

**MINISTERUL EDUCAȚIEI NAȚIONALE
ȘCOALA POSTLICEALĂ SANITARĂ SFÂNTUL IOSIF**

LUCRARE DE DIPLOMĂ

**Îngrijirea bolnavilor cu probleme de mobilitate
fizică**

**COORDONATOR:
PROF. FLOAREA ALEXE**

**ABSOLVENT
STÎNGACIU ANDREI**

BUCUREȘTI

- 2002 -

Motto :

“Aparatul locomotor servește mișcarea,
iar mișcarea este forma primordială de
manifestare a vieții”.

CUPRINS

CAP I	Istoricul bolii.....	6
CAP II	Anatomia aparatului locomotor.....	7
2.1	Oase.....	7
2.2	Mușchi.....	8
2.3	Articulații.....	10
CAP III	Semiologia aparatului locomotor.....	12
3.1	Simptome.....	12
3.2	Simptome obiective.....	15
3.3	Inspecția.....	15
3.3.1	Edemul.....	17
3.3.2	Fistula.....	18
3.3.3	Hipotrofia.....	19
3.4	Palparea.....	22
3.4.1	Temperatura locală.....	23
3.4.2	Hemihidartroza.....	23
3.4.3	Fluctuența.....	24
3.4.4	Durerea provocată.....	24
3.4.5	Crepitația.....	24
3.5	Auscultația.....	25
3.6	Reflexele.....	25
3.7	Măsurători.....	25
3.8	Electrodiagnosticul de stimulare.....	26
3.9	Electromiografia.....	26
3.10	Artroscopia.....	26

3.11	Prevenirea escarelor.....	27
CAP IV	Fracturi și luxații.....	29
4.1	Fracturile gâtului.....	29
4.2	Fracturile rotulei.....	29
4.3	Fracturile de menisc.....	29
4.4	Fracturile gambei.....	29
4.5	Fracturile oaselor antebrăzului.....	30
4.6	Fracturile bazinului.....	31
4.7	Luxația congenitală de șold.....	32
CAP V	Boala lui Parkinson.....	34
5.1	Forme clinice.....	35
5.2	Tratament.....	36
5.3	Îngrijirea pacienților cu boala Parkinson.....	37
CAP VI	Rolul asistentei medicale.....	41
CAP VII	Tulburări de mers.....	43
7.1	Anomalii rotaționale.....	43
7.2	Diformitățile piciorului.....	43
7.3	Torsiunea tibială.....	43
7.4	Torsiunea femurală.....	44
7.5	Platfus.....	44
7.6	Piciorul cavus.....	45
7.7	Diformități angulare.....	45
CAP VIII		
8.1	Caz I.....	47
8.2	Caz II.....	60
8.3	Caz III.....	70
CAP IX	ANEXE.....	79
CAP X	BIBLIOGRAFIE.....	90

CAPITOLUL I

ISTORICUL BOLII

Aparatul specializat care efectuează mișcările corpului uman este denumit aparat locomotor”, iar funcția complexă a acestui aparat se numește de “locomoție”.

Organismul în mișcare trebuie privit ca un tot unitar, ca un întreg, nu ca o manifestare izolată a unor mecanisme ale unor aparate și sisteme care ar acționa complet independent .

La baza mișcărilor stau factori morfofuncționali rezultați din mișcarea însăși și care nu sunt altceva decât organele aparatului locomotor (oase, articulații, mușchi) și organele sistemului nervos (receptori, nervi senzitivi, măduva spinării, encefal, nervi motori, plăci motorii, sisteme gama).

Organismul în mișcare trebuie privit ca un tot unitar, ca un întreg, mișcarea fiind rezultatul intrării în acțiune a tuturor factorilor morfofuncționali amintiți. Intrarea în acțiune a acestor factori și mecanismul lor sunt stereotipe și pot fi considerate ca niște principii .

Din istoricul anatomiei se desprind câteva nume celebre, cum ar fi grecul Galien (131-201) sau Andre Vesal (1524-1564), cel mai mare anatomist al secolului XVI-lea, care a trăit la Bruxelles, fiind unul dintre primii care s-au ocupat de sistematizarea tehnicii disecției corpului omenesc. Anatomia omului, ca și celelalte ramuri ale științelor naturii, a cunoscut în secolele următoare după înfrângerea prejudecăților religioase, un remarcabil progres și a ajuns să stea la baza studiului a numeroase activități științifice și artistice.

Școala românească de anatomie a adus o importantă contribuție la dezvoltarea acestei ramuri a biologiei. Numele lui Fr.Rainer, Gr. T.Popa, V. Papilian, Z. Iagnov, E. Repciuc, D. Riga, T. Rusu și al multor alora vor rămâne strâns legate de evoluția anatomiei, în general, și a anatomiei funcționale, în special.

Definiția lui Fr. Rainer - “Anatomia este știința formei vii”- concretizează concepția școlii românești de anatomie.

CAPITOLUL II

ANATOMIA APARATULUI LOCOMOTOR

Aparatul locomotor, aparat specializat care îndeplinește funcția locomotorie a organismului, este alcătuit dintr-un complex de organe cu structuri și funcții diferite. La cele 206 *segmente osoase*, peste 430 *mușchi striati* și peste 310 *articulații* trebuie adăugate rețeaua nervoasă (cu căile aferente și eferente) și rețeaua vasculară care irigă toate aceste organe.

2.1 OASE

Majoritatea oaselor corpului omenesc au forme și dimensiuni diferite, ceea ce demonstrează relația dintre aspectul lor exterior și funcțiile care le revin.

Din punct de vedere al aspectului exterior, oasele se împart în trei tipuri :

- oase lungi
- oase scurte
- oase plate

Oasele lungi sunt formate dintr-un tub de substanță osoasă compactă, având în centru un canal medular și la cele două extremități, mai mari ca volum, câte un bloc de substanță spongioasă, înconjurată de un strat de substanță compactă.

Ele acționează ca pârghii și prin intermediul lor se vor realiza mișcări rapide și de mare amplitudine, motiv pentru care alcătuiesc scheletul membrelor.

Oasele scurte sunt blocuri de substanță spongioasă acoperite de un strat de substanță compactă. Rolul lor este de a suporta elastic greutatea corpului (oasele tarsiene), de a contribui la menținerea echilibrului intrinsec al coloanei vertebrale (vertebrele), sau de a permite executarea mișcărilor complexe și delicate ale mâinii (oasele carpiene).

Oasele plate sunt late și subțiri și participă la alcătuirea unor cavități care protejază organele importante (cutia craniană) sau la realizarea unor

suporturi stabile (oasele bazinului), sau oferă mușchilor suprafețe întinse și mobile de inserție (omoplatul).

Indiferent de tipul lor, suprafața oaselor nu este perfect netedă decât în anumite porțiuni. În rest, prezintă numeroase neregularități, linii, suprafețe rugoase, apofize, tuberozități, spine etc., care servesc drept zone pentru inserțiile musculare. Forma și dimensiunile acestora sunt dependente de forțele cu care trag grupele musculare și direcția acestor forțe.

Osul-organ are rol atât în susținerea corpului, cât și în locomoție. Statica și locomoția, sub toate formele lor, determină și în os, prin greutatea corpului și prin jocul forțelor musculare (tonusul și contracția), o stare de tensiune (de eforturi unitare), transformând osul într-o mecanostructură de tipul “construcțiilor minime absolute”.

Organizarea osului, în care intră o cantitate minimă de material, s-a dovedit construcția cea mai economică și în același timp cea mai adaptată ca rezistență și ca elasticitate.

Pentru a se obține sfărâmarea unui os normal trebuie să se apese asupra lui cu o forță foarte mare. Clasicele calcule ale lui Boigey arată că pentru sfărâmarea unei vertebre lombare sunt necesare 1000 kg, pentru un femur 2000 kg și pentru o tibie 4100 kg.

2.2 MUȘCHI

Corpul omenesc dispune de un număr de peste 430 mușchi striati care reprezintă în totalitatea lor 40-45% din greutatea întregului corp.

Un mușchi striat este alcătuit din mai multe elemente: corpul muscular, tendonul, joncțiunea tendinomusculară, inserția mușchiului, tecile sinoviale, bursele seroase anexate, vasele și nervii mușchiului.

Marea majoritate a mușchilor au forme și dimensiuni diferite, ceea ce reprezintă, de la început un indiciu al relațiilor dintre formele organelor contractiile și funcțiile lor diverse. În ansamblu, toți mușchii se pot grupa după forma lor în:

- mușchi scurți
- mușchi lungi
- mușchi lați
- mușchi inelari

Mușchii scurți realizează împreună ansambluri musculare. Prototipul mușchilor scurți este reprezentat de mușchii șanțurilor vertebrale, care contribuie la menținerea coloanei în extensie . Datorită numărului și independenței elementelor, ei mențin coloana, asigurându-i în același timp suplețe prin jocul contracțiilor lor.

Mușchii lungi sunt, după forma lor de trei tipuri: mușchi fuziformi, mușchi cilindrici și mușchi mixt.

Mușchii lungi fuziformi, de forma unor fuse, au ca prototip mușchii gâtului și ai membrelor. Produc mișcări de forță relativ mare și de amplitudine mare .

Mușchii lungi cilindrici au aproximativ aceeași lățime pe toată întinderea lor și se întâlnesc tot la membre. Produc mișcări de amplitudine mare, dar de forță mică și contribuie mai mult la menținerea direcției de mișcare.

Mușchii lați sunt, după grosimea lor, de două tipuri:

- mușchi lați și subțiri
- mușchi lați și de dimensiuni mai mari.

Mușchii lați și subțiri alcătuiesc centurile care închid marile cavități ale corpului. Prototipul lor este reprezentat de mușchii abdominali, care susțin greutatea viscerelor. Sunt dispuși în planuri suprapuse și fasciculele lor sunt orientate în sensuri diferite .

Mușchii lați și de grosimi mai mari au ca prototip mușchii care acoperă cavitatea toracică și mobilizează membrele superioare. Sunt, în general, de formă triunghiulară, baza inserându-se larg pe coloana vertebrală torace și bazin, iar vârful, reprezentat de un tendon puternic, se inseră pe un punct al membrului superior .

Mușchii inelari au forma circulară și permit prin contracția lor, deschiderea sau închiderea anumitor orificii. Exemplu: orbicularul ochilor, orbicularul buzelor etc. Tot un mușchi inelar, dar cu totul deosebit ca dimensiune și importanță, poate fi considerat și mușchiul diafragm, care alcătuiește plafonul cavității abdominale și planșeul cavității toracice.

2.3 ARTICULAȚII

Către extremitățile lor segmentele osoase sunt legate între ele prin părți moi, participând astfel la formarea articulațiilor.

Articulațiile în funcție de gradul lor de mobilitate se clasifică în:

1. prima grupă o formează *sinartrozele (articulațiile fixe)*, în care mișcările sunt minime sau inexistente. Aceste articulații sunt lipsite de o cavitate articulară, iar funcția lor de mobilitate diminuează până la dispariție, nemai rămânând decât niște zone interosoase, cu un țesut intermediar, care poate fi transformat chiar în țesut osos, ceea ce face ca delimitarea dintre oase să dispară. În funcție de stadiul de evoluție al mezenchimului care se interpune între oase, deosebim:

- sinfibrozele (extremitățile oaselor sunt unite prin țesut fibros)
- sincondrozele (legătura se face prin țesut cartilajinos)
- simfizele (țesut interpus este fibrocartilajinos)
- sinostozele (mezenchimul se osifică)

2. a doua grupă de articulații o formează *articulațiile semimobile*, cu mișcări ceva mai ample, denumite amfiartroze (hemiartrozele, schizartrozele) în care zona intermediară prezintă o fantă incompletă, apărută sub influența unor mișcări de amplitudine redusă.

3. a treia grupă, cea a adevăratelor articulații, este reprezentată de *diartroze (articulațiile mobile)*, caracterizate prin prezența unei cavități articulare, care apare între extremitățile oaselor.

Astfel, într-o primă categorie ar intra articulațiile cu un singur grad de libertate:

- a) articulațiile plane (artrodiiile) au suprafețele articulare congruente; mișcarea lor este numai de alunecare, cum se întâmplă între apofizele articulare cervicale sau între oasele carpiene.
- b) articulațiile cilindroide sunt asemănătoare balamalelor. Un capăt articular are forma unui cilindru plin sau a unui mosor (trohlee), iar celălalt este scobit și configurat corespunzător. Se deosebesc două variante: articulația trohleană, ca o balama, cum este articulația cotului și articulația trohoidă, sub formă de pivot, în jurul căreia se face mișcarea, cum este articulația radiocubitală superioară.

A doua categorie o formează articulațiile cu două grade de libertate:

- a) articulația elipsoidală are una din extremitățile osoase în formă de condil, cu secțiunea anteroposterioară elipsoidală (genunchi) sau un condil și o cavitate scobită corespunzătoare (articulația radiocarpiană).
- b) articulația șelară (în formă de șa) cu o suprafață convexă și alta concavă în sens invers, ca cea trapezometacarpiană a policelui.

A treia categorie este reprezentată de articulațiile cu cea mai mare libertate de mișcare, adică articulațiile cu trei grade de libertate:

Articulațiile sferoidale (enartrozele) sunt alcătuite dintr-un cap articular aproape globulos, mai mic sau mai mare decât o jumătate de sferă, și dintr-o cavitate mai întinsă sau mai scobită.

CAPITOLUL III

SEMIOLOGIA APARATULUI LOCOMOTOR

Sistemul locomotor are trei componente majore:

- oase
- articulații
- mușchi cu nervii lor.

Cea mai bună examinare trebuie să aibă în vedere regiunile anatomice, iar examinarea propriu-zisă să fie făcută într-o anumită ordine, potrivit legilor mecanicii articulare și musculare.

Scheletul îndeplinește în organism mai multe funcții:

- dă formă și suport corpului
- reprezintă depozitul de calciu ușor mobilizabil (97%)
- unele elemente ale scheletului protejează corpul față de forțe externe și interne.

Oasele oferă suprafețe de inspecție pentru mușchi și reprezintă pârgii de mișcare.

Agentul dinamic al locoțiunii este reprezentat de mușchiul scheletic.

3.1 Simptomele

Simptomele majore ale suferinței sistemului locomotor sunt:

- durerea
- impotența funcțională

Bolnavul cu o afecțiune a aparatului locomotor poate să acuze unul sau mai multe simptome ca : durerea, impotența funcțională, atitudinea vicioasă și diformitatea, tulburările de sensibilitate.

Durerea este simptomul subiectiv cel mai frecvent, care îmbracă aspectele cele mai felurite ca loc de apariție, intensitate caractere și evoluție.

Mecanismul fiziopatologic al durerii în afecțiunile aparatului locomotor este complex și în mare parte necunoscut. Mai frecvent întâlnim

așa-numitele dureri somatice, condiționate de excitația extero- și proprioceptorilor, iar durerile așa-numite viscerale, care se referă la segmentul interoceptiv, se întâlnesc mult mai rar.

Durerea pe care o acuză bolnavul are următoarele caracteristici: înțepătoare, usturătoare, arzătoare, lancinantă, sfișietoare sau pulsatilă. Ea poate fi continuă sau intermitentă, progresivă sau alternantă ca evoluție, bine localizată sau difuză, vie sau surdă, superficială sau profundă.

Aceiași agenți provocatori (ciupirea, înțeparea, căldura, curentul electric etc.) aplicați pe o zonă limitată și pentru scurt timp provoacă dureri "înțepătoare", dar aplicați pe o zonă mai largă și pentru o perioadă de timp mai lungă dau dureri "arzătoare". Durerile "pulsatile" rezultă din coliziunea undei pulsatile cu organele sensibile la durere.

Proiecția senzației dureroase și localizarea durerii la tegument se pot realiza cu unele mici erori, deoarece claritatea și întinderea proiecției pot să varieze. *Durerea profundă* este adesea descrisă ca fiind difuză și vag localizată.

În cazurile care impulsurile inițiale care merg de-a lungul căii pentru durere, în orice punct de la nerv la cortex, dau naștere unei senzații proiectate în regiunea periferică, inervată de organele terminale ale acestei căi, apare o durere patologică proiectată.

În cazurile în care durerea este proiectată într-o zonă îndepăratată față de punctul de excitare al organului terminal și în general superficial față de acest punct, apare o *durere referită*.

Durerea profundă cu origine în organele aparatului locomotor poate fi înăbușită, chinuitoare sau sfredelitoare, iar localizarea ei este greu de realizat, deoarece tinde să iradieze. Ea este deosebit de neplăcută și chiar provoacă greață.

Caracterul durerilor pe care le acuză bolnavul ne poate sugera de la început diagnosticul. Astfel, dacă bolnavul acuză o durere lombară mai veche, care la un moment dat, în urma unui efort de ridicare, iradiază într-unul din membrele inferioare, ne vom gândi la posibilitatea unei hernii de disc. Dacă durerea este fugace și cuprinde alternativ diferite articulații, ne vom gândi la un reumatism poliarticular. Dacă apare, când la un genunchi, când la celălalt și se însoțește de hidartroză, bolnavul prezintă o hidrartroză intermitentă.

Adesea nu trebuie uitat faptul că durerea, fiind iradiată, poate să îndrepte atenția examinatorului asupra unei alte regiuni decât cea bolnavă. Exemple tipice le constituie în centură, la bolnavii cu afecțiuni ale coloanei vertebrale.

Impotența funcțională reprezintă un al doilea sindrom subiectiv important. Poate să fie parțială sau totală și poate să intereseze un segment de membru în totalitate sau mai multe membre.

Cauzele impotenței funcționale sunt multiple: întreruperea continuității osoase sau a formațiilor musculotendinoase care execută mișcarea, blocajele, redorile sau anchilozele articulare, reacția antalgică în urma unui traumatism sau a unei afecțiuni dureroase, leziunile nervilor rahidieni sau leziunile sistemului nervos central etc.

O formă deosebită a impotenței funcționale este aceea care poate să apară în cadrul crizelor pitiatice. După cum se știe, în isterie nu există leziuni organice, punctul de plecare fiind o idee fixă, obsedantă, care provoacă inhibiția parțială a centrilor de elaborare psihică conștientă și dezlănțuirea de acte inconștiente.

Din punct de vedere al evoluției, impotența funcțională poate fi trecătoare sau definitivă, regresivă staționară sau progresivă. În urma unui traumatism osteoarticular fără leziuni nervoase, ea este de obicei trecătoare, dar atunci când sunt interesați și nervii, poate fi definitivă. În forma paralizantă a poliomielitei, impotența funcțională este progresivă în faza acută, regresivă în faza de regresivitate a paralizii și staționară în faza de schelet; în miopatii, paraplegie ERB etc. este progresivă.

Atitudinile vicioase și diformitățile pot să determine pe bolnav să se prezinte la medic, chiar dacă nu sunt însoțite de durere sau de impotență funcțională. Ele pot să îmbrace cele mai diverse forme legate de regiunea interesată și de boala care le determină .

Tulburările de sensibilitate. Bolnavul poate să acuze uneori existența unor tulburări subiective ale sensibilității, sub forma unor diverse senzații pe piele, în mușchi, mucoase, în trunchiurile nervoase etc. (disestezii, senzații anormale, amorțeli, furnicăături, înțepături etc.). Aceste tulburări, frecvente în polinevrite, scleroza în plăci, tabes etc. pot să apară și în cervicartroze, hernii de disc sau alte afecțiuni ale aparatului locomotor.

Membrul fantomă este o formă particulară a tulburărilor de sensibilitate la amputați și constă în falsă percepție a segmentelor corporale care lipsesc. În aceste impresii complementare ale amputațiilor, fantoma se manifestă ca o prelungire a bontului, fie la membrul amputat, fie că suferă unele deplasări. Oricum, fantoma urmează mișcările bontului, ca și cum segmentul lipsă ar continua să existe. Uneori, invalizii afirmă chiar că pot să

execute mișcări voluntare cu ea. Alteori, la locul segmentelor lipsă acuză dureri importante și rebele la orice tratament.

3.2 Simptome obiective

Examenul clinic obiectiv ale aparatului locomotor decurge conform normelor de examinare a oricărui alt aparat sau sistem. Aceasta constă din inspecție, palpate și auscultație, la care se vor adăuga unele manevre specifice semiologiei acestui aparat, precum și determinarea mobilității pasive, efectuarea unor măsurători și mulaje, examenul rețelei vasculare și examenul neurologic.

3.3 Inspecția

Poate releva deformări, deplasări, modificări ale dimensiunilor. La inspecția articulațiilor se pot observa: tumefieri, modificări de culoare (ex: deviația degetelor, scolioza coloanei vertebrale, flexia genunchilor, rețracția degetelor piciorului) trebuie reținute leziunile nodulare, tumefacțiile tecilor tendinoase, reducerea musculaturii periarticulare (care poate crea falsa impresie a măririi articulației). O atenție deosebită se va acorda distribuției regionale a modificărilor articulare, element important pentru diagnosticul artritelor.

Modificările rețelei venoasesubcutanate, întâlnite în special la membrul inferior, sub forma cunoscută a varicelor, constau în reliefaarea pregnantă a trunchiurilor venoase, în special pe fața internă a gambei, a genunchiului și la partea inferiointernă a coapsei, deci în domeniul safenei interne. Apar fie ca niște traiecte albastrii, fie ca niște cordoane fluctuoase, boselate și neregulate, sub tegument, care pare mai subțire și uneori mai negricios. Inițial, se constată o simplă dilatare, însoțită de o îngroșare a peretelui venos, apoi trunchiul devine sinuos și neregulat pentru ca în final să se constituie ampulele varicoase. Aspectul cel mai caracteristic îl constituie degenerescența unui segment din safena și a colateralelor din acea regiune, cu formarea unui pachet varicos. Cu timpul, varicele se întind pe tot traiectul safenei interne, la început pe trunchiul principal, apoi și pe afluenți, de unde se pot propaga și la safena externă. Ambele rețele venoase ajung astfel să fie interesate, dar în mod inegal, leziunile mai grave observându-se aproape de gambă, pe fața ei anterointernă.

Inspecția trebuie completată cu manevre, care pot să pună mai bine în evidență insuficiența circulației de întoarcere.

Manevra Kelly constă în comprimarea venelor de sub genunchi cu o mână și a celor de deasupra genunchiului cu cealaltă. Sângele împins în lungul safenei ajunge să producă o tumefacție imediat sub plica inghinală .

Manevra Schwartz constă în lovirea părții superioare a safenelor interne. În cazul în care venele și în special vena safenă internă prezintă insuficiențe valvulare, șocul se transmite prin unda lichidiană și oscilațiile se văd până la venele gambei, putând fi percepute și cu degetele celeilalte mâini. Asemănătoare este și *manevra Sicard*, în care se cere bolnavului să tușească, observându-se, de asemenea, apariția unei unde descendente pe traiectul vaselor. Atât semnul Schwartz, cât și semnul Sicard, apar în insuficiența valvulară a safenei, însoțită de insuficiență sau absența valvulelor, pe femurala comună și pe iliacă.

Cea mai demonstrativă este însă *manevra Trendelenburg-Troianov*: Bolnavul rămâne tot culcat și își ridică un membru inferior, rămânând astfel până ce se golesc toate venele dilatate. În acest moment se aplică policele sau un garou pe trunchiul safenei, aproape de vărsarea ei, obliterându-se astfel vena; se cere bolnavului să se ridice în picioare. Trunchiurile venoase rămân și în ortostatism goale și aplatizate, până ce încetează compresiunea, când varicele încep să se umple brusc, de sus în jos, ceea ce arată prezența unei circulații retrograde superficiale, prin insuficiența valvulară, a joncțiunii safenofemorale (semn Trendelenburg pozitiv). Dacă venele nu se umplu cu sânge după ridicarea garoului se consideră că aparatul valvular funcționează satisfăcător (semn Trendelenburg negativ).

Manevra descrisă de *Delbert* și *Mosquot* constă în aplicarea unui garou la rădăcina coapsei, bolnavul fiind în ortostatism. Bolnavului i se cere apoi să meargă și să observe cum varicele diminuează sau dispar, ceea ce dovedește influența favorabilă pe care o au contracțiile musculare asupra circulației de întoarcere. Perthes a îmbunătățit manevra, punând bolnavul să meargă repede și să facă genuflexii. Dacă după genuflexii varicele rămân congestionate sau devin și mai pronunțate, sistemul venos profund este deficitar. Pompa musculară nu a fost eficace și sângele este expulzat din venele profunde, prin venele perforante, în sistemul venos superficial.

Manevra Chevrier este utilă în explorarea funcțională a sistemului comunicanțelor. Bolnavul fiind în decubit dorsal, după ce ridică membrul inferior și i se aplică garoul, este ridicat în ortostatism. În cazul în care

varicele se umplu cu sânge în câteva secunde, venele comunicante sunt insuficiente. Dacă varicele se umplu cu sânge în mai mult de 30 de secunde, se consideră că venele comunicante sunt suficiente și că nu există reflux din profunzime.

Tulburările vasomotorii se întâlnesc într-un mare număr de afecțiuni ale aparatului locomotor ca: varice, boala Raynaud, tulburările fiziopatice etc. Dintre tulburările vasomotorii cel mai des întâlnite sunt: hiperhidroza, cianoza sau, din contră, roșeața tegumentului.

3.3.1 Edemul, simptom frecvent întâlnit în marea majoritate a afecțiunilor aparatului locomotor, se prezintă sub cele mai variate forme. Deosebirile se referă la sediu, întindere, mobilitate, duritate și nuanța tegumentului.

Sindroamele edematoase ale aparatului locomotor se pot împărți în mai multe categorii, bine distincte din punct de vedere etiopatogenic.

1. **Edemul congenital** este un limfedem caracterizat prin îngroșarea excesivă a țesutului subcutanat și înlocuirea aproape completă a țesutului adipos cu vase limfatice lărgite. Este dur, nedureros și însoțit de o stare generală bună. Întâlnim asemenea edeme în elefantiazisul congenital și în edemul cronic familial Maige (pseudoelefantiazisul neuroartritic sau edemul segmentar Debove).

2. **Edemul posttraumatic** apare ca urmare a reacțiilor circulatorii reflexe datorite traumatismului, cu atât mai evident, cu cât regiunea traumatizată este mai puțin învelită în țesuturi moi. În treimea inferioară a gambei și a antebrațului, edemul este uneori atât de intens, încât atrage și apariția flictenelor. Edemul posttraumatic apare ca o consecință a vasodilatației active sau pasive, a creșterii permeabilității capilarelor, precum și intervenției a numeroși alți factori, cum ar fi: viteza încetinită a curentului sanguin, aciditatea și temperatura locală, condițiile specifice chimice ale mediului și concentrația ionilor de calciu.

3. **Edemul inflamator** apare sub acțiunea procesului inflamator; se datorește hiperpermeabilității capilare, acidozei tisulare și insuficienței dinamice limfatice și se caracterizează prin roșeață, căldură și tumefacție.

4. **Edemul necrotic** apare în tabes, siringomieli etc., în urma paraliziei vasomotorilor; troficitatea țesuturilor suferă prin perturbările inervațiilor peretilor vasculari.

5. **Edemul de stază** este un edem limfatic, datorat stazei limfatice și insuficienței valvulare limfatice. Presiunea ridicată și staza limfatică deschid conducte limfatice noi, dotate cu valvule insuficiente și care nu pot să facă față nevoilor circulatorii. Edemul de fereastră, care apare la nivelul ferestrelor aparatelor ghipsate, constituie un exemplu tipic de edem de stază.

Tulburările trofice reprezintă o fază mai avansată a tulburărilor vasomotorii, care determină nu numai o apariție a tulburărilor funcționale, ci și unele leziuni caracteristice, cum ar fi: deformațiile unghiale, eczemele și complicația lor majoră, ulcerul trofic.

Dintre ulcerele trofice amintim, în primul rând, ulcerul varicos, situat de preferință pe fața internă a gambei, care se prezintă sub forma unui ulcere liptic, limitat de margini netede sau dantelate, proeminente, cu fundul tapisat cu muguri roșii și sângeroși sau, din contră, cenușii și avasculari și din care se scurge un lichid putrid, mai mult sau mai puțin sanguinolent. Tegumentul din jurul ulcerului varicos este îngroșat, glabru și prezintă urme brune, pigmentate sau roșietice. Cu un aspect clinic asemănător se prezintă și ulcerul sifilitic.

3.3.2 Fistula

Un alt semn observat prin inspecție poate fi reprezentat de existența uneia sau mai multor fistule. Fistula se prezintă ca un orificiu cutanat cu marginile îngroșate, violacee, înconjurat de tegument normal, roșu sau eczematizat. Ea este rezultatul unei inflamații cronice abcedate, de natură diversă și cu sediu uneori diferit și constituie mijlocul de evacuare a colecțiilor purulente trenante.

În descrierea unei fistule se va nota sediul și aspectul ei, precum și caracterul secrețiilor care se scurg prin orificiu.

Fistula osteomielitică are marginile nete, tăiate drept, este rotundă sau ușor ovoidă și prin ea se evacuează puroi și sechestre, de obicei dure, uneori destul de mari, de forma unor ace, cu marginile festonate.

Fistula tuberculoasă are margini subțiri, violacee, decolorate și ia uneori un aspect fungos. Prin ea se scurge un puroi cazeos, grunjos și foarte rar se evacuează sechestre, care sunt parcelare și pulverulente.

Fistula din osteita sifilitică este determinată net și adesea policiclică. Prin ea se scurge un lichid vâcos, filant și excepțional se evacuează sechestre.

Prin *fistula micotică* se scurge un lichid care conține frecvent graunțe galbene, caracteristice.

3.3.3 Hipotrofia și atrofia musculară.

Simptome capitale, hipotrofia și atrofia musculară însoțesc de regulă afecțiunile aparatului locomotor. Musculatura - și mai ales grupele musculare, mari, cum sunt cvadricepsul și deltoizul - se atrofiază rapid în orice afecțiune care limitează posibilitățile de mișcare. Simpla imobilizare spontană sau terapeutică a unui segment, obligând mușchii la inactivitate, se manifestă în mod obligatoriu prin apariția atrofiei musculare.

De obicei, atrofia musculară poate fi cu ușurință pusă în legătură cu o afecțiune bine precizată a aparatului locomotor. Uneori însă, mai ales în cadrul atrofiilor musculare întinse, diagnosticul diferențial se complică. De aceea este necesar să știm să ne orientăm și în atrofiile musculare de origine neuromusculară. Aceste atrofii pot să aibă o origine fie mielopatică, fie nevritică, fie distrofică.

Dintre atrofiile musculare de origine mielopatică menționez:

- *atrofia musculară progresivă* (boala Aran-Duchenne și poliomielite cronică anterioară), care interesează în special membrele superioare, evoluează de la mână spre umăr sau invers, nu reprezintă redori sau dureri musculare spontane sau la palpare și apare de obicei la adulți.
- *siringomielia anterioară acută*, care pot să prezinte, de asemenea atrofii de tip Aran-Duchenne, dar celelalte simptome caracteristice facilitează diagnosticul diferențial.

- *poliomielita anterioară acută*, care apare după un an de viață, de obicei printr-un debut brutal, nu se însoțește de redori și nu prezintă în faza de sechele dureri musculare.
- *boala Werding-Hoffman*, care apare în copilărie și în care atrofiile musculare nu au caracter familial, încep la rădăcina membrului, evoluează rapid, pentru a se întinde spre extremități.

Atrofiile musculare de origine nevritică:

- *polinevrita, radiculă, poliradiculonevrită*, care prezintă atrofii musculare localizate la extremitățile distale și tulburări de sensibilitate obiectivă; apar mai rar la copii după un episod febril. Cea mai frecventă este polinevrita difterică, ce se însoțește și de paralizia vălului palatului
- *amitrofia Charcot-Marie*, care prezintă atrofii musculare localizate la membrele inferioare (cu picioarele varus echin consecutive) și superioare și reflexele osteotendinoase abolite. Aceste atrofii au însă un caracter ereditar și familial, încep în extremitatea distală a membrilor și se însoțesc de tulburări de sensibilitate.
- *nevrite interstițiale Dejerin-Sottas*, care prezintă atrofii musculare ce încep de la extremitatea distală, dureri fulgurante la membrele inferioare, cifoscolioza, ataxie, îngroșarea trunchiurilor nervoase și în special a cubitalului, ceea ce se poate observa și prin palpate.

Hipertrofia musculară poate să fie fiziologică sau patologică; profesiunile manuale și activitatea sportivă duc la hipertrofie musculară fiziologică, însoțită de o creștere a randamentului muscular. Există însă unele afecțiuni, manifestate clinic prin hipertrofie musculară, în care randamentul muscular este mult scăzut față de cel normal.

Tumoarea și pseudotumoarea. Inspecția ne poate descoperi și existența unor formațiuni tumorale sau pseudotumorale, de forme și dimensiuni variate, la segmentele aparatului locomotor. De obicei sunt

unice. Formațiunile tumorale benigne și cele pseudotumorale, chiar dacă destind mult țesuturile moi, nu le modifică aspectul.

În categoria acestora intră:

- tenosinovitele umede
- chisturile sinoviale
- bursitele de formă ovoidă

Tumorile benigne unice au aspecte asemănătoare; mai rar formațiunile benigne multiple.

Atitudinile vicioase și diformitățile sunt descoperite tot de inpecție și trebuie etichetate corect. Denumirea diformităților se face în raport cu devierea segmentului față de unul din planurile de secțiune.

În plan frontal sau orizontal, devierea unui segment se poate face în afară sau înăuntrul axului lung al segmentului supraadiacent. Dacă devierea se face spre planul medial, diformitatea ia numele de *varus*, iar dacă devierea se face spre cel lateral diformitatea ia numele de *valgus*.

Față de planul sagital al membrului sau segmentului, devierea se poate face fie în sensul mișcării de flexie, fie în sensul mișcării de extensie.

Devierea în sensul mișcării de flexie ia denumirea de *flexus*, iar cea în sensul mișcării de extensie fie de *extensus*, fie de *recurvatum*. Vom întâlni astfel diformități ca:

1. *genu flexum* sau *genu recurvatum*
2. *hallux flexus* sau *hallus extensus*

Coloana vertebrală are un regim aparte din punct de vedere al denumirii sensurilor și al derivațiilor. Devierea în flexie ventrală ia numele de *cifoza*, cea în flexie dorsală de *lordoza*, iar cea laterală de *scolioză*.

Tot în cadrul diformităților se include și eventualele mutilații congenitale sau dobândite.

3.4 Palparea

Trebuie efectuată cu blândețe, adesea cu evitarea mișcărilor bruște, ample, dureroase. În timpul acesta se va urmări cu atenție fața pacientului care își va modifica expresia în acest timp. De asemenea se vor urmări și modificările de temperatură locală (care este semn de inflamație). Prin palpate se încearcă să se stabilească sensibilitatea oaselor și ligamentelor, originea anatomică și consistența deformațiilor (fluid sinovial , osos , cartilagos , subcutanat) amplitudinea și forța mișcărilor în fiecare articulație, mișcările active și pasive, crepitațiile osoase sau mișcările anormale. Crepitațiile osoase sau cracmentele apar ca mici pocnituri imitând scârțâitul zăpezii. Acumularea de lichid în articulații sau în bursele adiacente se recunoaște prin prezența fluctuenței.

Caracterul tegumentului

Elasticitatea tegumentului trebuie și ea controlată. Uneori tegumentul prezintă îngroșări întinse, este foarte puțin elastic și nu se poate mișca pe țesuturile profunde subcutanate.

Modificările rețelei venoase subcutanate

În caz de varice, trunchiurile venoase se prezintă la palpate ca niște cordoane moi și reductibile. Venele varicoase apar sub forma unor cordoane elastice, relativ rezistente la presiune, numai acolo unde există o hipertrofie a peretelui. La locul ampulelor varicoase, peretele venos subțiat se lasă foarte ușor deprimat cu degetul mai ales când tegumentul este mai subțire la acest nivel. În vecinătatea cordoanelor sau pachetelor varicoase, țesuturile pot fi normale.

Hipotonia și atonia musculară

Dacă hipotrofia și atrofia musculară sunt semne care se fac remarcate la inspecție, hipotonia musculară se pune în evidență prin palpate.

Hipertonia musculară

Mușchii hipertrofiați funcționali au un tonus ușor crescut, spre deosebire de mușchii sedentari, care sunt mai flasci.

Orice afecțiune a aparatului locomotor declanșează, un grad mai mic sau mai mare de contractura musculară, cu scopul de a se imobiliza segmentul în cauza și a feri bolnavul de durerile provocate de mișcarea lui.

3.4.1 Temperatura locală

Temperatura cutanată a corpului omenesc nu este uniformă pe toată suprafața tegumentului; ea se poate controla fie manual și comparativ față de segmentele supra- și subiacente, ca și față de segmentul omolog din partea opusă.

Valorile temperaturii cutanate:

1. temperatura cutanată nu este răspândită uniform pe toată suprafața corpului
2. temperatura locală este influențată de prezența organelor subdiacente tegumentului
3. organele vasculare apropiate de tegument ridică temperatura regională
4. în ceea ce privește membrele acestea prezintă o temperatură care descrește de la rădăcină spre extremități, variind între 26,2°-36,2 ° pentru membrele superioare și între 27°-32° pentru cele inferioare.

Temperatura locală poate să crească sau să scadă în diferite stări patologice. Atâta timp cât la locul unei fracturi se formează căluș, căldură locală se menține mai ridicată, datorită reacțiilor vasomotorii și existenței hiperemiei post fracturale.

Orice proces inflamator se însoțește de creșterea căldurii locale. Osteitele, osteomielitele, artritele acute sau cronice de cele mai diferite etiopatogenii se însoțesc în mod obligatoriu de creșterea temperaturii locale. Prezența tumorilor osoase se pune în evidență și prin creșterea temperaturii locale, unul din semnele clinice cele mai importante.

Temperatura membrelor paralizate este mai ridicată în secțiunile totale ale măduvei și are o topografie inversă celei normale, adică crește spre extremitatea membrelor.

Edemul și împăstarea

La palpate edemul poate să aibă caracteristici diferite, de la edemul moale până la edemul dur.

3.4.2 Hemohidartroza este pus în evidență prin palparea articulațiilor. În unele afecțiuni revărsarea lichidiană intraarticulară se datorează rupturii vaselor sinoviale și ia numele de hemartroză.

Raporturile reperelor osoase

Palparea oferă posibilitatea unui important control asupra raporturilor dintre diversele repere osoase.

Formațiunile tumorale sau pseudotumorale

Sub termenul de tumoare se înțelege o formațiune anormală care apare sub tegument sau care se descoperă cu ajutorul palpării.

Numărul formațiunilor pseudotumorale:

- histuri superficiale sau profunde
- tumorile de formă lobulată
- tumorile țesutului conjunctiv
- tumori osoase
- tumori vasculare
- tumori ale parenchimului glandular

3.4.3 Fluctuența

Semn al prezentei unei colecții lichidiene, fluctuența apare de obicei la locul în care inspecția a decelat existența unei mărimi de volum, însoțită sau nu de roșeață, durere sau căldură locală.

3.4.4 Durerea provocată

Palparea unei regiuni, poate să dea bolnavului o senzație dureroasă caracteristică anumitor afecțiuni.

În rupturile de menisc apăsarea este dureroasă la interlinia articulară anterointernă sau anteroexternă a genunchiului, iar în fracturile fără deplasare, punctul dureros corespunde nivelului traiectului de fractură.

3.4.5 Crepitația

Este un semn palpatoriu și auscultatoriu, legată de existența fie a unor afecțiuni ale țesuturilor moi fie a unor afecțiuni osoase.

3.5 Auscultația

Este rar folosită în examenul aparatului locomotor; unele afecțiuni se manifestă prin semne auscultatorii, care trebuie cunoscută.

3.6 Reflexele

O manevră neurologică importantă în examenul aparatului locomotor o reprezintă determinarea reflexelor osteotendinoase și cutanate. Pentru aceasta se așează bolnavul într-o poziție cât mai comodă în decubit dorsal.

Diminuarea sau abolirea reflexelor osteotendinoase indică existența leziunilor la nivelul neuronului senzitiv centripet sau al neuronului motor centrifug, ca în:

- poliomiolita anterioară acută
- secțiuni nervoase
- secțiuni totale de măduva în prima fază
- tabes
- polinevrite
- miopatii

Reflexele cutanate

Se cercetează cu ajutorul unui ac, cu care se zgârâie anumite zone tegumentare.

3.7 Măsurători

Măsurătorile unui segment sunt necesare pentru aprecierea exactă a atrofiei sau hipertrofiei acestuia, a scurtării sau alungirii lui, pentru precizarea dimensiunilor unei diformități sau pentru confecționarea aparatelor ortopedice și a protezelor.

3.8 Electrodiagnosticul de stimulare

Este un mijloc de explorare a sistemului neuromuscular, bazat pe răspunsurile motorii, senzitive și senzoriale ale nervilor, mușchilor și ale centrilor nervoși față de excitantul electric.

Disponem de două metode principale pentru a studia reacțiile la excitantul electric ale sistemului neuromuscular:

1. Electrodiagnosticul de stimulare calitativ
2. Electrodiagnosticul de stimulare cantitativ, care cuprinde:
 - pronaxia
 - climaliza
 - indicele cronaxic
 - curbele de intensitate-durată

Electrodiagnosticul este un examen rapid și care cere un aparataj simplu. Electrodiagnosticul de stimulare cantitativ:

- măsurătorilor de cronaxie
- ale capacităților de eliminare
- stabilirea curbelor de intensitate

Electrodiagnosticul clasic de stimulare calitativ, face parte integrantă din examenul neurologic al aparatului locomotor, căruia îi aduce totdeauna elemente semiologice folositoare, pentru diagnostic.

Modificări calitative

Răspunsul mușchiului sănătos la excitația prin curent galvanic este reprezentat de o contracție vie, rapidă și bruscă; dacă contracția apare la prag și este imediată, oricât timp ar trece curentul. Ea apare la polul negativ la închiderea curentului și la pragul de excitație.

3.9 Electromiografia

Poate ajuta la stabilirea sediului unui proces patologic în sindroamele de compresiune medulară sau radiculară din cadrul herniilor discale, tumorilor, coastelor cervicale supranumerare.

3.10 Artroscopia

Tehnica relativ simplă constă în introducerea unui tub endoscopic prevăzut cu un izvor de lumină printr-o butonieră - artrotomie făcută la nivelul interliniei articulare - în locul unde semnele clinice au indicat examinarea probabilă a leziunilor.

Patologia aparatului locomotor recunoaște și ea o ierarhie a predominanței unor anumite afecțiuni pentru anumite perioade de vârstă.

Nou-născuții pot prezenta astfel numeroase malformații congenitare: șanțurile și amputațiile așa-zise amniotice din boala ulcerocompresivă Ombredanne, anomalii musculare de tipul nervilor, luxații congenitale. Traumatismele obstetricale se pot solda cu fracturile cele mai diverse, pe prim plan rămânând însă fracturile de claviculă, femur și humerus.

Traumatismele la vârsta copilăriei se soldează mai rar cu fracturi, deoarece, oasele sunt mai elastice, corpul mai ușor și musculatura mai puțin dezvoltată. Tinerețea și maturitatea constituie etapa de vârstă în care traumatismele se află pe primul plan: traumatismele sportive între 18 și 26 de ani, fracturile produse prin accidente de muncă sau prin accidente de circulație între 30 și 40 de ani, luxațiile între 30 și 65 de ani.

3.11 Prevenirea escarelor

Escarele sunt leziuni ale tegumentelor interpusă între două planuri dure (os și pat).

Cauzele pot fi:

1. generale sau determinate:

- paralizii ale membrelor
- cașexie
- stări de subnutriție
- obezitate
- vârsta
- bolnavi dinamici cu ateroscleroză.

2. locale sau favorizate, în evitarea cărora intervine asistentul medical

- menținerea îndelungată în aceeași poziție
- cute ale lenjeriei de pat și corp
- fărâmituri (biscuiți, pâine, gips)
- igiena defectuasă

Asistentul medical va schimba poziția bolnavului imobilizat la pat la 2 sau 3 ore iar la nevoie mai des; va ajuta la spălarea zilnică a bolnavilor cu

apă sau săpun, va unge regiunile expuse umezelii; va scutura patul bolnavului zilnic sau ori de câte ori este nevoie.

Asistentul medical va ajuta la favorizarea vascularizației în zonele comprimate prin masaj.

CAPITOLUL IV

FRACTURI ȘI LUXAȚII

Dintre cele mai frecvente tipuri de fracturi și luxații amintim:

4.1 Fracturile gâtului femural sunt cele mai frecvente leziuni traumatiche ale femurului și se produc fie ca urmare a unor șocuri aplicate direct asupra trohanterului, fie ca urmare a unor șocuri indirecte pe care le suferă gâtul femurului.

Semne – ca orice factură, leziunea colului femural se însoțește de o durere vie și de impotența funcțională. Tratamentul are drept scop împiedicarea apariției complicațiilor, reducerea fracturii și imobilizarea acesteia într-o poziție corectă.

Imobilizarea se face într-un aparat gipsat pelvipedios, care fixează membrul inferior în abducție și rotație internă.

4.2 Fracturile rotulei se produc cel mai adesea consecutiv unui șoc direct sau unui șoc indirect creat de contracția bruscă a mușchiului cvadriceps care turtește rotula pe trohlea femurală, fracturând-o prin flectarea ei.

Tratamentul urmărește evacuarea hemartrozei, reducerea fracturii și refacerea inserției mușchiului cvadriceps (chirurgical).

4.3 Fractura de menisc este o leziune traumatică a aparatului meniscal al genunchiului care afectează în special meniscul intern. Este accidentul tip al fotbaliștilor.

4.4 Fracturile oaselor gambei reprezintă aproximativ un sfert din totalul fracturilor și se produc ca urmare a unor mecanisme variate: șoc direct flexiei, compresiune sau torsiune.

Fractura poate interesa unul sau ambele oase ale gambei și poate avea aspecte variate:

- transversal
- oblic

-spiroid

Tratamentul fracturilor oaselor gambei se începe chiar de la locul accidentului, prin efectuarea mobilizării provizorii. Orice manevră de imobilizare a membrului fracturat trebuie făcută cu cea mai mare blândețe pentru a evita eventuala deschidere a fracturii, deosebit de frecventă în fractura de tibia.

Imobilizarea se face într-o gutieră gipsată. După 30 de zile de imobilizare, aparatul gipsat poate fi înlocuit cu un aparat de mers.

Luxația umărului este caracterizată prin pierderea permanentă a contactului dintre capul humerusului și cavitatea cotiloidă a osului omoplat. Este cea mai frecventă dintre luxații și survine în special la adult.

Tratamentul constă în reducerea luxației care trebuie efectuată prin anestezie generală. După obținerea reducerii, brațul este imobilizat într-o eșarfă timp de 8 – 10 zile.

4.5 Fracturile oaselor antebrațului

Fracturile separate sau concomitente ale extremităților superioare ale radiusului și cubitusului sunt integrate în rândul fracturilor cotului.

Fracturile diafizare sunt leziuni grave căci afectează posibilitatea mișcării de prosupinație și de aceea este necesară o reducere exactă a lor.

La adult, leziunea se produce de obicei ca urmare a unui șoc direct, iar la copil printr-un șoc indirect; căderea pe o mână, consecutiv căreia se fracturează mai întâi radiusul și apoi cubitusul.

Semne

Pacientul prezintă impotenta funcțională completă, susținându-și, cu mâna validă, antebrațul rănit în pronție. Regiunea lezată este umflată, acoperită de echimoze și deformată. Decalajul fragmentelor fracturate este vizibil, prin faptul că partea superioară a antebrațului este în supinație, iar partea inferioară, în pronție. Examenul radiologic este absolut indicat, pentru a se putea aprecia corect caracterele fracturii.

Tratament

Fracturile incomplete sau cele subperiostale ale copilului se reduc sub anestezie și se imobilizează timp de trei săptămâni în aparat gipsat.

Fracturile cu deplasare necesită o reducere exactă, pentru a fi evitată producerea de complicații tardive care au consecințe funcționale grave. Reducerea se efectuează cu ajutorul aparatelor de tracțiune sau prin extensie continuă, iar imobilizarea se face în gutieră gipsată. Este necesar controlul zilnic al imobilizării, pentru a se putea depista orice semn de constricție. Sunt necesare, de asemenea controale radiologice succesive, pentru a fi descoperite eventuale deplasări secundare ale fragmentelor osoase.

În fracturile cu deplasare mare este necesară osteosinteza cu placă metalică sau cu broșa centromedulară.

4.6 Fracturile bazinului

Oasele bazinului, alcătuiesc o centură osoasă solidă care rezistă la o presiune de circa 250kg.

Leziunea ososă care se produce în urma unui astfel de traumatism poate interesa numai unul din oasele componente ale bazinului, unul sau mai multe zone ale lui sau poate interesa mai multe oase deodată. Fractura oaselor bazinului se produce în urma accidentelor constând în apropierea sub dărâmături, strivirea între două forțe contrare; leziunea afectează zonele de slabă rezistență ale fiecărui os component al centurii pelviene.

Semne

Datorită gravității accidentelor în care se poate produce fractura bazinului semnele acestei leziuni sunt întotdeauna marcate de cele ale stării de șoc în care se găsesc accidentații respectivi. La examinare se va observa atent centura pelviană la toți acești accidentați.

La examinare se poate constata o atitudine vicioasă a uneia sau a ambelor membre inferioare (rotație externă, scurtate aparent), echimoză sau eroziune la locul unde s-a aplicat agentul vulnerant și în special *o impotență funcțională totală*, asemănătoare cu o paraplegie.

Prin palpare se pot evidenția puncte dureroase caracteristice corespunzând nivelului fracturii.

În fracturile multi fragmentare pubiene se poate produce ruptura peretelui vezical.

Tratament

În tratamentul fracturilor bazinului pe primul plan se situează rezolvarea leziunilor urinare asociate, atunci când acestea există. Nerezolvarea lor pot duce la complicații infecțioase din cele mai grave.

Tratamentul leziunilor osoase proprii-zise este diferit după cum fractura prezintă sau nu deplasare. În fractura fără deplasare bolnavul va sta imobilizat la pat circa 30 zile. După acest interval se permite poziția șezând și după 60 de zile mersul.

În fracturile cu deplasare, se folosește pentru reducere tracțiunea continua.

4.7 Luxația congenitală de șold

Definiție

Prin displozie luxantă a șoldului înțelegem totalitatea dismorfiilor osteo-chondro-capsulo-ligamentare coxofemorale care determină să-i pot determina dizlocarea capului femural din acetabul cu toate consecințele sale tardive sau imediate.

Cauze

Cauze favorizante ale luxației congenitale de șold:

1. în cursul dezvoltării fătului, femurul și cavitatea cotiloidă suferă o serie de transformări care pentru anumite etape predispune șoldul la luxații.
2. prezența pelvină
3. înfășurarea copiilor nou-născuți cu membrele inferioare paralele și cu un scutec ghemuit între coaste.

Semnele clinice

Semnele clinice apar în primele luni de viață, iar radiografia este edificatoare.

Forme anatomice a malformațiilor congenitale ale șoldului:

- insuficiența acetabulară cu orientarea normală a colului femural
- insuficiența acetabulară cu coxa valgă
- subluxație congenitală cu acetabulul malformat și cap femural excentrat
- luxația congenitală cu acetabulul înalt; arcul cervicoobturator rupt.

Evoluție și complicații

La o abducție excesivă cu rotație externă, capsula șoldului este puternic tracționată și suplețea vasculară a capului poate fi compromisă.

O altă complicație este necroza aseptică a capului femural care a fost raportată la 20-30% din bolnavii tratați cu atele rigide, în abducție marcată și rotație externă.

Mulți bolnavi care au fost tratați prin metode manipulative, relativ târziu în copilărie, au dezvoltat coxa-plană, coxa magnă și modificări artritice în viața adultă mijlocie.

La cei tratați precoce, în perioada neonatală se constată absența complicațiilor sau sechelelor.

De aceea, examinarea șoldului nou-născuților pentru luxație ar trebui să fie tot atât de obișnuită ca numărarea degetelor de la mâini și picioare, la naștere.

Diagnostic diferențial

Diagnosticul diferențial se face cu:

- coxa congenitală la care dimensiunea unghiului cervico-difizar al femurului este sub 115° normal 120°
- luxația traumatică de șold, aici apare durerea, hematom, poziție vicioasă a membrului
- luxații patologice de șold (tuberculoza osoasă, osteomielita, poliomielifita)
- fractura de col femural
- epifiziologia capului femural.

Tratament

Tratamentul chirurgical la copilul mare (peste 8 ani)

Principalele operații care se recomandă:

- osteotomia de varizare în coxavalgă cu cotil normal
- osteotomia pelvisului în insuficiența sprâncenei acetabulare
- acetabuloplastia, în cazurile de cotil format, dar cu sprânceana acetabulară slab dezvoltată.

În luxația congenitală coxofemurală bilaterală înaltă dureroasă se recomandă o osteotomie la nivelul unui șold urmat de osteotomie supracondiliană de femur de aceeași parte și scurtarea femurului de partea opusă (a membrului mai lung).

CAPITOLUL V

BOALA LUI PARKINSON

Etiologie

Majoritatea autorilor menționează preponderența masculină. În cea mai mare parte a cazurilor debutul are loc după vârsta de 40 de ani, incidența maximă fiind între 45-60 de ani. Cauza bolii este necunoscută. Se consideră în general că este vorba de o boală degenerativă a sistemului nervos.

Anatomia patologică

Leziunile de la nivelul lui locus niger sunt constante și caracteristice. Degenerescenta este vizibilă adesea macroscopic. Examenul histologic arată dispariția unui mare număr de neuroni pigmențați cu atrofia neuronilor rămași. Pigmentul melanic eliberat se găsește răspândit în țesutul învecinat, fie extracelular, fie fagocitat de celulele gliale.

Tabloul clinic

Debutul bolii este insidios. Primele semne sunt adesea puțin evocatoare:

- dureri nesistemizate
- oboseală rapidă
- reducerea activității

Nu rareori aceste manifestări inițiale conduc la un diagnostic eronat (reumatism, stare depresivă). Adesea, apariția tremurăturii este aceea care atrage atenția bolnavului și anturajului sau conducând la diagnostic. Chiar înaintea apariției acestui semn, care poate fi tardiv sau chiar să lipsească, există un ansamblu de semne ce permit recunoașterea sindromului parkinsonian.

Hipochinezia, caracterizată prin sărăcia și lentoarea mișcărilor, este un semn fundamental și precoce al tabloului clinic.

Parkinsonianul este un bolnav puțin mobil, a cărui expresie gestuală este remarcabil redusă. La nivelul extremității cefalice, raritatea clipitului

fixitatea privirii și sărăcia mimicii conferă faciesului un aspect de mască rigidă, inexpressivă, impasibilă, pe care nu se reflecta emoțiile.

În această boală există o tulburare importantă a inițiativei motorii, bolnavul pare că își economisește mișcărilor care sunt rare, lente, uneori doar schițate. Timpul necesar îmbrăcării, alimentației durează foarte mult.

Tonusul postural este notabil modificat la parkinsonieni în sensul unei etitudini generale în flexie. Această tendință la flexie apare precoce la nivelul cotului. Bolnavul este înțepenit, fixat în această atitudine anormală pe care o păstrează în toate activitățile, mai ales în mers care se face fără suplețe, cu pași mici, ce uneori se accelerează până la fugă și nu se poate opri decât atunci când se lovește de o rezistență.

Tremurătura, fără a fi constantă, se observă într-o bună parte din cazuri. Este o tremură de repaus ce apare la un anumit grad de relaxare musculară, dispărând în timpul mișcărilor voluntare și adeseori la menținerea unei atitudini. Este exagerată de emoții, oboseală și dispare în somn.

5.1 Forme clinice

Dacă diferitele simptome ale sindromului parkinsonian - tremurătura, hipochinezia, rigiditatea - sunt reunite în mod obișnuit, este posibil însă și disocierea lor, dând loc la forme în care predomină fie tremurătura, fie sindromul hipertonic - hipochinetic; acestea din urmă sunt cele mai grave sub raport funcțional.

Sindroame parkinsoniene de altă etiologie

1. Sindroame parkinsoniene post-encefalice

Tabloul clinic

Tabloul parkinsonismului postencefalic prezintă câteva particularități. Apariția sa la o vârstă tânără nu este rară, debutul situându-se în general în jurul vârstei de 40 ani.

2. Sindroame parkinsoniene vasculare

Etiologia vasculară a unui sindrom parkinsonian este discutabilă. La bolnavii ateromatosi și hipertensivi, simptomatologia parkinsoniană este

frecvent atipică și asimetrică, putându-se asocia cu semne neobișnuite, cum ar fi un semn al lui Babinski sau un sindrom pseudo-bulbar.

3. *Sindroame parkinsoniene tumorale*

Etiologia tumorală este rară. Meningeamele parasagitale, tumorile frontale, septale și de ventricol III pot produce un asemenea sindrom.

4. *Sindroame parkinsoniene traumatice*

Etiologia traumatică a unui sindrom parkinsonian va fi admisă cu prudență. În majoritatea cazurilor, traumatismul joacă doar un rol revelator.

5. *Sindroame parkinsoniene toxice*

Sindromul parkinsonian ce poate surveni în urma unei intoxicații cu oxid de carbon îmbracă un aspect hipertónico-hiperkinetic. Examenul histopatologic evidențiază leziuni necronice bilaterale ale palidului.

5.2 Tratamentul sindroamelor parkinsoniene

Tratamentul medicamentos s-a bazat până în ultimii ani pe anti parkinsonienele de sinteza, care au înlocuit aproape total alcaloizii de solanacee (atropina, hioscina, scopolamina).

Cele mai utilizate sunt romparkinul (3-20 mg) , artanul (4-10 mg/zi) , kemadrinul (10-20 mg/zi), parsidolul (15-50 g/zi). Administrarea se face progresiv urmărindu-se eventuala apariție a semnelor de intoleranță (uscăciunea gurii, tulburări de acomodare vizuală, grețuri, acufene, stări convulsive).

Eficacitatea lor este limitată, ameliorând tremurătura și rigiditatea, ăra a influența hipochinezia.

Tratamentul chirurgical constă în producerea printr-o intervenție stereotaxică a unei leziuni, fie în partea internă a palidului, fie în nucleul latero-ventral al talamusului. Rezultatul constă în suprimarea tremurăturii și diminuarea rigidității, hipokinezia, nefiind influențată uneori chiar agravată.

Tratamentul fizic are o importanță considerabilă. Se va căuta ca bolnavii să-și conserve cât mai mult timp posibil, toate activitățile profesionale și extraprofesionale, și pentru aceasta o psihoterapie de susținere este adesea utilă.

Tulburătorilor de mers, hipokineziei și tendinței dedistonie în flexie, trebuie să li se opună metode de reeducare activă și gimnastică funcțională.

Aplicate chiar într-un stadiu foarte avansat al bolii, aceste metode au dat rezultate remarcabile, permițând bolnavului o anumită autonomie.

5.3 ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU BOALA PARKINSON (PARALIZIA AGITATĂ)

Afecțiune neurologică care atinge centrii cerebrale responsabili de controlul și coordonarea mișcărilor. Se caracterizează printr-o bradikinezie (mișcări lente), printr-un tremur de repaus, o hipertonie musculară față cu aspect de mască (încremenită) și un mers încet cu pași mici.

Cauza bolii nu este cunoscută. Unii cercetători consideră arteroscleroza ca pe un factor care poate cauza boala. De asemenea: șocul emotional, traumatismele, unele intoxicații (oxid de carbon), infecțiile virale, unele medicamente neuroleptice, antidepresive) sunt adesea menționate ca fiind cauze ale apariției parkinsonismelor secundare.

Manifestări de dependență (semne și simptome)

Tremurul

- este un semn clar al bolii; începe cu un tremur încet și progresează așa de încet, încât persoana nu-și aduce aminte când a început
- tremurătura parkinsoniană este *o tremurătură de repaus*, care dispare în timpul mișcărilor voluntare
- tremurătura degetelor mâinii seamănă cu mișcarea de numărare a banilor; la nivelul picioarelor, tremurătura imită mișcarea de pedalare

Hipertonie musculară

- înțepenirea mușchilor
- mișcările devin mai încete (bradikinezie), mai puțin îndemânatice

- rigiditate a feței (fața capătă aspectul unei măști), vorbirea devine monotonă și apare dizartria
- rigiditatea musculară cuprinde treptat musculatura limbii, a masticăței, apare dificultatea de a înghiți cu hipertialism (salivă în exces)

Postura și mersul

- în ortostatism, pacientul are trunchiul și capul aplecat înainte (exagerarea reflexelor posturale)
- mersul este caracteristic, pacientul tinde să meargă pe degetele picioarelor, cu pași mici, târșâiți, trunchiul este aplecat în față, membrele superioare cad rigid lateral și nu se balansează în timpul mersului.

Notă :

Toate semnele și simptomele se accentuează în prezența oboselii, tensiunii nervoase, excitării. Pe măsură ce boala progresează, severitatea simptomelor se accentuează și, în cele din urmă pacientul nu mai poate merge.

Problemele pacientului

- diminuarea mobilității fizice – din cauza rigidității
- necoordonarea mișcărilor – legat de leziunile sistemului nervos
- postură inadecvată – legat de rigiditate
- deficit în autoîngrijire (hrănit, spălat, îmbrăcat) - din cauza tremurăturilor accentuate în mișcarea intenționată
- perturbarea imaginii de sine
- alterarea comunicării verbale (dizartrie).

Probleme potențiale

- risc de accident (cădere)
- risc de depresie

Obiective pentru pacient

- să se străduiască să-și amelioreze mobilitatea fizică
- să-și controleze parțial coordonarea mișcărilor
- să știe să preîntâmpine accentuarea posturii inadecvate
- să-și câștige și să-și păstreze, pe cât posibil, autonomia în autoîngrijire
- să exprime sentimente pozitive
- să-și păstreze capacitatea de vorbire
- să nu rănească
- să nu prezinte depresie, să-și exprime interesul pentru activități zilnice

Intervențiile asistentei

Planifică :

- program zilnic de exerciții fizice, care cresc forța musculară, atenuază rigiditatea musculară și mențin funcționalitatea articulațiilor
- mersul, înotul, grădinaritul, bicicleta ergonomică
- exerciții de extensie și flexie a membrelor; de rotație a trunchiului, asociate cu mișcarea brațelor (exerciții active și pasive)
- exerciții de relaxare generală, asociate cu exerciții de respirație
- exerciții posturale.

Asistenta sfătuiește pacientul:

- să meargă ținându-se drept, asigurându-și o bază de susținere mai mare (mersul cu picioarele îndepărtate la 25 cm)
- să facă exerciții de mers în ritm de muzică
- să forțeze balansarea membrelor superioare și să-și ridice picioarele în timpul mersului
- să facă pași mari, să calce mai întâi cu călcâiul pe sol și apoi cu degetele
- să-și țină mâinile la spate, când se plimbă (îl ajută să-și mențină poziția verticală a coloanei și previne căderea rigidă a brațelor lateral).
- în perioadele de odihnă, să se culce pe un pat tare, fără pernă, sau în poziție de decubit ventral (aceste poziții pot ajuta la preîntâmpinarea aplecării coloanei în față)

- când este așezat în fotoliu, să-și sprijine brațele pe fotoliu, putându-și, astfel, controla tremurul mâinilor și al brațelor.

Pentru câștigarea și păstrarea autonomiei în autoîngrijire :

- să folosească îmbrăcăminte fără nasturi, încălțăminte fără șireturi, lingură mai adâncă pentru supă, carne tăiată mărunț, cana cu cioc.

Pentru a evita căderile

- în locuință se recomandă parchet nelustruit, fără carpete, linoleum antiderapant, W.C.-uri mai înalte, balustrade de sprijin
- înainte de a se ridica din pat, să stea așezat câteva momente pe marginea patului .

Pentru a-și păstra capacitatea de a vorbi, să facă exerciții de vorbire.

Pentru prevenirea depresiei și ameliorarea stării afective, se planifică:

- program de activități zilnice (să lucreze cât mai mult posibil)
- obiective realiste
- discuții cu membrii familiei pentru a găsi metodele care să-i asigure pacientului o viață normală și sprijin psihologic.

CAPITOLUL VI

ROLUL ASISTENTULUI MEDICAL ÎN ÎNGRIJIREA BOLNAVILOR CU PROBLEME DE MOBILIZAREA

Procesul de îngrijire reprezintă un set de acțiuni prin care se îndeplinesc îngrijiri de nursing de care pacientul are nevoie.

Procesul nursing este un proces intelectual compus din diferite etape, logic coordonate având ca scop obținerea unei stări mai bune a pacientului. Acesta permite acordarea de îngrijiri individualizate adaptate fiecărui pacient.

Aceste etape sunt:

1. Culegerea de date
2. Analiza și sinteza datelor
3. Planificarea îngrijirilor
4. Implementarea îngrijirilor
5. Evaluare

1. Culegerea de date este etapa inițială a procesului de îngrijire, aceasta reunește toate informațiile necesare îngrijirii unui pacient. Se începe de la internarea bolnavului și reprezintă primul contact cu bolnavul care este foarte important pentru obținerea acceptului colaborării acestuia. Asistentul medical prin comportamentul său trebuie să-i creeze bolnavului imaginea unei persoane competente și să contribuie la îngrijirea sa.

2. Analiza și sinteza datelor presupune: examinarea datelor, clasificarea datelor în independente și dependente, identificarea resurselor pacientului, stabilirea problemelor de îngrijire și a priorităților și stabilirea cauzelor sau a surselor de dificultate.

Asistentul medical trebuie să cunoască exact cauza problemei ca prin acțiunile proprii să acționeze asupra acestei cauze.

3. Planificare îngrijirilor se face prin stabilirea unui plan de acțiune a etapelor, mijloacelor ce se impun în îngrijire, adică organizarea îngrijirilor conform unei strategii bine definite ținând cont în mod deosebit de îngrijirile și tratamentele prescrise de medic.

4. Implementarea sau aplicarea îngrijirilor constituie momentul realizării intervențiilor. Scopul este aducerea pacientului într-o stare optimă de independență, de satisfacerea nevoilor.

5. Evaluarea constituie aprecierea muncii asistentului medical în funcție de rezultatele obținute. Se face evaluarea după o anumită perioadă; în general un obiectiv indică în ce ritm trebuie făcută evaluarea.

Scopul mobilizării este mișcarea pacientului pentru a prevenii complicațiile ce pot apărea din cauza imobilizării și pentru recâștigarea independenței.

Obiectivele urmărite:

- normalizarea tonusului muscular
- menținerea mobilității articulare
- asigurarea stării de bine și independența pacientului
- stimularea metabolismului
- favorizarea eliminării de urină și fecale (pacientul poate să urineze și să-și evacueze scaunul mai bine în afara patului decât în prezența altora sau în poziția culcată pe bazinet)
- stimularea circulației sanguine pentru: profilaxia trombozelor, pneumoniilor, escarelor, contracturilor.

Mobilizarea face parte din terapia prescrisă de medic, în funcție de afecțiune sau starea pacientului, mobilizarea se face progresiv crescând treptat gama de mișcări.

CAPITOLUL VII

TULBURĂRI DE MERS

Tulburările de mers reprezintă o patologie frecvent întâlnită în practica medicului ortoped pediatru.

Cu cât diagnosticul este pus mai precoce, cu atât tratamentul este mai ușor de efectuat, iar rezultatul este mai bun.

Anomaliile membrelor inferioare se impun a fi diagnosticate la vârsta de nou-născut.

Trebuie ținut cont de antecedentele perinatale ale copilului, precum și de statusul neurologic în evaluarea gravității anomaliilor membrelor inferioare.

Piciorul strâmb congenital reprezintă o urgență perinatală. Dubutul tratamentului ortopedic se face din prima zi de viață.

Capacitatea copilului de a merge corect este o sursă permanentă de îngrijorare pentru părinți. Adesea, copiii sunt aduși la doctor pentru anomalii fiziologice cum ar fi hallux varus, platfus, genu varum sau genu valgum.

7.1 Anomalii rotaționale

Deviația medială a degetelor – sau ”piciorul de porumbel” – este motivul cel mai frecvent de trimitere. Deviația medială sau laterală se referă la mărimea unghiului de progresie al piciorului. Este vorba de unghiul pe care îl face axul lung al piciorului pe direcția de mers. În mod normal, acesta este de 5° extern, dar variază de la 5° intern până la 15° extern .

Sursa deviației mediale a degetelor poate fi la nivelul piciorului (metatarsus varus), al treimii inferioare a membrului (torsiunea internă de tibie) sau al coapsei (anteversie femurală persistentă).

Copilul mic are un mers cu bază largă de susținere, asociată cu flexia și rotația externă a coapsei pe bazin, prin contractură musculară și extensia incompletă a genunchiului. Pe măsură ce se ameliorează stabilitatea, contractura dispare, permițând rotația internă a membrului inferior.

7.2 Diformitățile piciorului

Poziția fătului în utero influențează forma piciorului. Diformitățile de la acest nivel apar în asociere cu diverse anomalii de modelare cum este plagiocefalia, torticolisul și luxația congenitală de șold. Cea mai comună diformitate este piciorul calcaneovalg care întâlnește cu grade diferite la o treime dintre copii și poate fi depistată la naștere.

Metatarsul adductus este mai rar întâlnit (1%) și se depistează mai ales atunci când copilul călcând spre interior. În ambele cazuri este important de făcut diagnosticul diferențial cu luxația congenitală de șold, prin ecografie - la sugari - sau radiologie - la copiii mai mari.

Potrivit de jos în sus, piciorul metatarsus adductus este reniform, partea anterioară a piciorului fiind deviată medial.

7.3 Torsiunea tibială

Torsiunea tibială se referă la răsucirea osului în jurul axului care unește genunchiul cu glezna. Poate fi evaluată cu ajutorul unghiului coapsă-picior, copilul fiind în decubit ventral, cu genunchiul flectat la 90°. Unghiul se măsoară la intersecția prelungirii axului lung al piciorului cu axul coapsei.

În mod normal, variază între 10° intern și 40° extern.

Similar diformitățile piciorului, torsiunea tibială poate fi influențată de poziția în utero. Torsiunea internă este observată la copiii mici, când se asociază cu accentuarea fiziologică a arcuirii tibiei.

Diformitățile torsionale ale tibiei se rezolvă spontan, de obicei până la vârsta de 3 ani.

La copiii mai mari, cu torsiune externă, poate apărea deviația laterală a degetelor. Aceasta este adesea asimetrică, mai accentuată pe dreapta și tindă să evolueze. Dacă asimetria este marcată, se recomandă corecția chirurgicală prin osteotonie tibială.

7.4 Torsiunea femurală

Torsiunea femurală sau anteversia nu pare a fi influențată de poziția în utero. La naștere măsoară 40° și se reduce progresiv până la 15° la maturitate. La nivelul șoldului, rotația internă este mai mare decât cea externă. Este principala cauză de deviție medială a degetelor la copiii de peste 3 ani și este mai pronunțată între 4 și 6 ani.

Deviația medială a degetelor, cauzată de anteversia femurală, se rezolvă spontan în 80% dintre cazuri, până la vârsta de 8 ani. La fete persistă

într-un caz din 15, la băieți proporția fiind și mai redusă. Nu există dovezi privind asocierea cu osteoartrita în perioada de adult.

Anteversia femurală se asociază adesea cu luxația congenitală de șold; de aceea, se va controla amplitudinea abducției și stabilitatea articulară.

7.5 Platfusul

Platfusul reductibil este normal la sugari, deoarece arcul medial al bolții plantare nu se dezvoltă decât o dată ce copilul învață să meargă.

Piciorul plat reductibil se întâlnește la peste 20% dintre adulți și nu există dovezi că se asociază cu complicații.

Diagnosticul diferențial se face cu tendonul lui Ahile scurt, care poate indica o cauză neuromusculară.

Piciorul plat fixat este neobișnuit la copiii mici. Apare de obicei după vârsta de 8 ani, prin artroza deformantă a oaselor tarsului. Este însoțit de durere, în caz de picior plat spastic peroneal. Alte cauze de platfus fixat sunt cele de natură infecțioasă, tumorală sau artrita juvenilă idiopatică.

7.6 Piciorul cavus

Piciorul scobit idiopatic este o diformitate rar întâlnită. Este rigid, dureros și adesea, patologic, apărând în urma unei tulburări neuromusculare care necesită investigații suplimentare.

7.7 Diformități angulare

Toți sugarii au genu varum, deși acest lucru devine aparent abia când încep să meargă. Arcuirea fiziologică a tibiei este asociată cu torsiunea internă.

Între 18 luni și 2 ani membrul inferior se îndreaptă, apoi apare genu valgum, vizibil cel mai bine între 3 și 4 ani, care se reduce apoi până la 7 ani către alinierea osoasă a adultului.

Gradul de varus se poate determina măsurând distanța intercondiliană. La 6 luni aceasta poate fi de până la 6 cm. Până la vârsta de 2 ani trebuie să ajungă la zero.

Mersul pe vârfuri

Când se ridică în picioare și începe să meargă, copilul mic poate călca numai pe vârfuri, dar, până la vârsta de trei ani, trebuie să-și formeze pasul corect. Dacă acesta nu se întâmplă se naște suspiciunea unei afecțiuni neuromusculare, cu atât mai mult dacă sunt prezente și alte semne de întârziere în dezvoltare sau dacă există antecedente semnificative la naștere.

Mersul pe vârfuri poate apărea compensator la hipotonia musculară proximală. La băieți, o idee bună ar fi măsurarea creatinin-fosfokinazei pentru diagnosticul diferențial al miodistrofiei.

În absența unei afecțiuni neuromusculare, persistența mersului pe vârfuri se consideră idiopatică și este de obicei o trăsătură familială.

Tratamentul constă în exerciții de întărire a musculaturii și utilizarea unor aparate gipsate speciale pentru "reeducarea" mersului și elongarea tendonului ahilean.

CAPITOLUL VIII

**SPITALUL CLINIC MARIE CURIE
BUCUREȘTI
SECȚIA ORTOPEDIE**

CAZ CLINIC NR.1 Perioada 11.04-16.05.2002

Prezentarea cazului

Pacienta **M.A.** în vârstă de 22 de ani, domiciliată în București, studentă, se prezintă la data de 11.04.2002 la Camera de gardă ortopedie a Spitalului Marie Curie cu diagnosticul de:

-displazie luxantă de șold drept

Motivele internării

Pacienta s-a internat cu:

-durere de șold

-mers neechilibrat prin scurtarea unui membru

Profilul pacientei și percepția stării de sănătate

Doamna **M.A.** este o persoană sociabilă se poate comunica cu dânsa despre problemele personale, locuiește cu părinții într-un apartament cu trei camere în condiții bune.

Antecedente medicale

-heredo-colaterale: mamă, tată sănătoși

-personale fiziologice: a avut menarhă la 14 ani, ciclu regulat

-patologice: • displazie luxantă de șold drept la vârsta de 1 an.

• intervenție cu aparat de distensie Hessing.

Istoricul bolii

Pacienta în vârstă de 22 de ani, a fost depistată la vârsta de 1 an cu displazie luxantă de șold drept. A fost tratată cu atele, după metoda Pacci-Lorenz. La vârsta de

10 ani a suportat o intervenție cu aparat de distensie Hessing. Pacienta este reinternată cu simptomatologia descrisă pentru reevaluare chirurgicală.

**Protocol
medical
actual**

Examen fizic general
Greutatea 60 kg, talia 170 cm
Tegumente și mucoase normale
Stare de conștiență este cooperantă și conștientă
Stare de nutriție normoponderală
Aparat respirator:
-normal
-16 respirații/min
Aparat cardiovascular:
-normal
-TA: 120/70mmHg
-AV: 76 bătă/min
-ritm cardiac regulat
Sistem urinar:
-micțiuni fiziologice
-1400 ml/24h
Sistem nervos:
-răspunsul la stimuli este prezent
-orientarea temporo-spațială normală
Aparat digestiv:
-abdomen mobil suplu nedureros la palpare, cu mișcări respiratorii
-tranzit prezent

Pacienta preoperator prezintă:

-durere la nivelul șoldului
-mobilitate dezechilibrată
-anxietate
-inapetență
-insomnie

Examene de laborator efectuate preoperator:

-TQ – 14"
-TH - 115"
-HLG – Hb 13,4g%, Ht 43%
-AP 100%

- Glicemia 76mg%
- Uree 21mg%
- TGO 40 UI/l
- TGP 23 UI/l

Tratament medicamentos preoperator:

- ser fiziologic 1000 ml
- glucoză 5% 500ml
- xilină 1%
- dextran 1fl.
- dormicină 1f.
- droperidol 1ml
- ketalar 20ml
- hidrocortizon 100mg

Pacienta a fost alimentată și hidratată parenteral cu ser fiziologic și glucoză 5%.

Postoperator

Pacienta a prezentat:

- greață postanestezie
- dificultate la eliminare din cauza poziției
- nu a putut să se odihnească suficient datorită poziției impuse și confortului modificat.

Evoluție postoperatorie bună.

Tratament postoperator medicamentos:

- algocalmin 1f
- zinacef 4fl
- gentamicină 1f
- oxacilină 4g
- diazepam 1tb

Aprecierea nursing a stării de dependență preoperator:

1.Nevoia de a evita pericolele – alterarea stării de confort;neliniștea față de alterarea propriei înfățișări.

2.Nevoia de a bea și a se alimenta – alimentație și hidratare deficitară

3.Nevoia de a elimina – dificultatea de a elimina

4.Nevoia de a fi curat și a-și proteja tegumenetele - posibilitatea de alterare a tegumentelor și mucoaselor

5.Nevoia de a dormi și a se odihni – imposibilitatea de a dormi și a se odihni.

Aprecierea nursing a stării de independență postoperator:

1.Nevoia de a respira – bolnava prezintă o respirație normală 16 respirații/min, empirică, fără effort, silențios, cu mișcări toracice.

2.Nevoia de a menține temperatura corpului în limite normale – bolnava are o temperatură constantă adaptabilă termic.

3.Nevoia de a fi ocupat și de a se realiza – bolnava este preocupată de școală și dorește să reînceapă activitatea școlară cât mai curând.

4.Nevoia de a se recrea – bolnavul își petrece timpul liber în mod plăcut, citește ,vizionează diverse programe.

5.Nevoia de a învăța să-și păstreze sănătatea – bolnava are multe informații despre boala sa, pune întrebări și cooperează cu personalul medical.

6.Nevoia de a acționa conform propriilor credințe și valori – bolnava este de religie ortodoxă, este religioasă, respectând restricțiile de religie.

7.Nevoia de a comunica – bolnava este o persoană sociabilă, se poate comunica cu ea despre problemele personale.

8.Nevoia de a se îmbrăca și de a se dezbrăca – bolnava cu toate că prezintă displazie luxantă de șold drept are capacitatea de a se îmbrăca și de a se dezbrăca singură fără ajutorul personalului medical

9. Nevoia de a se mișca și a avea o bună postură – bolnava se poate deplasa singură,nu are nevoie de ajutor medical.

Aprecierea nursing a stării de dependență postoperator

1.Nevoia de a evita pericolele – alterarea stării de confort legată de poziția impusă (DD).

2.Nevoia de a comunica – alterarea stării de sănătate fizică și psihică, alterarea imaginii de sine.

3.Nevoia de a se mișca și a avea o poziție corectă – potențial de adoptare a unei poziții vicioase necorespunzătoare vindecării.

4.Nevoia de a-și păstra igiena corporală – potențial de alterare al tegumentelor și al mucoaselor

5.Nevoia de a dormi și a se odihni – perturbarea programului de somn, calitatea somnului nesatisfăcătoare.

6. Nevoia de a se îmbrăca și dezbrăca – potențial de alterare a aparatului gipsat.

7.Nevoia de a se alimenta și hidrata – aport nutrițional și hidric scăzut.

8.Nevoia de a elimina – stare de disconfort datorită imposibilității de a elimina normal.

Aprecierea nursing a stării de independență postoperator

1.Nevoia de a respira și a avea o bună circulație -bolnava prezintă o respirație normală,fără efort,cu mișcări toracice simetrice 16 respirații/min.Prezintă reflexul de tuse,secreții minime,mucoasă umedă.

2.Nevoia de a menține temperatura corporală în limite normale - pacienta are o temperatură constantă,adaptabilă termic.

3.Nevoia de a fi ocupat și realizat - bolnava este preocupată de școală și dorește să-și reînceapă activitatea școlară cât mai curând.

4.Nevoia de a se recrea - bolnava își petrece timpul liber în mod plăcut,citește,vizionează diverse programe tv.

5.Nevoia de a învăța să-și păstreze sănătatea - pacienta are multe informații despre boala sa.Pune întrebări și cooperează cu personalul medical

6.Nevoia de a acționa conform propriilor cerințe și valori - bolnava este de religie ortodoxă,practicantă,respectă și practică valorile spirituale.Bolnava se roagă respectând restricțiile impuse de religie.

**SPITALUL CLINIC MARIE CURIE
CAZ CLINIC NR.1**

Proces de îngrijire

Îngrijirea pacientei preoperator

Nevoia fundamentală	Probleme de dependență	Manifestări de dependență	Sursa de dificultate	Dignostic nursing	Obiective	Intervenții		Evaluare
						Autonome	Delegate	
1. Nevoia de a evita pericolele	-durere la nivelul șoldului -risc crescut de complicații (staza pulmonară, atrofie musculară) -risc de accidentare.	-irascibilitate -anxietate -mers neechilibrat -anticipare evenimentelor negative	-necunoașterea efectelor postoperatorii -pierderea imaginii de sine.	-alterarea stării de confort -neliniștea față de alterarea propriei înfățișări.	-psihoterapie -recoltarea analizelor -combaterea durerii -pregătirea preoperatorie în vederea conduitei.	-discut cu bolnava despre eventuala interv. -pentru calmare îi ofer un ceai de tei și îi adm un algocalmin contra durerii.	-algocalmin -ser fiziologic 10% -glucoză 5% -adrenalină 1f. -xilină 1% -dexton 1f -dormicină 1f. -ketalar 20ml	-obiectiv atins.
2. Nevoia de a bea și a se alimenta	-alimentare și hidratare inefficientă	-inapetență și anxietate	-spitalizare -durere, anticiparea evenimentelor negative	-alimentație și hidratare deficitară.	-să fie echilibrată hidric și nutrițional în vederea interv.	-am explicat necesitatea unei bune hidratări și am avut grijă ca pacienta să bea lichide neîndulcite și care nu provoacă gaze.	-ser fiziologic 10% -glucoză 5%	-obiectiv atins.

Nevoia fundamentală	Probleme de dependență	Manifestări de dependență	Sursa de dificultate	Dignostic nursing	Obiective	Intervenții		Evaluare
						Autonome	Delegate	
3. Nevoia de a elimina	-constipație.	-stres -anxietate -lipsa activității psihice.	-spitalizare -alimentarea deficitară.	-dificultatea de a elimina	-pacienta să poată elimina.	-administrez bolnavei câteva g de ulei de ricin în seara premergătoare intervenției. -în ziua interv. verific dacă pacienta mai are probleme digestive și mă asigur că își evacuează vezica.	—	-obiectiv atins.
4. Nevoia de a fi curat și a-și proteja tegumentele	-incapacitatea de a-și acorda igiena personală.	-durere la nivelul șoldului -mobilitate dezechilibrată.	-necoordonarea în mișcări -durere	-posibilitatea de alterare a tegumentelor și mucoasei.	-să nu fie sursa de infecție nozo combială -pregătirea câmpului operator.	-în dimineața intervenției pregătesc câmpul operat. -batijonarea zonei de intervenție cu antiseptice colorate +1/2 din coapsă și o protejez cu pansament steril.	—	-obiectiv atins.

Nevoia fundamentală	Probleme de dependență	Manifestări de dependență	Sursa de dificultate	Diagnostic nursing	Obiective	Intervenții		Evaluare
						Autonome	Delegate	
5. Nevoia de a dormi și a se odihni	-dificultate în a adormi	-durere -confort modificat -neliniște -anticiparea elementelor negative.	-durere -anticiparea evenimentelor negative -spitalizare.	-imposibilitatea de a dormi și a se odihni.	-calmarea pacientei -combateră durerii -creerea unui confort fizic și psihic.	-adm diazepam pentru ca ea să poată dormi -administrez algalcalmin pentru calmarea durerii.	-algalcalmin 1f. -diazepam 1tb.	-obiectiv atins.

Îngrijirea pacientei postoperator

Nevoia fundamentală	Probleme de dependență	Manifestări de dependență	Sursa de dificultate	Dignostic nursing	Obiective	Intervenții		Evaluare
						Autonome	Delegate	
1. Nevoia de a evita pericolele	-poziție impusă în decubit dorsal -perturbarea imaginii de sine.	-irascibilitate -tahicardie -transpirație -imobilitate -incapacitate de a efectua activități -modificarea dinamicii familiare.	-intervenția chirurgicală recentă -reacția post anestezie -constrângeri fizice (aparatură gipsată, sonda urinară, PEV).	-alterarea stării de confort legată de poziția impusă(DD).	-supravegherea perfuziei -prevenirea pneumoniei hipostatice -prevenirea atrofiei musculare -supravegherea funcțiilor vitale -menținerea unei poziții adecvate.	-am avut grijă ca poziția B să fie în DD și să aibă piciorul operat în ușoară abducție -pt evitarea încălcării pulmonare i-am făcut tamponamente pe spate cu alcool -am măsurat TA 120/70mm Hg și P 80b/min -după scoaterea sondei urinare ajut pacienta să folosească plosca și bazinetul. -îi fac masaj la membrele sănătoase. -am supravegheat perfuzia.	-ser fiziologic 10% -glucoză 5% -algocalmin 1f -zinocif i.v. (2f,0,12) -gentamicină 2f -oxacilină 4g -diazepam 1f -metoclopramid.	-obiectiv realizat.

Nevoia fundamentală	Probleme de dependență	Manifestări de dependență	Sursa de dificultate	Dignostic nursing	Obiective	Intervenții		Evaluare
						Autonome	Delegate	
2. Nevoia de a comunica	-alterarea imaginii de sine.	-reacții negative legate de alterarea integrității fizice. -refuz de a-și privi partea operată și de a o atinge.	-sindrom de imobilizare -intervenții chirurgicale.	-alterarea stării de sănătate fizică și psihică -alterarea imaginii de sine.	-favorizarea comunicării -încurajarea B să vorbească și să-și atingă zona operată.	-încurajez B să își exprime sentimentele -creez o ambianță veselă -conving pacienta să participe la activități cotidiene.	—	-obiectiv realizat.
3. Nevoia de a se mobiliza	-restricția mișcării impusă de conduita terapeutică.	-incapacitatea de a se mișca -diminuarea forței musculare.	constrângeri fizice(aparat gipsat) -intervenție chirurgicală.	-potențial de adoptare a unei poziții vicioase necorespunzătoare.	-menținerea B în poziția DD în primele 48 de ore. -imobilizare pasivă apoi activă.	-am grijă ca pacienta să stea în DD cu piciorul drept în ușoară abducție.Pt aceasta pun deoparte și de alta a piciorului 2 perne pt a împiedica schimbarea poziției piciorului.	-algocalmin.	-obiectiv atins.

Nevoia fundamentală	Probleme de dependență	Manifestări de dependență	Sursa de dificultate	Dignostic nursing	Obiective	Intervenții		Evaluare
						Autonome	Delegate	
4. Nevoia de a-și păstra igiena corporală	-poziția impusă.	-incapacitatea de a-și satisface și a acorda singură igiena corporală.	-constrângeri fizice (aparatură gipsat).	-potențial de alterare a tegumentelor și mucoaselor.	-să aibă tegumente integre -păstrarea ap gipsat curat fără pete sau deteriorat.	-dimineața ajut B să-și acorde igiena bucală la pat -am grijă când folosește plosca să nu murdărească gipsul așezând B pe o mușama	—	-obiectiv atins.
5. Nevoia de a dormi și a se odihni	-intervenție chirurgicală recentă.	-ore de somn insuficiente -calitatea somnului deficitară.	-poziția impusă -confort modificat -constrângeri fizice.	-perturbarea modului de somn -calitatea somnului nesatisfăcătoare.	-asigurarea odihnei necesare refacerii după intervenție	-administrez 1f algocalmin și 1 tb diazepam -creez pacientei un cadru intim și liniștit pentru a se putea odihni.	-algocalmin -diazepam	-obiectiv atins.

Nevoia fundamentală	Probleme de dependență	Manifestări de dependență	Sursa de dificultate	Dignostic nursing	Obiective	Intervenții		Evaluare
						Autonome	Delegate	
6. Nevoia de a se alimenta și hidrata	-hidratare și ingestie de alimente nesatisfăcătoare.	-intoleranță la activități -greață post anestezie.	-efect secundar anestezic -alimente deficitare.	-aport nutrițional și hidric scăzut.	-prevenirea deshidratării -asigurarea unui aport nutrițional adecvat.	Asigur pacientei Hidratarea cu ceai neîndulcit -în următoarele 4 zile postoperatorii îi asigur o masă bogată în vitamine și proteine.	-regim alimentar.	-pacienta este alimentată și hidratată -nu prezintă semne de deshidratare.
7. Nevoia de a elimina	-poziția impusă de decubit dorsal	-dificultatea de a elimina.	-poziție neadecvată eliminărilor.	-stare de disconfort datorită imposibilității de a elimina normal.	-monitorizarea eliminărilor -educarea pacientei cu privire la modul de eliminare -asigurarea igienei.	-ajut pacienta să urineze la ploscă evitând udarea sau murdărirea pansamentului și menținerea posturii corecte -am grijă ca după urinare să asigur bolnavei igiena intimă.	—	-bolnava nu prezintă probleme de micțiune sau de fecale.

Nevoia fundamentală	Probleme de dependență	Manifestări de dependență	Sursa de dificultate	Diagnostic nursing	Obiective	Intervenții		Evaluare
						Autonome	Delegate	
8. Nevoia de a se îmbrăca și dezbrăca	-restricția efectuării mișcării de a se îmbrăca și dezbrăca impusa de conduita terapeutică.	-incapacitatea de a se îmbrăca și dezbrăca.	-intervenția chirurgicală (aparatură gipsat).	-potențial de alterare al ap gipsat.	-menținerea B în poziția decubit dorsal în primele 24 de ore -ajutarea pacientei în scopul satisfacerii nevoii.	-ajutarea pacientei în efectuarea integrală a tehnicii -pregătirea lenjeriei la îndemâna pacientei.	—	-obiectiv realizat.

**SPITALUL CLINIC "GH.LUPU"
BUCUREȘTI
SECȚIA NEUROLOGIE**

**CAZ CLINIC NR.2
Perioada 11.03-16.03-2002**

**Prezentarea
cazului**

Domnul **R.S.** în vârstă de 46 ani, domiciliat în București, pensionat pe caz de boală, căsătorit, cu doi copii, se internează la data de 11.03.2002 la secția Neurologie a Spitalului Clinic „Gh.Lupu” cu diagnosticul de:

- **boala Parkinson în evoluție**
- **spondilită anchilozantă în observație**

**Motivele
internării**

Pacientul se internează pentru:
-dureri la nivelul articulației coxobilaterale și sacro-bilaterală
-retitudinea coloanei vertebrale și limitarea mișcărilor matinale
-tremur accentual al membrilor drepte.

**Profilul
pacientului
și percepția
stării de
sănătate**

Domnul **R.S.** este o persoană sociabilă, se poate comunica cu dânsul despre problemele personale este căsătorit, locuiește într-un apartament cu 3 camere, are 2 copii.

**Antecedente
medicale**

-heredo-colaterale-neagă
-personale-fiziologice-nesemnificative
-patologice TBC pulmonar 1988
-boala Parkinson 1997
-hernie inghinală operată 2001

**Istoricul
bolii**

Bolnav cunoscut cu boala Parkinson în 1997 în tratament cronic intermitent (afirmativ) cu Nakom 2tb/zi Selegină 2tb/zi și Viregyt 2tb/zi. Se internează pentru Reevaluarea acestei boli precum și a persistenței durerilor La nivelul mișcărilor matinale (în special).

**Protocol
medical
actual**

Examen fizic general

Simptome generale:

- durere la nivelul articulației coxobilaterale
Și sacrobilaterale
- retitudinea coloanei vertebrale și limitarea
mișcărilor matinale

Tegumente și mucoase-normal colorate

Țesut sub cutanat normal reprezentat

Ganglioni superficiali nepalpabili

Sistem osos

- dureri la mobilizare

Aparat respirator

- torace normal,fără raluri

Aparat cardio-vascular

- TA 120/70 mmHg
- AV 65 regulat
- AMC în limite normale,zgomote cardiace fără
raluri cardiocervicale

Aparat digestiv

- abdomen suplu,mobil cu respirația,ficat splină
în limite normale
- tranzit prezent

Aparat renal

- micțiuni spontane
- semnul Giordano (-) bilateral

Sistemul nervos central:

- orientat temporo-spațial
- tremur de repaus al membrelor drepte,fără
tremur intențional
- ROT în global bilateral (reflex osteotendinos)
- RCP flexie bilaterală (reflex cutanat plantar)
- reflexul Marinescu Radovici (+)
- reflexul Noica (+) pe dreapta
- trimiterea anteflexiei coloanei vertebrale

M. Schöber

ANALIZE EFECTUATE PE TIMPUL INTERNĂRII

Analize de laborator:

- HLG: Hb 15,9 mg%,Ht 46%,leucocite 7700 mm³
- VSH 6 mm/h
- uree 24mg
- creatinină 1,0mg%
- glicemia 75mg%
- TGO 4 UI
- TGP 2 UI
- colesterol 168mg%
- lipide 700mg%
- trigliceride 74mg%
- proteine totale 7,6mg%
- sumar de urină: leucocite frecvent,mucus frecvent

Investigații paraclinice

- EKG normal
- radiografie pulmonară
- modificări fibroase
- radiografie bazică articulară coxofemurală normal,sacrolice cu infiltrarea spațiilor articulare bilaterale

EXAMEN NEUROLOGIC

- I. Atitudini particulare**.....*nu are*.....
- II. Mișcări involuntare**...*tremur de repaus al membrilor dr sup > inf*.....
- III. Semne meningeale**.....*ceafă moale*.....
- IV. Nervii cranieni**.....
1. nervul olfactiv (acuitată olfactivă, halucinații olfactive).....
.....*normal*.....
 2. nervul optic (acuitate vizuală, câmp vizual, fundul de ochi).....
.....*AS/CV - normale*.....
 3. nervul oculomotor (per. III, IV, VI) poziția globilor oculari, mobilitatea globilor oculari, strabism, diplopie, pupile, reflexe pupilare, ptoza palpebrală.....
.....*oculomotricitate normală intrinsecă și extrinsecă*
 4. nervul trigemen:
 - a) componenta senzitivă (tulburări subiective, examenul sensibilității tegumentelor feței și mucoaselor, puncte Walleix, reflex cornean).....*normale*.....
.....(+).....
 - b) componenta motorie (relieful, mișcările mușchilor masticatori, reflexul maseterian)
 5. nervul facial (simetria facială, fante pantebrale, mimică voluntară, examenul gustului în cele 2/3 anterioare ale limbii)...(+).....
 6. nervul acustico-vestibular
 - a) componenta cohleiană (tulburări subiective, acuitate auditivă, consucerea osoasă și aeriană).....
.....*AA egală*.....
 - b) componenta vestibulară (vertij, nistagmus, Romberg, proba brațelor întinse și indicației, probe instrumentale).....(+).....(-).....
 7. nervul glosfaringian (examenul gustului în 1/3 posterioară a limbii, deglutiția pentru solide).....
.....*normal*.....
 8. nervul vag și spinal:
 - a) componenta comună vago-spinală (poziția și mișcările valului palatin, reflexul velo-palatin și faringian, fonația).....*RVP, RF /normal*.....
 - b) componenta externă spinală (relieful și mișcările SCM – trapez, torticolis).....
 9. nervul hipoglos (poziție, mișcări și troficitate limbă).....
.....*limbă de aspect normal pe linia mediană*.....
- V. MOTILITATE**
1. Ortostațiune și mersul.....*posibil cu pași mici*.....
 2. Mișcări active segmentare, forța musculară segmentară, probeareză.....(-)...*bilateral*....

3. Tonus muscular (hipotonie elastică, plastică, proba lui Noica).....
.....*hipotonie polielastică Noica (+) pe dreapta*.....

4. Coordonarea mișcărilor (ataxie cerebeloasă și spinală).....
.....*fără ataxii*.....

VI. REFLECTIVITATE

1. Reflexe normale:

a) osteotendinoase (stilo-radial, cubito-pronator, bicipital, tricipital, patelar și achilian).....
.....*ROT moi inferioare pe dreapta*.....

b) cutanate (abdominale, plantare).....

c) reflexe de postură (r.gambierului anterior).....

2. Reflexe patologice (Babinski, Oppenheim, Rossolimo, Hoffman, Marinescu-Radovici, clonus rotulian plantar).....

.....*nu se observă RCP – flexie bilaterală Marinescu Radovic (+) pe dr.*.....

VII. SENSIBILITATEA

1. Subiectiva (hiperestezie, hiperpatie, parestezi).....

2. Obiectiva elementară:

a) superficială.....

.....*normal*.....

b) profundă.....

3. Obiectiva sintetică (stereognozie, topognozie, somatognozie, nozognozie, dermolexie discriminativă).....
.....*normal*.....

VIII. SFINCTERILE ȘI FUNCȚIA GONADICĂ

.....*micțiuni spontane bilaterale*.....

IX. TROFICITATE, VASOMOTRICITATE (atrofi musculare ± fasciculații, fanere, tegumente, paloare, eritem, edem).....

.....*normal*.....

X. LIMBAJUL.....*normal*.....

XI. PRAXIA

1. Simbolică (gesturi inductive și automate).....

2. De utilizare (evocarea formulei chinetice).....
.....*normal*.....

XII. PSIHIC (ideație, orientare, afectivitate, voința, cunoaștere, intelect, comportament).....

.....*orientat temporo-spațial*.....

Tratament medicamentos

Pacientul se află sub tratamentul de:

- rupan 3tb./zi
- hepaton 3tb./zi
- pentoxifilin 3tb./zi
- aspirină 1tb./zi
- triferment 3tb./zi
- diazepam 1tb./zi
- nakom 1tb./zi
- selegină 2tb./zi.

Sub acest tratament pacientul a avut o evoluție favorabilă.

Aprecierea nursing a problemelor de dependență

- 1.Nevoia de a evita pericolele** – modificarea stării de bine legată de durere manifestată prin agitație.
- 2.Nevoia de a bea și de a mânca** – alimentație inadecvată datorită tremurăturii la nivelul membrelor.
- 3.Nevoia de a se mișca și a avea o bună postură** – limitarea mișcărilor datorită durerilor la mobilizare.
- 4.Nevoia de a dormi și a se odihni** – perturbarea modului de somn legat de durere și tremur de repaus al membrelor drepte.

Aprecierea nursing a problemelor de independență

- 1. Nevoia de a respira** – bolnavul are o respirație normală, 17 respirații/min.,fără raluri, cu torace normal, frecvența , ritmul și amplitudinea respirației fiind normale.
- 2.Nevoia de a elimina** – bolnavul elimină normal, diureza pe 24h aproximativ 1400 ml, urina este hipercrom, micțiunile sunt normale, rinichi normali.
- 3.Nevoia de a se îmbrăca și dezbrăca** – bolnavul se îmbracă și se dezbracă singur fără ajutor din partea personalului medical.
- 4.Nevoia de a menține temperatura corpului în limite normale** – bolnavul are o temperatură normală, echilibrată termic, tegumentele sunt calde, roz.
- 5.Nevoia de a menține tegumentele curate și integre** – pacientul prezintă tegumente normal colorate, îngrijite fără leziuni prezente, cu o toaletă în stare bună (baie, duș).
- 6.Nevoia de a comunica cu semenii** – bolnavul este o persoană comunicativă, sociabilă, comunică cu personalul medical arătându-și interes față de boala sa.

7.Nevoia de a acționa conform propriilor credințe și valori – bolnavul este o persoană credincioasă, de origine ortodoxă, participând la serviciul religios.

8.Nevoia de a se recrea – bolnavul cu toate că este pensionar pe caz de boală, timpul liber și-l petrece în mod plăcut, citind, știind, ascultând muzică.

9.Nevoia de a fi ocupat și de a se realiza – bolnavul este ocupat, își asumă atribuțiile de familie și față de societate.

10.Nevoia de a învăța să-și păstreze sănătatea – bolnavul este conștient de starea sa de sănătate, fiind cooperant cu personalul medical, preocupându-se de starea de sănătate și îngrijind-o.

SPITALUL CLINIC GH. LUPU

Caz clinic nr.2

Proces de îngrijire

Nevoia fundamentală	Probleme de dependență	Manifestări de dependență	Sursa de dificultate	Diagnostic nursing	Obiective	Intervenții		Evaluare
						Autonome	Delegate	
1. Nevoia de a evita pericolele	-durere -tremurul.	-agitație -neliniște.	-boala neurologică Parkinson.	-modificarea stării de bine legată de durere manifestată printr-o agitație.	-pacientul să nu prezinte dureri la nivelul articulației coxo-bilaterale și sacroiliatului .	-administrația medicației indicate de medic.	-Rupan 3 tb/zi -Nakom 2 tb/zi -Seleg-nă 2tb/zi	-obiectiv în curs de evaluare.
2. Nevoia de a bea și a mânca	-risc potențial de deshidratare	-imposibilitatea de a se hrăni singur datorită tremurului.	-agitație -durere.	-alimentație inadecvată datorită tremurului.	-asigurarea pacientului unei cantități mai mari de alimente	-mă asigur că alimentația pacientului este corespunzătoare -diminuarea grețurilor și a vărsăturilor.	-Triferment 3tb/zi -Metrocloromid 3tb/zi.	-obiectiv realizat.

Nevoia fundamentală	Probleme de dependență	Manifestări de dependență	Sursa de dificultate	Dignostic nursing	Obiective	Intervenții		Evaluare
						Autonome	Delegate	
3. Nevoia de a se mișca și a avea o bună postură	-deplasare posibilă cu pași mici.	-durere -tremur.	-boală neurologică (retitudine coloanei și limitarea mișcărilor matinale).	-limitarea mișcărilor datorită durerilor la mobilizare.	-educa-rea pacientului pentru a-și păstra o poziție corectă.	-ajut pacientul să-și păstreze tonusul muscular prin mișcări pasive și active.	-Rupan 3 tb/zi.	-obiectiv nerealizat datorită tremurului care persistă.
4. Nevoia de a dormi și de a se odihni	-dureri la mișcările membrelor -treziri frecvente.	-somm deficitar datorită tremurului și durerilor.	-agitație din cauza spondilitei anchilozante	-perturbarea modului de somn legat de durere și tremur de repaus al membrelor drepte.	-creerea unui confort psihic și fizic.	-asigur confortul bolnavului prin aerisirea camerei, liniște permanentă -îi ofer bolnavului un pahar cu lapte seara.	-diaze-pam 1tb/zi.	-obiectiv realizat.

**SPITALUL CLINIC GH. LUPU
BUCUREȘTI
SECȚIA ORTOPEDIE**

**CAZ CLINIC NR.3
Perioada 2.04 – 12.04.2002**

**Prezentarea
cazului**

Doamna **T.S.** în vârstă de 63 ani, domiciliată în București, pensionară, căsătorită, 3 copii, se internează La data de 2.03.2002 la secția de Ortopedie a Spitalului Clinic Gh Lupu cu diagnosticul de:

- **Fraktură pertohanteriană**

**Motivele
internării**

Pacienta s-a internat cu:
- dureri și impotență funcțională, șold drept

**Profilul
pacientei și
percepția
stării de
sănătate**

Doamna **T.S.** este o persoană sociabilă, se poate comunica cu dânsa despre problemele personale, este căsătorită de 40 de ani, are o alimentație echilibrată, nu-i place activitatea fizică, locuiește într-un apartament cu 3 camere, în condiții bune.

**Antecedente
medicale**

- hederocolaterale: neagă
- personale: - fiziologice: a avut menarhă la 14 ani, menopauza la 47 ani, ciclul regulat, 3 nașteri normale.
- patologice: nesemnificative

**Istoricul
bolii**

Pacienta, pe data de 2.04.2002 a plecat la piață, mergând pe jos, 2 stații de mașină. Când a coborât de pe trotuar, pacienta nu a văzut că lângă bordură este o și a căzut. Pacienta nu a mai putut să se ridice, și a fost ajutată de către un trecător care a anunțat imediat salvarea. Pacienta a simțit mai întâi o arsură, după care o durere vie. A fost internată de urgență la spital unde s-a decis o intervenție chirurgicală, pentru punerea unei tije, sub ecran cu rahianestezie.

**Protocol
medical
actual**

Examen fizic general

Simptome generale

- astenie
- durere
- starea generală alterată

Greutate 65 kg, talie 160 cm

Stare de conștiență - este cooperantă, conștientă

Stare de nutriție - normoponderală

Tegumente mucoase - normale

Țesut celular subcutanat - normal fără edeme

Sistem ostearticular - durere la nivelul șoldului drept
cu imposibilitatea sprijinului pe
acest picior.

Aparat respirator:

- normal
- 16 respirații/min.

Aparat cardio-vascular:

- normal
- TA: 130/70 mmHg
- AV:80/min
- ritm cardiac – regulat

Sistem nervos:

- răspunsul la stimuli este prezent
- OTS prezent
- ROT simetrice

Sistemul urinar

- diureza pe 24 ore aproximativ 1100 ml
- urina este hipercomă
- micțiunile sunt normale
- rinichii normali

Aparat digestiv: abdomen mobil cu mișcările respiratorii,
suplu, nedureros la palpare. Tranzit prezent.

ANALIZE EFECTUATE

Hemoglobina - Hb – 11,5 mg%
- HTC – 33,9 mg%
- leucocite 6.000/mm³

VSH - 125 mm/h

Examene biochimice sanguine:

- glicemie: 110 mg%
- uree: 14,3 mg%
- creatinină: 0,8 mg%
- colesterol total: 237 mg%
- TGO: 154 UI
- TGP: 484 UI
- bilirubină totală: 0,6 mg%

INVESTIGAȚII PARACLINICE

- Radiografie șold stâng
- EKG

TRATAMENTUL MEDICAMENTOS administrat pe perioada internării

1. Algocalmin
2. Soluție Ringer, pev.
3. Ketonal diluat în 1-2 ml de ser fiziologic, i.v.
4. Dulcolax 2 dg. Numai în perioada de constipație, peros
5. Diazepam 1 tb. seara, peros.

Aprecierea Nursing

Analizând datele anamnestice și observațiile personale, se apreciază din punct de vedere nursing că pacienta R.U. prezintă:

- respirație normală:** 16 resp/min
- TA** 130/70 mmHg
- pulsul** este amplu, regulat, AV=80/min
- tegumentele** – calde, transpirate
- nutriția** – este bună
- somnul** – este modificat, bolnava prezintă o stare de oboseală marcată, neliniște, nu reușește să adoarmă noaptea din cauza durerilor.
- eliminarea intestinală** – este normală
- eliminarea urinară** – este normală, diureza/24h este de aproximativ 1500 ml.
- reacții cutanate** – tegumentele datorită transpirațiilor abundente au tendință la deshidratare, necesită igienă riguroasă, tamponări de mai multe ori pe zi cu soluție de mușețel, pudră de talc.

Pacienta a suportat bine spitalizarea, nu au fost incidente, a cooperat cu echipa de îngrijire; evoluția bolii pe perioada spitalizării este satisfăcătoare, simptomatologia prezentă la internare s-a ameliorat.

Din datele culese reiese că pacienta prezintă probleme de dependență la următoarele nevoi:

1. NEVOIA DE A EVITA PERICOLELE prin modificarea stării de bine legată de durere manifestată prin agitație.

2. NEVOIA DE A ELIMINA prin alterarea eliminării intestinale prin constipație și meteorism abdominal.

3. NEVOIA DE A FI CURAT ȘI ÎNGRIJIT prin riscul alterării integrității tegumentelor datorate imposibilității acordării îngrijirilor de igienă corporală.

4. NEVOIA DE A DORMI ȘI A SE ODIHNI prin perturbarea modului de somn, legat de starea de criză.

5. NEVOIA DE A COMUNICA prin tendința de auto-izolare.

SPITALUL CLINIC GH. LUPU

Caz clinic nr.3

Proces de îngrijire

Nevoia fundamentală	Probleme de dependență	Manifestări de dependență	Sursa de dificultate	Diagnostic nursing	Obiective	Intervenții		Evaluare
						Autonome	Delegate	
1. Nevoia de a evita pericolele	-durere -incuritate datorită prezenței durerii la nivelul membrului imobilizat.	-depresie -frică -neliniște -facies crispat.	-fizic: fractură -psihic: anxietate.	-alterarea stării de bine datorită fracturii, manifestat prin durere.	-pacienta să aibă o stare de bine fizic și psihic. -să nu mai prezinte durere la nivelul șoldului, în termen de trei zile.	-aplic punga cu gheață -administrez medicația recomandată de medic, respectând doza, orarul de administrare și efectul acesteia -recoltez sânge pentru analizele biochimice -încurajez pacienta să-și exprime nevoile și dorințele.	-pungă cu gheață algocalm în 1f,i.v. -Ketonal -analize biochimice.	-durerea persistă dar cu o intensitate mai mică.

Nevoia fundamentală	Probleme de dependență	Manifestări de dependență	Sursa de dificultate	Dignostic nursing	Obiective	Intervenții		Evaluare
						Autonome	Delegate	
2. Nevoia de a elimina	-constipație cronică -dureri la defecație -scaune cu frecență redusă, dure și uscate -scăderea tranzitului intestinal datorită imobilizării.	-meteorism abdominal -dificultate în a elimina.	-fizic: digestie laborioasă -social: lipsa de cunoștințe asupra alimentației corecte.	-alterarea eliminării intestinale legată de diminuarea peristaltis mului, manifestată prin emisie de scau cu diferența la 3 zile.	-pacienta să prezinte scaun normal, să nu mai aibă constipație.	-îmogațirea alimentației cu fructe, legume crude, lapte, sucuri dulci și alte alimente stimulative ale tranzitului și peristaltismului intestinal, pentru corectarea eliminărilor. -masaj abdominal pt. Prevenirea crampelor -administrez medicația laxativă prescrisă de medic, urmăresc efectul.	-dulcolax 1 tb. numai pe perioada de constipație.	-absența escarelor, anchilozelor, ontrac-turilor.

Nevoia fundamentală	Probleme de dependență	Manifestări de dependență	Sursa de dificultate	Diagnostic nursing	Obiective	Intervenții		Evaluare
						Autonome	Delegate	
3. Nevoia de a fi curat și îngrijit	-dificultatea de auto-îngrijire -imposibilitatea acordării îngrijirilor de igienă corporală.	-pacienta este foarte neliniștită, manifestând neputință în forțele proprii.	-fizic: durere -psihic: anxietate -social: nerecunoașterea mijloacelor de a se îngriji singură.	-riscul alterării integrității tegumentelor datorate imposibilității acordării îngrijirilor de igienă corporală -insecuritate datorită durerii la nivelul șoldului drept, manifestată prin stare de neliniște.	-menținerea integrității tegumentelor prin prevenirea escarelor și acordarea îngrijirilor de igienă corporală -ameliorarea progresivă a activității musculare a șoldului pentru prevenirea anchilozei.	-prevenirea apariției escarelor prin masarea zonelor expuse la escare după ce s-a făcut toaleta acestuia -schimbarea și menținerea curată a lenjeriei de pat și de corp, colac de cauciuc în zonele predispușe escarelor.	—	-pacienta reușește să treacă cu bine starea de stres și anxietate.

Nevoia fundamentală	Probleme de dependență	Manifestări de dependență	Sursa de dificultate	Dignostic nursing	Obiective	Intervenții		Evaluare
						Autonome	Delegate	
4. Nevoia de a dormi și a se odihni	-somm insuficient și neodihnitor.	-insomnie -somm agitat cu treziri frecvente -oboseală -iritabilitate -neliniște.	-fizic: durere -psihic: anxietate.	-perturbarea modului de somm legat de starea de criză (durere, anxietate).	-pacienta să beneficieze de somm odihnitor cantitativ și calitativ.	-liniștirea pacientei -aerisirea camerei și liniște în salon -administrez med prescrite de medic. -ofer pacientei un pahar cu lapte cald, seara la culcare.	-diazepam 1tb seara la culcare.	-în urma interventiilor acordate pacienta a putut să adoar mă.
5. Nevoia de a se mobiliza	-limitarea mișcărilor datorită aparatului gipsat.	-imobiliza-re la pat și imposibilitatea schimbării poziției datorită aparatului gipsat ce a fost aplicat.	-fizic: aparatul gipsat durere -psihic: anxietate -social: nerecu noașterea mijloace-lor de mobilizare	-alterarea stării de bine legată de fractură, manifestată prin limitarea mișcărilor.	-menține rea poziției corecte a membru lui afectat pentru preveni rea formării calusului vicios.	-ajut pacienta pentru a se putea mobiliza susținând-o -radiografierea membrului afectat pentru urmărirea evoluției consolidării.	-radio-grafie șold drept.	-absența escarelor anchiloziei, contrac turilor.

Nevoia fundamentală	Probleme de dependență	Manifestări de dependență	Sursa de dificultate	Diagnostic nursing	Obiective	Intervenții		Evaluare
						Autonome	Delegate	
6. Nevoia de a comunica	-comunicare redusă cu anturajul la nivelul afectiv -comunicare redusă datorită neliniștii și anxietății.	-perturbarea imaginii de sine prin neputință.	-fizic: stare de criză -psihic: frica de prognostic -social: imposibilitatea adaptării la mediul de spital.	-tendința de auto izolare manifestată prin lipsa comunicării la nivel afectiv.	-pacienta să poată comunica cu echipa de îngrijire și să aibă încredere în asistenta medicală.	-stabilesc relații de încredere cu pacienta -o ajut să evite depresia -discut cu pacienta distrăgându-i atenția de la membrul afectat.	—	-pacien-ta comunică cu echipa de îngrijire declarând că se simte mulțumită și înțe leasă.

CAPITOLUL IX

ANEXE

EFFECTUAREA INECȚIEI INTRAMUSCULARE

Injecția intramusculară – constituie introducerea unor soluții izotonice, uleioase sau a unei substanțe coloidale în stratul muscular prin intermediul unui ac atașat la seringă.

Scop : introducerea în organism a unor substanțe medicamentoase.

Locuri de elecție - regiunea superexternă fesieră, deasupra marelui trohanter; fața externă a coapsei, în treimea mijlocie, fața externă a brațului în mușchiul deltoid.

Materiale necesare:

- Tăviță renală
- Casoletă cu tampon sterile sau comprese de tifon, alcool
- Seringi de unică folosință de mărime corespunzătoare cantității substanței de administrat
- 2 – 3 ace de unică folosință
- pile de metal pentru deschiderea fiolelor
- fiole cu substanțe de administrat.

Tehnica:

- asistenta își spală mâinile
- pregătirea psihică a bolnavului
- se așează bolnavul în decubit ventral, lateral, poziție sezândă sau în picioare
- se degresează locul inecției cu un tampon de vată cu eter și se dezinfectează cu un alt tampon cu alcool
- se invită bolnavul să-și relaxeze musculatura și să se înțepă perpendicular pielea cu rapiditate și siguranță, cu acul montat la seringă
- se verifică acul, poziția acului prin aspirare
- se inectează lent soluția
- se retrage brusc acul cu seringă și se dezinfectează locul
- se masează ușor locul inecției pentru a activa circulația favorizând rezorția

- după injecție bolnavul se așează în poziție comodă, rămânând în repaus fizic 5-10 minute.

Incidente și accidente

- durere vie, prin atingerea nervului sciatic sau a unor ramuri ale sale
- paralizie prin lezarea nervului sciatic
- hematom prin lezarea unui vas : - ruperea acului , supurația septică
- embolie, prin injectarea accidentală într-un vas de sânge în suspensie

Intervenții

Retragerea acului, efectuarea injecției în altă zonă (se evită prin respectarea zonelor de elecție)

- extragerea manuală sau chirurgicală
- se previne prin folosirea unor ace suficient de mici pentru a pătrunde în masa musculară
- se verifică prin verificarea poziției acului

DE ȘTIUT

- injecția se poate executa și cu acul detașat de seringă respectându-se măsurile de asepsie
- poziția acului se controlează, în cazul soluțiilor colorate, prin detașarea seringii de la ac, după introducerea acului în masa musculară
- infiltrația dureroasă a mușchilor se previne prin alterarea locurilor injecțiilor.

INJEȚIA INTRAVENOASĂ

Injecția intravenoasă = introducerea unei soluții medicamentoase în circulația venoasă. Pe această cale se introduc soluții izotermice și hipertronică care nu sunt caustice pentru țesutul muscular sau subcutanat.

Nu se introduc soluții uleioase – produc embolii grăsoase și consecutiv moartea.

Injecția intravenoasă se efectuează prin puncția venoasă și injectarea medicamentului intravenos.

Locul de elecție – venele de la plica cotului.

Materiale necesare

- 2-3 ace de 25 mm.diametru, de 6/10, 7/10
- fiole, flacoane cu substanțe de administrat
- 1-2 seringi de unică folosință
- tampon cu alcool
- garou.

Tehnica :

- asistenta își spală mâinile
- se așează bolnavul în decubit dorsal, cu brațul în extensie, pe o mică pernă protejată de mușama, aleză sau prosop
- se alege locul puncției
- se dezinfectează locul puncției
- se leagă garoul
- se leagă puncția venoasă
- se controlează dacă acul este în venă
- se îndepărtează staza venoasă prin desfacerea ușoară a garoului
- se injectează lent, ținând seringă în mâna stângă, iar cu policele mâinii drepte se apasă pe piston
- se verifică, periodic, dacă acul este în venă
- se retrage brusc acul, când injecția s-a terminat, la locul puncției se aplică tamponul îmbibat în alcool, compresiv
- se menține compresiunea la locul puncției câteva minute
- se supraveghează în continuare starea generală .

Incidente și accidente

- injectarea soluției în țesutul perivenos, manifestată prin tumefierea țesuturilor, durere
- flebalgia produsă prin injectarea rapidă a soluției sau a unor substanțe iritante
- valuri de caldură, senzația de uscăciune în faringe
- hematom prin străpungerea venei
- amețeli, lipotomie, colaps.

Intervenții

- se încearcă pătrunderea acului în cumenul vasului, continuându-se injecția sau se încearcă alt ac
- injectarea lentă

- se întrerupe injecția
- se anunță medicul

DE ȘTIUT

- în timpul injectării se va supraveghea locul puncției și starea generală (respirația, culoarea feței)
- vena are nevoie pentru refacere de repaus de cel puțin 24 de ore, de aceea nu se vor repeta injecțiile în acea venă în intervale scurte
- dacă pacientul are o singură venă accesibilă și injecțiile trebuie să se repete, puncțiile se vor face întotdeauna mai central față de cele anterioare

DE EVITAT

- încercările de a pătrunde în venă după formarea hematomului, pentru că aceasta, prin volumul său, deplasează traiectul obișnuit al venei

RECOLTAREA PRODUSELOR BIOLOGICE

IONOGRAMA – apreciază funcția renală de menținere constantă a concentrației de ioni

Metode de recoltare

- B.nu mănâncă înainte. Se recoltează prin puncție venoasă 5 ml de sânge simplu. V.N.

Na +- 134 – 147 mEq/e (300-335mg%)

K+- 3,5-5mEq/e (15-21mg%)

Cl-95-110mEq/e (350-390mg%)

GLICEMIE

Metoda de recoltare

- Prin puncție venoasă pe florura de natriu cu 2-3ml de sânge

VN

65-110mg%

EXPLORAREA SINDROMULUI DE HEPATOCITOLIZA

- urmărește alterarea integrității hepato-celulare. În acest scop se recoltează TGP(transaminaza gutamico-prinvica)

- se recoltează 2-3 ml sânge simplu prin puncție venoasă.

VN

4-13 UI/l

TGO(transaminaza glutamico-oxalat-acetică)

- se recoltează 2-3 ml sânge simplu prin puncție venoasă

VN 5-17UI/l

BILURUBINA

Metode de recoltare : prin puncție venoasă sânge simplu 2ml

VN:

BILT-0,7-1mg%

BILD-0-0,25mg%

+

CREATININA

Metoda de recoltare : dimineța pe nemâncate prin puncție venoasă 2-3 ml sânge

VN-0,5-1,2mg%

TESTE DE COAGULARE

TIMP QUITICK

Metoda de recoltare - sânge venos 4,5 ml 0,5 oxalat de Na

VN

12-16 sec.

TIMP HOWEL

Metoda de recoltare – sânge venos 4,5 ml;0,5 oxalat de Na

VN

60 –120 minute

EFFECTUAREA PANSAMENTULUI PROTECTOR COMPRESIV, ABSORBANT

Scop – pansamentul protejază plaga de factori nocivi (mecanici, termici, climaterici și infecțioși ai mediului înconjurător), asigură o bună absorbție a secrețiilor, un repaus perfect al regiunii lezate și favorizează cicatrizarea.

MATERIALE NECESARE

- tava medicală sau măsuța de instrumente: trusa de instrumente sterilizate; 1-2 foarfece; casoleta cu comprese și tampoane de tifon și vată sterilă; vată hidrofică sterilă în dreptunghiuri; tăviță renală; mușama și aleză (în funcție de regiune); soluții antiseptice; alcool 70 de grade; tinctură de iod sau alcool iodat 2%, pergament de potasiu 1/4000, nitrat de argint 1-2%, acid boric 4%, bromocet 1%, rivanol 1% apă oxigenată; unguente și pulberi cu antibiotice, sulfamide; fesi de diferite mărimi; galifix sau leucoplast

TEHNICA

- se explică bolnavului necesitatea efectuării pansamentului
- se așează în poziție cât mai comodă, șezândă sau în decubit dorsal, în funcție de regiunea unde este plaga
- spălarea pe mâini cu apă și săpun, dezinfectare cu alcool medicinal
- examinarea plăgii și a tegumentelor din jur. Dacă plaga a fost pansată se desface fașa și se ridică pansamentul vechi cu multă blândețe, pentru a nu produce dureri prin dezlipire brutală; dacă nu se desprinde se înmoaie cu apă oxigenată și apoi se ridică pansamentul
- se îndepărtează din plagă eventualele secreții prin tamponare cu comprese sterile uscate și se aruncă fiecare compresă utilizată în tăviță renală
- se folosesc două pense anatomice din trusa sterilă de instrumente pentru îndepărtarea pansamentului vechi
- cu o pensă porttampon se ia o compresă sterilă și cu ajutorul celei de-a doua se efectuează un tampon care se inhibă cu apă cu apă oxigenată, turnând-o din sticlă
- se toarnă în plagă apă oxigenată, având rol dezinfectant hemostatic și de îndepărtare a impurităților și secrețiilor (prin efervescenta produsă). Se curăță marginile plăgii

periferic, de câteva ori, la fiecare ștergere folosind un alt tampon(cel utilizat fiind aruncat în tăvița renală)

- se șterg marginile plăgii cu un tampon uscat
- se dezinfectează tegumentele sănătoase din jurul plăgii cu alcool iodat 1%; tinctură de iod sau alcool de 70 grade
- se curăță plaga prin tamponare
- se acoperă plaga cu 2-3 comprese sterile care să depășească marginile plăgii cu cel puțin 1-2 cm, sau îmbibate cu soluții antiseptice
- peste pansament se așează un strat de vată sterilă hidrofilă, cu rol absorbant
- se fixează pansamentul cu leucoplast sau prin bandajare cu o fasă în funcție de regiune
- spălarea pe mâini cu apă curentă și săpun și se dezinfectează cu alcool.

OBSERVAȚIE

- în plăgile mai tăiate, buzele plăgii se prind cu agrafe Michel
- bolnavul se așează în poziție cât mai comodă
- regiunea lezată se pune în repaus pentru a se reduce durerea și a asigura vindecarea cât mai rapidă
- se acoperă bolnavul cu o învelitoare de flanelă

ATENȚIE

- Toaleta plăgii și a tegumentelor din jur se face în condițiile unei asepse perfecte
- Sunt categoric interzise apăsarea, stoarcerea sau masajul plăgii sau a regiunilor învecinate; prin aceasta s-ar putea provoca o diseminare a germenilor din plagă determinându-se o septimie
- Nu se introduc în casoletă instrumentele cu care se lucrează în plagă. Pentru păstrarea asepse se poate întrebuința o pensă numai pentru servirea materialului necesar(alta la fiecare pansament)
- În cazul pansamentelor care produc dureri se administrează sedative ale sistemului nervos

CLISMA EVACUATORIE

Clisma =introducerea prin anus în rect și în colon a unor lichide pentru îndepărtareamateriilor fecale sau efectuarea unor tratamente.

Clismele pot fi: evacuatoare, medicamentoase sau alimentare

Scop evacuator: pregătirea bolnavului pentru anumite examinări(rectoscopie, irigoscopie) sau intervenții chirurgicale asupra rectului sau terapeutic în introducerea de medicamente sau alimente.

Materiale necesare :

- Irigator Esmarch cu untub de cauciuc cu calibrul de 10 mm și 1,5-2 cm lungime, prevăzut cu robinet sau pensa Mohr
- Canula rectală din ebonit sterilizata
- Tăviță renală

- Bazinet
- Mușama și traversă
- învelitoare de flanelă sau cearceaf pentru acoperirea bolnavului
- substanță lubrifiantă(vaselina boricată)
- casoletă cu comprese sterile
- stativ pentru irigator
- apă caldă 35-37 grade C(500-1000ml pentru adulți, 250ml pentru adolescenți, 150 ml pentru copii, 50-60 ml pentru sugari)
- sare(o linguriță la un litru de apă) sau ulei(4 linguri la 1 l) sau glicerină(40g la 500 ml),săpun(1 linguriță rasă la un litru)

Tehnica:

- spălarea pe mâini cu apă curentă și săpun
- poziția de decubit dorsal și flectează ușor membrele inferioare
- se îndepărtează fesele bolnavului cu mâna stângă și se introduce canula prin anus în rect(cu mâna dreaptă)perpendicularpe suprafața subiacentă cu vârful îndreptat puțin înainte, în direcția vezicii urinare prin mișcări de rptație, până ce se învinge rezistența sfincterului anal
- se ridică extremitatea externa a canulei, imediat ce vârful a trecut prin sfincter și se îndreaptă vârful în axa amputei rectale

- se introduce canula până la o distanță de 10-12 cm
- se deschide robinetul și se reglează viteza de scurgere a apei din irigator în colon prin ridicarea irigatorului cu mâna stângă la aproximativ 50 cm deasupra patului bolnavului
- se indică bolnavului să respire adânc
- se închide robinetul în momentul în care nivelul apei din irigator se apropie de nivelul tubului de scurgere
- se îndepărtează canula și se așează tăvița renală
- se solicită bolnavului să rețină soluția timp de 10-15 minute
- bolnavul este adus în unghi drept și peste câteva minute în decubit dorsal, se facilitează pătrunderea lichidului la o adâncime mai mare
- dacă bolnavul se poate deplasa, va merge la toaletă, în caz contrar scaunul se captează la pat
- spălarea pe mâini cu apă curentă și săpun

Incidente și intervenții:

- canula întâmpină rezistență – în acest caz se retrage câțiva cm sau se va da drumul la apa din irigator pentru ca aceasta să permită înaintarea canulei în continuare, prin întinderea și lărgirea rectului precum și prin dizolvarea și dislocarea materiilor fecale
- dacă în fața canulei se așează schibate care îngreunează trecerea apei se va ridica irigatorul care va mări presiunea de scurgere, restabilând curentul normal.

Accidente

- dureri, crampe intestinale – în acest caz se oprește curentul de apă pentru câteva minute până ce se liniștește musculatura colonului.

Administrarea medicamentelor solide pe cale orală

Definiție – calea orală este calea naturală de administrare a medicamentelor, acestea putându-se resorbi la nivelul mucoasei bucale și a intestinului subțire sau gros.

Scop

Obținerea efectelor locale sau generale ale medicamentelor:

- efecte locale: - favorizează cicatrizarea ulcerațiilor mucoasei digestive
- protejează mucoasa gastrointestinală

- înlocuiește fermenții digestivi, secreția gastrică în cazul lipsei acestora
 - dezinfectează tubul digestiv
- efecte generale: - medicamentele administrate pe cale orală se resorb la nivelul mucoasei digestive, pătrund în sânge și apoi acționează asupra unor organe sisteme, aparate.

Administrarea medicamentelor solide

- tabletele, drajeurile se așează pe limba pacientului și se înghit ca atare. Tabletele care se resorb la nivelul mucoasei sublinguale se așează sub limbă.
- granulele se măsoară cu lingurița
- pulberile divizate în casete amilacee, se înmoaie înainte caseta în apă și se așează pe limbă pentru a fi înghițită.
- pulberile nedivizate se dozează cu lingurița sau cu vârful de cuțit.

CAPITOLUL X

BIBLIOGRAFIE

- P. SIMICI** - Patologia chirurgicală și mică chirurgie
- E.CÂMPEANU** - Neurologie
- CLEMENT C. BACIU** - Aparatul locomotor (anatomie funcțională, biomecanică, semiologie clinică, diagnostic diferențial)
- Dr. MIHAI DUMITRU** - Tulburări de mers
- LUCREȚIA TITIRCĂ** - Tehnici de evaluare și îngrijiri acordate de asistenții medicali
- CORNELIU ZAHARIA** - Elemente de patologie ale aparatului Locomotor
- MARIN VOICULESCU** - Medicală generală