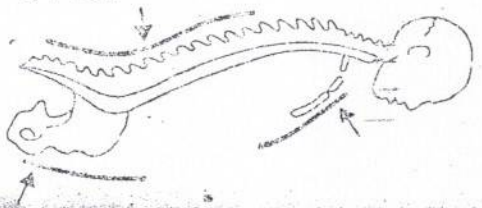


Fig. 61. Guler Schantz.

Fig. 62. Schema punteilor de sprijin ale unui aparat gipsat aplicat în fracturile toraco-lombare instabile (corset).



Reconstrucerea fracturilor de coloană (semnele fiind în funcție de intensitatea leziunilor) și a leziunilor medulare: traumatizării au dureri intense; mișcările coloanei sînt foarte limitate, victima nu se poate ridica și nu-și poate îndrepta spatele.

Atenție! Se poate totuși ca în cazul unor fracturi importante, fără deplasarea înghetărilor vertebrale, tabloul clinic să fie sărac.

Tulburările neurologice depind de:

- intensitatea leziunii: secțiune parțială sau totală a măduvei; compresiiune prin fragmente osoase sau hematomi; contuzia măduvei;
- nivelul la care s-a produs leziunea la nivelul coloanei cervicale produce tetraplegie, paraliză organelor bazinului, tulburări trofice importante, la nivelul coloanei dorsale sau lombare produce paraplegia. Se aplică aparat gipsat (fig. 62).

Obiective de urmărit	Îngrijiri acordate
Îngrijiri acordate la locul accidentului:	
Atenție! Există marele pericol ca în timpul primului ajutor sau transportului, prin deplasarea fragmentelor osoase de la nivelul fracturii, leziunile coloanei vertebrale să se complice cu leziuni ireversibile ale măduvei, care vor determina, în funcție de regiunea afectată, grave tulburări neurologice.	
1. Degajarea victimei.	1.1. Accidentatul, conștient și în stare de veghe, va fi deșezat în poziție șezândă (sub dărmături etc.), va fi deșezat fără a se exercita tracțiuni pe membre.
2. Așezarea accidentatului pe targă.	2.1. Victima va fi așezată pe o targă rigidă de către patru persoane, acționînd în același timp.

Obiective de urmărit

Îngrijiri acordate

- 2.2. Poziția accidentatului pe targă va fi în decubit dorsal (pentru cel conștient) sau în decubit ventral (pentru cel comatos).
- 2.3. Sub regiunea cervicală se introduce un sul.
- 2.4. Dacă victima prezintă dureri în regiunea cefei sau brațelor, extremitățile cefalice se imobilizează cu saci de nisip așezați latero-cervical.

Îngrijiri acordate după șosirea salvării:

- 3.1. Avînd în vedere că leziunile importante vertebromedulare se asociază deseori cu starea de șoc, se începe tratamentul șocului (v. fișa 4.13).

4. Transportul.

- 4.1. Accidentatul va fi transportat în cel mai scurt timp la un serviciu de specialitate, evitîndu-se trepidările în timpul transportului.

Îngrijirile acordate în saloanul de terapie intensivă:

1. Patul paraplegicului prevăzut cu rotile, cu saltea cauciucată, lat pentru a permite schimbarea de poziție și mai înalt pentru a se putea efectua mică intervenție (bronhoaspirație, traheostomie etc.). Sub nivelul somierei patului va avea rafturi pentru borcele de drenaj.
2. Patul rotativ sau basculant pentru traumatizații cervicale prevăzut cu un motor electric permite schimbarea de poziție în decubit dorsal și ventral.
3. Patul cu saltea antidecubit, compartimentat, care produce presiuni ritmice alternative, la nivelul decubitului care vine în contact cu saltea.

5. Supravegherea bolnavului în prima oră.

- 5.1. Se vor urmări T.A. și pulsul din sfert în sfert de oră. Hipotensiunea arterială, produsă prin paraliză vasomotorilor sub leziunea medulară, semn al șocului spinal, va fi combătută prin perfuzii, transfuzii de sânge, administrare de cortizon.

6. Asigurarea unei ventilații optime.

- 6.1. Ventilația pulmonară insuficientă devine cauza unei hipersecreții viscoase și aderente care obstruează căile respiratorii; se combate prin aspirație periodică și administrarea unor substanțe fluidifiante.
- 6.2. Bolnavul este îndemnat să respire adînc, să tusească, să facă gimnastică respiratorie.

Obiective de urmărit	Îngrijiri acordate
7. Schimbarea poziției.	7.1. Se face sistematic schimbarea poziției din 2 în 2 ore de către o echipă bine instruită (în afara bolnavilor traumatizați cervical care sunt supuși extensiiei).
8. Combaterea hipertermiei.	8.1. Febra de 39—41°C a traumatizării vertebromedular cervicale se combate prin împachetări reci cu ceasuri ude, care se schimbă din 10 în 10 minute, ventilație, administrare de algocalmin, anidoren, piramidon, clordelazin (dacă i.A. o pernite).
9. Combaterea distensiei abdominale.	9.1. Distensia abdominală, datorată parezei intestinale și stazei secrețiilor digestive (agravând tulburările respiratorii prin compresie asupra diafragmului) se combate prin: excluderea alimentelor generate de fermentație, administrarea de soluție clorurată hipertonică, niostin, oxicin, fosfobion, laxative, supozitoare cu glicerină, extracție manuală a fecaloamelor, clismă înaltă cu soluție salină rece, drenaj as-pirator duodenal continuu.
10. Îngrijirea vezicii neurogene.	Vezica paralizată se comportă diferit în funcție de leziunea medulară (sediu, întindere) și în funcție de stadiul paraplegiei sau tataraplegiei. 10.1. În faza de șoc medular (care poate să dureze 14—28 zile), se produce retenție de urină, cu distensia vezicii (glob vezical) din care urina regurgitează prin prea plin. În această situație se impune drenarea vezicii cu sonda Foley care în primele săptămâni se schimbă la 3 zile iar apoi săptămânal. 10.2. Se face și îngrijirea vezicii cu soluții antiseptice (de exemplu: permanganat de potasiu 1/5 000) printr-un sistem de sifonaj înalt, care permite umplerea și evacuarea ritmică a vezicii, realizând o gimnastică a peretelui vezicii pentru prevenirea hipertoniilor și sclerozelor. Atenție! În afara respectării riguroase a măsurilor de asepsie, cu ocazia drenajului vezicii se va efectua periodic controlul bacteriologic al urinei, înlocuindu-se la nevoie antibioterapia sau chimioterapia.

Obiective de urmărit	Îngrijiri acordate
11. Alimentarea bolnavului.	11.1. Se va combate inapetența fiind scimă de di-rințele bolnavului. Se alimentează pasiv. 11.2. Alimentele vor fi bogate în vitamine, proteine (70—80 g pe zi, în primele zile, iar apoi 150—200 g pe zi). În momentul în care distensia abdominală a fost redusă, regimul va cuprinde: lapte, carne, făinoase. Atenție! În timpul hrănirii, capul bolnavului nu se ridică.
12. Prevenirea tulburărilor trofice.	12.1. Escarele vor fi prevenite prin metodele cunoscut, care vor fi aplicate cu asiduitate și griji și se vor combate complicațiile septice. 12.2. Edemele se vor combate prin masaj, ridicarea picioarelor. 12.3. Amiotrofiile se combat prin masaj și administrare de glicocol.
13. Psihoterapia bolnavului.	13.1. Într-o echipă medico-sanitară trebuie să con-tribui la ridicarea moralului bolnavului.

FIȘA 5.9. ÎNGRIJIREA BOLNAVIOR CU TRAUMATISME ALE BAZINULUI

Fracturile pelvisului pot fi: unice sau multiple, unele putându-se asocia cu leziuni ale vezicii sau uretrei (fig. 63).

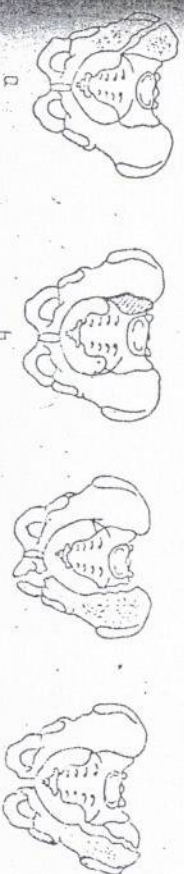


Fig. 63. Fracturi de bazin:
a, b — unice; c, d — duble (ale încluziei pelvine).

În general, în îngrijirile ce se acordă, se procedează ca și în procesul înviorării coloanei vertebrale.

Recunoașterea fracturii de bazin:

1. Poziția caracteristică a victimei este „poziția broască” (genușele flexate la genunchi și coapsele în abducție), în fractura celor două oase coxale în pubis și ischion;
2. Mobilitate anormală a bazinului;
3. Victima acuză durere ascuțită prin compresie frontală sau sagitală;
4. În cazul leziunilor căilor urinare, bolnavul se plinge de dureri abdominale, apare sînge în urină; bolnavul prezintă retenție la urină, dar are continuu senzația de micțiune.

Obiective de urmărit	Îngrijiri acordate
I. Dezocarea	1.1. Fracturile bazinului (fiind produse de traumatisma foarte violentă), fiind foarte hemoragice, pot produce șocul, care impune aplicarea măsurilor de urgență pentru deșocare.
II. Transportul victimei.	2.1. Victima se transportă pe o targă rigidă, în decubit dorsal, cu membrele inferioare flectate în articulațiile coxofemorale și genunchi, cu un sul rigid așezat în regiunea poplitee.
III. Diferite măsuri ce se iau după examenul medical și examenul radiologic.	3.1. Reducerea fracturilor simple și unice și plastrarea bolnavului într-un pat rigid în poziție de decubit dorsal cu gambelor semiflectate la genunchi și în ușoară abducție (sui în regiunea poplitee). 3.2. Se aplică un chișot gipsat sau un bandaj. 3.3. În fracturile cu deplasare importantă, se intervine chirurgical efectuându-se osteosinteza. 3.4. Se efectuează intervenție chirurgicală, în fracturile complicate cu leziuni ale viscerelor. Atenție! • Bolnavul fiind imobilizat pe timp de 3 luni se vor acorda îngrijirile pe care le reclamă această situație. • Se previn escarele de decubit prin metodele cunoscute.

TEHNICI DE ÎNGRIJIRE ÎN GINECOLOGIE

Asigurarea condițiilor igienice de funcționalitate ale organelor genitale feminine, folosirea instrumentarului corespunzător examinărilor de specialitate, aplicarea îngrijirilor necesare influențării evoluției bolii spre vindecare, inclusiv a tratamentului, constituie elemente noționale care trebuie cunoscute femeilor de către cadrele medii ce lucrează în serviciile de ginecologie.

FIȘA 6.1. PREGĂTIREA ȘI ÎNTRERPINEREA INSTRUMENTARULUI NECESAR PENTRU EXAMENUL GINECOLOGIC

Instrumentarul trebuie bine cunoscut ca denumire și utilizare, mod de sterilizare și păstrare, pentru că intră în atribuțiile sorcii medicale, care îl va folosi în sălile de pansamente sau la patul bolnavei sau îl va pregăti pentru intervențiile chirurgicale, obstetricale și ginecologice.

Pentru efectuarea unui examen ginecologic este necesară pregătirea unor instrumente și materiale, în scopul efectuării unui examen corect, complet și fără să se producă infecții locale.

Instrumentarul va fi sortat în truse speciale, păstrat în cutii metalice, sterilizate, etichetate, pentru intervenții de urgență și intervenții curente. Disținem următoarele truse necesare efectuării unui examen ginecologic:

Denumirea trusei	Conținutul trusei
1. Trusă de mânuși chirurgicale.	1.1. Casoleță cu mânuși de cauciuc. 1.2. Casoleță cu mânuși de ață.
2. Trusă de valve și specule ginecologice.	2.1. Valve vaginale drepte. 2.2. Valvă vaginală posteroioară tip Simens. 2.3. Specul simplu bivalv. 2.4. Specul fenestrat Collin.
3. Trusă pentru chiuretaj uterin.	3.1. Două valve vaginale.