

**ȘCOALA POSTLICEALĂ DE TEHNICĂ SANITARĂ
SUCEAVA**

LUCRARE DE DIPLOMĂ
“ÎNGRIJIREA BOLNAVULUI
CU FRACTURĂ DIAFIZARĂ DE FEMUR”

Îndrumător:

XXXXXXXX XXXXXXXX

Candidat:

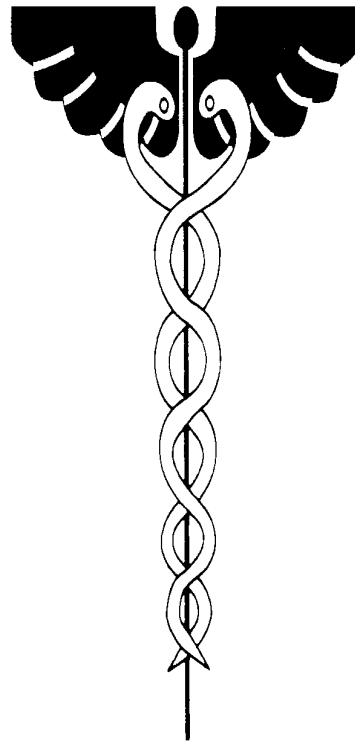
XXXXXXXXX XXXXXXXX

SUCEAVA 2000

MOTO:

“Ceea ce-l face pe om mai mare decât
simpla lui viață, este dragostea
pentru viață celorlalți”

(L.F. Celine)



CUPRINS

1. Partea teoretică

1.1. Noțiuni de anatomie

1.2. Fractura, generalități. Definiție. Clasificare.
Simptomatologie

1.3. Fracturile diafizare ale femurului. Definiție.
Etiopatogenie. Simptomatologie. Diagnostic.
Evoluție. Complicații.

1.3.1. Tratament ortopedic. Tratament
chirurgical. Tratament de recuperare.

2. Procesul de îngrijire – Noțiuni teoretice.

3. Tehnici de nursing

3.1. Primul ajutor

3.2. Analize recoltate

3.3. Pregătire preoperatorie

3.4. Îngrijirea postoperatorie

4. Supravegherea a unui numar de trei bolnavi cu diagnostic de
fractura diafizara de femur

4.1. Cazul nr. 1

4.2. Cazul nr. 2

4.3. Cazul nr. 3

5. Bibliografie

1. Partea teoretică

1.1. Noțiuni de anatomie

Anatomia coapsei.

Scheletul coapsei este format din femur. Femurul este format din epifiza proximală, ce reprezintă capul femurului, colul și două tuberozități (marele și micul trohanter). Capul are forma a 2/3 de sferă și se articulează cu cavitatea acetabulară a coxalului mare și micul trohanter, sunt uniți anterior prin linia intertrohanterică iar posterior prin creasta intertrohanterică.

Diafiza este prismatică prezentând o față anterioară, una medială și alta laterală. La unirea fețelor medială și laterală, se observă linia aspră care în sus se trifurcă iar în jos se bifurcă.

Epifiza distală prezintă două suprafețe articulare numite condilii femurale. Anterior între cei doi condili, se află suprafața paletată, iar posterior fosa intercodiliară. Deasupra condilului medial se află epicondiliul medial, iar deasupra condilului lateral se află epicondiliul lateral.

Structural, la nivelul corpului (diafiza), se remarcă în centru, canalul medular ce conține măduva osoasă. În jurul canalului medular, se află o zonă de țesut osos compact care are în structura sa sisteme haversiene (osteoane) – unități morfostructurale ale țesutului osos. În centrul osteonului se află canalul Havers, țesut conjunctiv și vase de sânge. În jurul canalului Havers sunt dispuse 10 – 12 lamele osoase concentrice, în care se află cavități numite osteoplaste, în interiorul cărora sunt adăpostite osteocitele. În afara țesutului osos compact, se dispune periostul,

o membrană conjunctivă vasculară, cu rol în creșterea osului în grosime și în refacerea țesutului osos la nivelul fracturilor. Periostul este alcătuit din fibre conjunctive și este bogat vascularizat și inervat. La exterior, prezintă o pătură fibroasă iar la interior o pătură osteogenetică cu rol în formarea țesutului osos. La locul de unire a diafizelor cu epifizele osoase apare cartilagiul de creștere, responsabil de creșterea în lungime a oaselor.

Epifizele sunt în structura lor, țesut spongios, în interior și țesut compact la periferie. Țesutul spongios din interiorul epifizelor, privit la microscop, este format din lamele osoase care se întretaie și delimitează spații numite areole, pline cu măduvă roșie. Areolele sunt echivalentul canalului medular din diafiza oaselor lungi.

Musculatura coapsei se împarte în trei grupe funcționale: *extensori, flexori și aductori*.

Mușchii extensori:

- a) **mușchiul croitor este flexor și slab aductor al articulației** coxofemorale în locomoție, flexor al gambei pe coapsă și rotator intern al genunchiului (când gamba este parțial flexată).
- b) **mușchiul cvadriceps femural**, este extensor al articulației genunchiului.

Mușchii flexori

- a) **mușchiul semitendinos** situat pe partea medială a feței posterioară a coapsei, este flexor al genunchiului, efectuează o rotație interioară dacă genunchiul se află în flexie.
- b) **mușchiul semimembranos** situat sub mușchiul precedent și are aceeași acțiune ca și mușchiul semitendinos.
- c) **mușchiul bicept femural** acționează ca flexor al genunchiului, efectuează și o rotație laterală, dacă genunchiul se află în flexie.

Mușchii aductori sunt situați în partea medială a coapsei:

- a) **mușchiul pectineu** are o slabă acțiune de aducție, este mai mult un flexor și un rotor exterior al coapsei.
- b) **mușchiul aductor lung** are acțiuni de aducție, flexie și rotație a coapsei.
- c) **mușchiul aductor scurt**, similar cu mușchiul aductor lung.
- d) **mușchiul gracilis**, situat pe partea mediană a coapsei. Ca acțiune are o componentă de aducție și de rotație internă a gambei, dacă genunchiul se află în flexie.
- e) **mușchiul aductor mare**, mușchi profund, situat în partea medială a coapsei, este cel mai puternic aductor al coapsei, având însă o acțiune de rotație internă. Un mic fascicol cu origine pe puleib, face flexia coapsei.

1.2. Fractura generalitati. Definitie. Clasificare.

Simptomatologie

Definiție

Clasic, fractura se definește ca o discontinuitate a osului, produsă în urma unui traumatism de mică importanță, care acționează asupra unui os fragilizat printr-o suferință anterioară (osteoporoză, tumoare osoasă, osteotită, etc.). De aceea este foarte important să se studieze terenul pe care se produce fractura, în aparență banală, introducând astfel numeroase erori în pronosticul și tratarea leziunii.

După cum arată Rădulescu, putem vorbi de fracturi a oaselor sănătoase și fracturi ale oaselor bolnave, impropriu denumite fracturi patologice.

Fractura nu este numai un simplu accident traumatic cu repercusiuni locale, ci un proces de patologie complex care antrenează întreg organismul. Fractura este deci o boală generalizată (dereglări post-traumatice generale) declanșate mai ales prin intermediul S.N.

Clasificare:

1. **Fractura directă** se produce la nivelul la care acționează forța reprezentată prin zdrobire, compresiune sau soc violent. Acestea sunt fracturi apărute la marile accidente, care se asociază cu leziuni mai mult sau mai puțin grave a părților moi.
2. **Fractura indirectă** se produce în alt loc decât acolo unde a acționat agentul traumatic. Aceste fracturi sunt cele mai numeroase și după modul de aplicare a traumatismului, se pot produce diferite tipuri anatomo-patologice de fracturi.

În fracturile indirecte traumatismele pot acționa prin unul din următoarele 4 mecanisme:

- **flexiune**, când forța se exercită asupra unei curburi osoase care depășind elasticitatea normală rupe osul la maximum de curbură;
- **tracțiunea**, în urma tracțiilor musculare violente care duc la smulgerea unor fragmente osoase, ce prezintă zone de inserție tendinoase sau fracturi parcelare ale epifizelor prin tracțiune ligamentoasă;
- **compresiune**, în lungul axului osului, ducând la fractura epifizei, ca în fracturile de astragal sau pilon tibial în urma căderii de la înălțime;
- **torsiunea**, când forța vulnerantă produce o răsucire a membrului determinând totdeauna o fractură spinoidă sau helicoidală.

3. **Fracturi incomplete** se observă mai ales la copii și se prezintă sub următoarele forme:

- **deformarea osului în grosime**, care are loc printr-un mecanism de presiune în lungul osului. În aceste condiții se produce mai mult o

dislocare trabeculară în regiunea metadiafizară, care se traduce radiografic printr-o ușoară îngroșare fusiformă sau în inel;

- **ruperea incompletă sau în flexiune**, care se observă la copii când datorită elasticității și grosimii periostului se produce un traiect de fractură care, interesează numai corticala dinspre conconvexitatea osului. Este clasică fractura “**en bois vert**” (*în lemn verde*);
- **înfundarea**, se observă mai ales la oasele late ale craniului;
- **fisurile**, se întâlnesc mai ales la adulți și mai rar la copii, integritatea formală a osului este păstrată și numai radiografiile din incidențe diferite, pot să arate traectul de fractură.

4. Fracturi complete cu situațiile:

- a) **traiectul de fractură poate să aibă sediul variabil**, în caz de fractură directă și dimpotrivă, să se situeze la nivelul punctelor slabe ale osului dacă fractura este indirectă. Traiectul poate fi *transversal, oblic, spiroid, longitudinal, în vârf de clarinet și în farină de fluture*.
- b) **fragmente sunt în general în număr de două, uneori un traiect de fractură accesoriu separă un al treilea fragment**. Când există mai multe traiecte fractură este cominutivă, fragmentele osoase purtând numele de eschile;
- c) **deplasarea fragmentelor este variabilă uneori minoră, alteori este complexă**. Această deplasare se poate face:
 - **prin translație** când unul din fragmente este deplasat înainte, înapoi, intern sau extern, față de celelalte fragmente, producând încălecare lor;
 - **prin rotație**, când un fragment se rotește în jurul axului sau longitudinal, în vreme ce celălalt rămâne imobil sau ambele fragmente se rotesc unele față de celălalt, în aceste cazuri există decalajul fragmentelor;

- **prin unghiularea unui fragment față de celălalt.** De obicei, fragmentele suferă deplasări complexe, când se asociază unghiularea cu încălecare sau deplasarea laterală cu decalaj.

5. Leziunile părților moi.

În timpul sau după fracturarea unor oase, se produc leziuni ale părților moi, fie prin agentul cauzal, fie prin fragmentele ascuțite ale oaselor fracturate. Pot fi lezați mușchii tendoanelor, vasele, nervii, pielea. Lezarea mușchilor și a tendoanelor duce la tulburări de mișcare. Lezarea oaselor poate determina tulburări extrem de rare, întrucât dacă sunt lezate oase mari, se pot produce hematoame locale, uneori pot lua naștere chiar necroze și cangrene, prin neirigarea tendonului asigurată de vasul respectiv. Leziunile nervoase pot provoca apariția unor paralizii sau tulburări senzoriale în zona respectivă. Lezarea pielii crează o fractură deschisă.

6. Fracturi închise când segmentele osoase sunt acoperite cel puțin de piele.

7. Fracturi deschise în care pielea a fost lezată și osul ajunge în contact cu exteriorul. În acest caz se poate infecta, poate apărea un proces septic de osteită sau chiar osteomielită care întârzie vindecarea sau poate da naștere unor complicații, distrugerii osoase, calus vicios, pseudoartroze.

Simptomatologie

Fractura, împreună cu leziunile ce se produc în părțile moi, inclusiv hematumul local sau difuz - la distanță - constituie focarul de fractură. Acest focar de fractură este centrul de unde pleacă toate tulburările care dau tabloul clinic al fracturii. Deosebim în acest tablou semne generale și locale:

- a) **Semne generale.** Bolnavul traumatizat cu fractură, are stare generală mult mai puțin alterată, de obicei indispoziție generală, frisoane și temperatură ce poate ajunge chiar la valori ridicate (39°C). Uneori poate fi subfebril de tip aseptice. Aceste fenomene dispar în scurt timp fără să fie necesar un tratament special. Tulburarea stării generale este urmarea resorbției din focarul de fractură;
- b) **Semne locale.** Pot fi de probabilitate și de certitudine. Cele de probabilitate sunt importante și trebuie cercetate atent.
- **Durerea** este un semn constant și valoros. Ea poate să apară și după un traumatism care nu a produs fractura, se datorează excitării proprietăților existenți în focarul de fractură. La examinarea bolnavului durerea poate localiza destul de exact sediul fracturii. Durerea poate fi un element șocogen important care să declanșeze prin ea însăși șocul traumatic.
 - **Echimoza**, apare la scurt timp după ce s-a produs fractura în cazul fracturii oaselor superficiale și mai târziu atunci când fractura se găsește într-un segment de os acoperit de mase musculare puternice (difuzarea sângelui spre suprafață se face mai greu).
 - **Hematumul**, este redus dacă nu s-a produs ruperea unui vas mare. Poate fi însă extrem de voluminos declanșând un șoc hemoragic.

Astfel:

- **deformarea regiunii** este un semn extrem de important care arată lipsa de continuitate normală a celor două fragmente. Deformările iau uneori aspecte tipice pe baza cărora se pune cu ușurință diagnostic de fractură. Prezența unei fracturi determinată de traumatism sau de luxație articulară, poate provoca de asemenea o deformare locală astfel încât este indicat să se efectueze un examen atent pentru a face distincție între aceste afecțiuni și fractură.

- **scurtarea regiunii** este de cele mai multe ori insesizabilă. Pentru unele oase lungi unice, cum ar fi femurul, dacă se produce o fractură oblică, scurtarea poate fi evidentă. Trebuie să știm că există scurtare și în cazul unei luxații, ceea ce impune un examen atent pentru evidențierea sigură a acestui simptom.
- **Impotența funcțională** se datorează lipsei de continuitate a pârgheii osoase. Uneori impotența funcțională este determinată numai de durere, după cum în cazul fracturilor cu fragmente bine angrenate, este mai puțin evidentă. Trebuie cunoscut bine aspectul, pentru că un accidentat cu fractură angrenată, (fractura care are șansele să se evidențieze repede și corect), să nu mai fie lăsat să facă mișcări care pot dezangrena fragmentele osoase, în consecință să înrăutățească starea fracturii punând sub semnul întrebării șansele de însănătoșire.
- **Semnele de certitudine (siguranță)** au valoare mai mare pentru diagnostic însă ele trebuie căutate cu grijă pentru a nu agrava leziunea.
- **Mobilitatea anormală** se manifestă atunci când executând manevre asupra oaselor pe care le bănuim fracturate, constatăm mobilitatea anormală a acestora și avem certitudinea de fractură a acestora. Manevrelor pentru depistarea fracturilor pe această cale trebuie să fie extrem de blânde deoarece mobilizarea segmentelor fracturate este extrem de dureroasă. Semnul acestora este uneori greu de pus în evidență (în cazul fragmentelor angrenate sau al oaselor învelite de mase mari musculare), și de cele mai multe ori neindicat.
- **Crepitația osoasă** se percepe o dată cu abilitatea normală. Ea nu trebuie confundată cu crepitația fină a cheagurilor hematoului.
- **Înteruperea continuității osoase** apreciată prin palpare, constituie un semn pretios.

- **Netransmiterea mișcării de-a lungul unui os** este un semn de fractură complexă. Examenul radiologic este mijlocul cel mai sigur pentru a pune în evidență o fractură, cu condiția unei bune execuții tehnice. El trebuie făcut sistematic, mai înainte de orice tentativă de reducere, și pentru a putea fi completă în aprecierea impotenței deplasărilor, el trebuie să fie efectuat de cel puțin două incidente.

Alte semne:

- **Flictecele** provin prin decalarea epidermei de către plasmă sau sânge care provine din focarul de fractură. Constituie un semn aproape constant dar tardiv.
- **Temperatura ridicată locală.** Tegumentele din jurul focarului de fractură locală au temperatura mai ridicată semn al responsabilității crescute.
- **Edemul local** se explică tot printr-o vasodilatație locală ca și prin tulburări locale care apar fie reflex, fie determinată de modificări patologice locale, compresiune pe vasele de întoarcere.

1.3. Fracturile diafizare ale femurului.

Definiție. Etiopatogenie. Simptomatologie. Diagnostic. Evoluție. Complicații.

Definiție

Fracturile diafizare ale femurului cuprinse într-o linie superioară care trece la 3 centimetri sub micul trohanter și alta inferioară la 10 – 12 cm deasupra marginii superioare a condiloilor (Vidal), cunosc în ultima vreme o frecvență din ce în ce mai mare datorită accidentelor rutiere cât și datorită accidentelor de muncă. Ele survin după traumatisme importante și

sunt adesea însoțite de o stare de șoc gravă, mai ales când se produc în cadrul unui politraumatism sau a unei polifracturi.

Etiopatogenie

Fracturile diafizare ale femurului se întâlnesc cu predilecție la adulții tineri, dar și la copii, iar bătrânii nu sunt nici ei excluși. Se știe că diafaza femurală, constituie a localizare frecventă a fracturilor spontane pe os patologic (metastazele osoase ale tumorilor viscerale), cât și sediul unor fracturi obstetricale mai ales în prezentările pelviene.

Mecanismul de producere poate să fie direct, trecerea unei roți peste coapsă, dar mai frecvent este indirect, prin flexie, cu accentuarea curburii femurale, ca în căderile de la înălțime sau accidente de bord, iar altele prin torsiune ca în accidentele de schi.

Anatomia patologică

Traectul de fractură poate fi: *simplu, transversal, oblic, spinoid sau complex cu traiecte secundare* care conferă fracturii un aspect cominutiv. Fragmentele osoase, de regulă, se deplasează sub acțiunea factorului traumatic și a musculaturii puternice a coapsei. Astfel fragmentul proximal sub acțiunea mușchilor pelvistrahonterieni, se deplasează în abducție și rotație externă, iar prin acțiunea psoas-iliacului, în flexie.

Fragmentul distal acționat de mușchii aductori și ischiogambieri este deplasat proximal și în abducție, încât formează cu fragmentul proximal un unghi cu vârful orientat anteroextern. Sub acțiunea greutatei membrului, fragmentul distal este și rotat extern. În fractura diafizara înaltă, delasarea fragmentelor osoase realizează imaginea de mâner de pistol, în vreme ce în fractura joasă, fragmentul distal, sub acțiunea mușchilor gemeni (a gastrocremianului) este deplasat și basculat exterior.

Deplasarea fragmentelor fracturate duce la zdrobirea cu dilacerare a musculaturii coapsei și produce un hematom important care provoacă stare de soc.

Simptomatologie

Durerea nu constituie semnul subiectiv constant și pregnant, și se accentuează la mobilizarea fragmentelor. Impotența funcțională este totală, accidentatul neputând ridica piciorul de pe planul patului.

Obiectiv se constată la inspecție o tumefiere a coapsei și deformare în crosă cu convexitate avansată anteroextern. Membrul respectiv este ținut în rotație externă și este mai scurt decât cel sănătos, distanța de la spina iliacă anteroposterioară la vârful rotulei fiind cu 3-8 cm mai mică.

La palpare se constată a durere locală vie, care corespunde focarului de fractură. Mobilitatea anormală și crepitațiile osoase se pun în evidență introducând o mână sub focarul de fractură și cu cealaltă plasată sub regiunea poplitee, se ridică ușor genunchiul. Uneori, prin palpare, mai ales în fracturile înalte, se poate simți vârful ascuțit al fragmentului superior. Deoarece *deformarea coapsei, tumefacția și celelalte semne* sunt suficiente pentru diagnosticul clinic, cercetarea mobilității anormale și a crepitației osoase este mai bine să nu se facă cu insistență.

În fracturile diafizare joase, se poate întâlni și o hidrartroză a genunchiului, care poate să aibă lec, fie ca urmare a acțiunii traumatismului și asupra genunchiului, fie coexistența unei entorse, fie datorită unei tulburări circulatorii reflexe legate de vasodilatație din focarul de fractură.

Examenul clinic va consemna starea vascularo-nervoasă a membrului respectiv, sub aspectul tegumentar, a căldurii, a cercetării pulsului la tibia posterioară și la pedicoasă, a sensibilității și mobilității degetelor și piciorului.

Diagnosticul

Este usor de făcut pe baza semnelor clinice. Radiografia este însă obligatorie pentru evidențierea unei fracturi fără deplasare (mai frecventă la copii), precum și precizarea direcției și formei traiectului de fractură (simplă sau cominutivă), și a deplasării fragmentelor. Radiografia executată din două poziții (față și profil), cuprinde obligatoriu șoldul și genunchiul.

Evoluție

Fracturile diafizare ale femurului având fragmentele bine vascularizate și fiind înconjurate de un manson muscular important, au de obicei o evoluție favorabilă, ele consolidându-se la adulți în 3-4 luni, dacă sunt bine reduse și imobilizate corect și sunt urmate de un tratament recuperator instituit precoce.

Vindecarea unei fracturi se obține prin formarea calusului, proces ce se desfășoară în două etape; la început calusul moale, fibros și apoi calusul osos.

Constituirea calusului osos și consolidarea definitivă depinde de:

- vârsta bolnavului, cu cât este mai tânăr procesul de vindecare este mai rapid;
- dimensiunea osului, durata de consolidare a oaselor late fiind mai lungă decât cea a oaselor lungi;
- modul de așezare a fragmentelor osoase, contactul intim al fragmentelor osoase favorizând calusul osos;
- numărul total al fracturilor concomitente;
- starea biologică generală, accidentații cu o stare generală bună, în perfecte condiții biologice, se vindecă mai ușor decât cel cu boli cronice, în coalescență, diabetici și cei care au tulburări hormonale;
- calitatea tratamentului care se efectuează.

Dinamica consolidării focarului de fractură se poate aprecia și pe baza aspectelor clinice prin:

- perceperea calusului la palpare;
- dispariția durerii în focar;
- dispariția impotenței funcționale.

Complicații

Complicații generale imediate

Ele sunt consecințe ale traumatismului și sunt dependente de violența acestuia și de teren.

* **Șocul traumatic**, care se întâlnește în toate cazurile și sunt dependente de violența acestuia și de teren.

* **Congestia pulmonară**, se instalează la bătrâni repede după traumatism ducând la bronhopneumonii grave.

* **Tulburări urinare**, la bătrâni cu adenom de prostată care până la accident urinau mulțumitor.

* **Diabetul** care era lent înainte de traumatism poate să ia un aspect clinic sever, ducând la acidoză.

* **Embolia grazoasă.**

Complicații locale imediate

* **Deschiderea focarului de fractură**, se întâlnește mai rar decât la gambă, datorită manșonului muscular protector. Cel mai des, plaga are un aspect punctiform sau liniar, fiind produsă prin înteparea tegumentelor dinăuntru spre afară, de un fragment osos. Alteori, plaga este mare, anfractuasă, prin acțiunea din afară a agentului traumatic, cum se întâmplă în accidente de circulație sau în timp de război. Din cauza distrugerilor întense, aceste plăgi comportă niscul infecției, cu germeni

generali și aerobi care, la acești accidentați șocați, pot să aibă evoluție foarte gravă.

Complicații embolice, sunt frecvente la balnavii imobilizați multă vreme la pat, mai ales cu tratamente ortopedice. Administrarea anticoagulantelor reduce simțitor riscul trombo-embolic.

Leziuni vascularo-nervoase, sunt mai rar întâlnite, interesând artera sau vena femurală și nervul sciatic.

Complicații tardive

Mai frecvent întâlnită, este redoarea de genunchi, mai ales după tratamentul ortopedic al fracturii. Imobilizarea îndelungată în aparat gipsat, duce la instalarea aderențelor între cvadriceps și focarul de fractură, dacă nu s-a instituit de îndată tratamentul funcțional.

* **Calus vicios**, se întâlnește mai ales, după tratament ortopedic incorect, fie o redresare insuficientă, fie o imobilizare defectuasă, care favorizează deplasarea secundară a fragmentelor. După tratament chirurgical, calusul vicios este mult mai rar (calus vicios cu rotație externă după osteosinteză intromedulară).

* **Pseudoartroza**, poate să fie întâlnită ca urmare a unui tratament ortopedic incorect, fie o recuperare incompletă cu interpoziție de părți moi (musculane), fie o imobilizare insuficientă care permite miscări ale fragmentelor fracturate. Producerea unei diastaze interfragmentare, printr-o tracțiune excesivă, ca și manevrele repetate de reducere reluate la anumite intervale, sunt dăunătoare, împiedicând formarea calusului osos, fragmentele osoase clasificându-se independent.

Deseori, pseudoartroza se instalează după tratamentele chirurgicale neadecvate. Deperiastările întinse, metode de osteosinteză nepotrivite cu

tipul de fractură ca și infecția postoperatorie, sunt principalele cauze care duc la neconsolidarea fracturii.

Tratament

Evoluția ulterioară a traumatizatăului, depinde în mare măsură de acordarea primului ajutor. Imobilizarea provizorie și transportul, prezintă o importanță deosebită, pentru că mobilizarea fragmentelor mărește durerile și accentuează distrugerile tisulare, agravând starea de soc.

Imobilizarea provizorie se poate asigura cel mai bine cu atelă Thomas, care realizează extensia membrului fracturat.

Alte mijloce folosite pentru imobilizarea provizorie sunt:

- atele lungi ce pot fi mulate pe membrul rănit;
- aparat gipsat circular, atelă gipsată;
- atele Cramer, făcute din sârmă, care au avantajul că sunt atele din material plastic, simplu sau gonflabil;
- mijloace improvizate, care pot folosi orice obiect rigid (scânduri de lemn, rigle, placaj, bețe, bastonașe, umbrele, coadă de mătură, schiuri, scoarță de copac).

Fixarea segmentului care urmează să fie imobilizat cu atelă, se face cu feși sau alte mijloace improvizate (feși de pânză, curele, cordoane etc.).

Manevrele ce trebuie executate înainte de imobilizarea provizorie sunt:

- *resuscitarea cardiorespiratorie*, dacă este nevoie, aplicarea garoului;
- *îndepărtarea îmbrăcăminții*, este necesară numai când există suspiciunea prezenței unei răni care trebuie curățate și pansate, sau când transportul accidentatului va dura o perioadă de câteva ore. Se va dezbrăca mai întâi membrul sănătos și se îmbracă mai întâi membrul bolnav. Când dezbrăcarea este dificilă, se preferă sacrificarea îmbrăcăminții prin descoasere sau tăiere.

- *axarea membrului*, se menține genunchiul victimei întins și se trage în ax. O persoană apucă de picior cu mâinile sprijinite de gleznă și de călcâi. A doua trage în sens contrar rădăcinii coapsei, cu mâinile împreunate în chingă sau cu un cerceaf introdus între coapse. Axul membrului inferior este dreapta ce unește spina iliacă anteroposterior mijlocului rotului și marginea internă a piciorului (primul metatarsian).

Scopul imobilizării este:

- de a împiedica mișcările active și pasive, pentru a pune în repaos organele și țesuturile traumatizate;
- de a menține axarea corectă a membrului, atunci când fragmentele nu sunt deplasate sau când au putut fi reduse corect cu ocazia acordării primului ajutor;
- de a diminua durerile, care în cazul fracturilor sunt deosebit de chinuitoare;
- de a evita complicațiile pe care le poate provoca mișcarea în focar a unui fragment osos rupt și devenit tăios;
- reacționări ale unor vase și nervi;
- sfâșierea musculaturii din jurul osului;
- perforarea tegumentului și transformarea fracturii închise într-una deschisă;
- suprimarea sau atenuarea reflexelor optice și ameliorarea unor tulburări funcționale.

Principiul unei imobilizări corecte:

- asigurarea funcțiilor vitale, are prioritate față de alte manevre;
- se va căuta obținerea unei axări relative a segmentului de imobilizat, prin tracțiuni traumatică și progresivă în ax, în momentul aplicării imobilizării;

- pentru a avea siguranță că fractura nu se deplasează nici lateral nici în jurul axului longitudinal, imobilizarea trebuie să prindă, în mod obligatoriu, articulațiile situate deasupra și dedesubtul focarului de fractură.
- să fie adaptată reliefului anatomic al regiunii accidentate;
- să fie simplă, pentru a putea fi utilizate și de persoane mai puțin instruite;
- aparatul gipsat sau atela de imobilizare, nu trebuie să fie compresiv, pentru a nu îngreuna circulația, sangvină într-un segment în care există deja tulburări circulatorii secundare traumatismului.

Imobilizarea provizorie:

a) Cu o singură atelă

- se pregătește o atelă lungă, care să ajungă din axilă până în picior;
- se aplică atele pe fața laterală (externă) a membrului inferior, după ce s-a introdus vată cu talc (protejarea părților moi), în axilă (la capătul atelei);
- atela se fixează prin legături circulare la torace, bazin, coapsă, genunchi și gambă;
- suplimentar este bine să se completeze fixarea atelei cu circulare de fașă lată petrecute în jurul membrului inferior și în jurul trunchiului;
- pentru a evita rotirea anormală a membrului inferior în afară, se leagă ambele picioare unul de altul cu câteva legături de fașă.

În lipsa atelei corespunzătoare ca lungime, se poate prelungi o atelă (prin suprapunerea capetelor pe o lungime de 30 cm). Cele 2 atele se fixează una de alta, prin ture circulare de fașă (atelele se căptușesc cu vată). Când nu se află la îndemâna un obiect convenabil pentru imobilizarea fracturii, va fi folosit ca atelă membrul sănătos de care se leagă membrul bolnav.

b) cu două atele

- o atelă lungă, externă și una scurtă ce se aplică pe partea internă a membrului inferior bolnav care se întinde de la regiunea inghinală până la călcâi;
- peste ambele atele se aplică legături dispuse în jurul toracelui, în jurul bazinului, în jurul coapsei, genunchiului și coapsei de aceeași parte;
- se reface bandajarea circulară cu fașă a membrului inferior și a toracelui, precum și fixarea picioarelor.

Tratamentul definitiv este ortopedic și mai ales chirurgical.

1. Tratamentul ortopedic

În fracturile cu deplasarea fragmentelor, când tratamentul chirurgical este contra indicat, se recurge la tratamentul conservator.

În acest scop, pentru reducerea deplasărilor, se instalează o tracțiune continuă (extensie continuă).

Extensia se aplică, fie cu benzi de leucoplast, fie cu o broșă Kirschier (andrea subțire metalică), trans-osos supracondilian și este prins apoi într-o potcoavă. De aceasta potcoavă se leagă o sârmă moale, care se trece peste un scripete și de care se agață greutatea în funcție de forța musculară care trebuie învinsă, nu mai mult de 1/6 din greutatea corpului. Membrul inferior este așezat de cele mai multe ori pe o atelă Braun-Brohler. Contra extensia este realizată de greutatea corpului.

În momentul când cu ajutorul controlului radiologic s-a constatat reducerea și așezarea în axul normal al fracturii, ceea ce are loc între 10-15 și 30 zile, se aplică un aparat gipsat pelvipedios, până la consolidarea focarului.

În fracturile diafizare înalte, extensia se face cu membrul în aducție accentuată și ușoară flexie, punând astfel fragmentul distal în continuarea celui proximal. Genunchiul se va ține în rotație externă de 25 - 30°. După 3-

4 săptămâni, când extensia se suprimă, se imobilizează în aparat gipsat pelvi-pedios, cu membrul în aducție.

Tratamentul ortopedic prezintă unele neajunsuri:

- *necesită o imobilizare prelungită, greu de acceptat, mai ales pentru persoanele în vârstă, care duce la atrofiere musculară și la redoarea genunchiului;*
- *împiedică aplicarea unui tratament funcțional precoce și progresiv;*
- *favorizează complicațiile tromboembolice;*
- *impune spitalizare prelungită și îngrijiri speciale ale bolnavului, mai ales în primele săptămâni, când sunt necesare controale radiografice repetate și manevre de corecție a unghiurilor;*
- *interpoziția musculară împiedică consolidarea, ducând la pseudoartroză.*

Date fiind aceste inconveniente ale tratamentului ortopedic, tratamentul de elecție al acestei fracturi este chirurgical.

2. Tratamentul chirurgical

Folosește reducerea deplasărilor prin manipulare directă a fragmentelor și fixarea lor cu un mijloc metalic (placă însurubată, tijă centromedulară).

Dintre metalele chirurgicale de osteosinteză se folosește în special osteosinteza cu placă însurubată.

Osteosinteza cu tijă Kuntscher își găsește indicația absolută în fracturile diafizare simple cu traumatism transversal sau oblic scurt, situate în treimea (1/3) medie a diafizei sau în fracturile cu dublu focar. Tijă Kuntscher clasică poate să fie folosită și în fracturile diafizare înalte. La cel puțin 5 cm sub micul trohanter, ca și în fracturile joase până la 15 cm deasupra interliniei genunchiului. Falosirea tije Kuntscher necesită o adaptare exactă a acesteia la dimensiunile canalului medular. În scopul

adaptării se folosește calibrarea canalului pe o distanță cât mai mare, cu ajutorul alezoarelor, care trebuiesc să depășească diametrul tijeii cu 0,5 cm. Lungimea tijeii Kuntscher se calculează de la 1,5-2 cm deasupra marelui trahanter până la marginea superioară a condilului extern.

Introducerea tijeii Kuntscher se face fie prin deschiderea focarului de fractura, cu focar deschis, sau mai bine când se dispune de instalație Roentgen TV cu amplificator de imagine (cu focar închis).

Introducerea cu focar închis este mai fiziologică, întrucât, nu lezează vascularizația periostală și prin păstrarea hematomului fracturat, permite o consolidare mai rapidă și de mai bună calitate.

Metoda în focar închis, îmbină avantajele tratamentului ortopedic (consolidarea rapidă cu calus periostal) cu precizia și rigurozitatea tratamentului chirurgical.

Dacă montajul este solid, imobilizarea gipsată devine postoperator inutilă, iar tratamentul recuperator poate să înceapă a doua zi, cu contracții musculare izometrice și cu mobilizare activă a articulațiilor supra și subiacente focarului de fractură. Reluarea mersului cu sprijin parțial pe picior, poate să înceapă după 10-12 zile și apoi cu sprijin total la 3-4 săptămâni.

Față de avantajele osteosintezei anteromedulare cu tijă Kuntscher, autori ca Kempf, Grass, Leffanque (1978), au căutat extinderea falosirii și în fracturile diafizare înalte ca și în cele joase, precum și în fracturile diafizare cominutive. În acest scop se folosesc tije anteromedulare blocate, fie inferior, fie superior, sau la ambele capete.

În aceleași cazuri enumerate mai sus, se poate folosi la bolnavii politraumatizați sau polifracturați sau la bătrâni cu eventual succes. Osteosinteza mai puțin rigidă, cu tije elastice Ender, trecute supracondilian extern și intern în "*turn Eiffel*". Firește că în cazul utilizării tijelor elastice

“Ender” tratamentul funcțional va fi condus cu mai mult menajament, iar reluarea sprijinului pe picior ceva mai târziu la consolidarea structurii.

Osteosinteza cu placă își găsește indicațiile în fracturile diafizare joase sau înalte, când osteosinteza anteromedulară nu poate fi folosită, în unele fracturi cominutive sau în fracturi oblice lungi. În fracturile diafizare superioare se poate folosi osteosinteza cu placă monobloc, cu compresiune interfragmentară A.O.

Se realizează astfel fixarea focarului după principiul haleonului, transformând forțele de tensiune din focar, în forțe de presiune, care imobilizează mai rigid focarul de fractură, favorizând astfel consolidarea.

De asemenea, în fracturile diafizare joase, unde canalul medular se lărgeste și utilizarea tijei Kuntscher este restrânsă, placa modelată sau cuiul-placă A.O., sau Blaunt și găsește indicația de elecție. În osteosintezele ferme cu placă compresivă, când montajul este robust, se poate renunța la imobilizarea în aparat gipsat. Comparând cele două metode, osteosinteza anteromedulară și placa cu presiune, exceptând indicațiile speciale ale plăcii, se remarcă superioritatea osteosintezei anteromedulare față de placa compresivă. Remodelarea ulterioară a calusului fracturar, nu este cu nimic stânjenită de prezența tijei centromedulare. În vreme ce placa compresivă, în timp, se poate substitui corticalei-subdiacente, care nemaifiind solicitate mecanic, (solicitările fiind preluate de placa metalică) se subțiază și își pierde rezistența mecanică, se spongiază.

3. Tratamentul de recuperare

Tot atât de important, ca și reducerea și imobilizarea fracturii este tratamentul chinezitologic în scopul recuperării funcției prin acțiunea asupra mușchilor și articulațiilor. Rezultatul acestui tratament va fi cu atât mai bun; cu cât va fi instituit mai curând și urmat fără întrerupere. În aproape toate cazurile, exercițiile de contracție musculară pot să fie

începute la câteva zile de la reducerea fracturii și ele se vor adresa în special grupelor musculare esențiale la nivelul segmentului fracturat, ele nu vor fi niciodată prea violente ca să frâneze procesul de consolidare. De asemenea, bolnavul va fi încurajat să-și contracte musculatura membrilor libere printr-un program de gimnastică condus de medic sau cadre specializate ale serviciului de recuperare, mobilizându-i și articulațiile care nu au fost cuprinse în aparatul gipsat.

După scoaterea aparatului gipsat, exercițiile musculare și articulațiile vor fi intensificate, făcute fără întrerupere pe toată durata zilei. La chineziterapie se asociază în același scop recuperare funcțională, masajul fizioterapeutic și balneoterapia.

2. PROCESUL DE ÎNGRIJIRE. NOȚIUNI TEORETICE

Componentele planului de îngrijire

1. Culegerea datelor, se face prin discuții directe cu bolnavul sau cu aparținătorii acestuia. Se urmărește identificarea și stabilirea antecedentelor personale și a antecedentelor hetero-calaterale, motivele internării și istoricul bolii.

2. Planificarea îngrijirilor funcție de necesități, de o reală importanță este cunoașterea celor 14 necesități ale omului, stabilite de Virginia Henderson, cadrul mediu sanitar fiind independent în a satisface nevoile bolnavului.

3. Stabilirea obiectivelor în funcție de priorități, această etapă este dirijată în două subetape: examinarea datelor culese cu interpretarea lor (ținând cont și de datele științifice) și stabilirea problemelor reale ce afectează sănătatea pacientului și a sursei de dificultate.

4. Realizarea îngrijirilor, o dată obiectivele formulate se poate trece la realizarea îngrijirilor, care reprezintă baza procesului de îngrijire. De felul cum se va acționa acum, de calitatea intervenției cadrului mediu sanitar, depinde mersul evolutiv, al bolii, spre vindecare sau cronicizare.

5. Evaluarea – analizarea și evaluarea obiectivelor propuse, permite evaluarea procesului de îngrijire și aducerea de modificări pe întreaga evoluție a stării de sănătate a pacientului. După îndepărtarea plăcii (nu trebuie scoasa decât după 18 luni) fracturile internative sunt posibile.

3. TEHNICI DE NURSING

PRIMUL AIJUTOR

Fracturi închise

Primul ajutor are ca prim obiectiv salvarea vieții accidentatului, atunci când aceasta este amenințată. Vorbind despre traumatismele membrelor, pericolul vital în traumatismele extremităților sunt hemoragia masivă și infecțiile grave. Primele gesturi de prim ajutor vor trebui deci să urmărească executarea imediată a hemoragiei și pansarea plăgilor.

Imobilizarea provizorie a fracturilor are scopul diminuării durerilor (importanța pentru prevenirea instalării șocului) și evitarea complicațiilor leziunilor inițiale.

Pregătirea bolnavului pentru transport

Fracturi deschise

O fractură deschisă este o urgență care trebuie rezolvată integral în primele 6 ore de la accident prin:

- îndepărtarea complicațiilor generale și locale care amenință viața traumatizantului (stop cardiorespirator, embolii, hemoragii externe) dacă este cazul;
- îmbrăcăminte sau încălțăminte din segmentul rănit vor fi tăiate cu un cuțit, lamă sau foarfecă pentru a nu provoca suferințe inutile bolnavului, plaga va fi inspectată (aspectul plăgii) pentru a constata dacă există impurități (pământ, lemn, tesături etc.);
- exploatarea instrumentală a plăgii cutanate (la locul accidentului), în scopul prezicerii acesteia cu focarul de fractură este interzisă;
- toaleta fizică și chimică a tegumentului din jurul plăgii (cu apă și săpun, degresarea cu eter sau benzină și dezinfectarea cu alcool, tinctură de iod);
- toaleta fizică și chimică a plăgii, se îndepărtează impuritățile libere cu instrumente sterile, se curăță plaga prin ștergere cu soluție de eter iodat sau neofalină 0,5%. Aceste soluții nu alterează vitalitatea țesuturilor sănătoase. În caz de impregnări cu impurități, plaga poate fi curățată și cu ser fiziologic, cloramină 0,2%, permanganat de K 1/1400 de culoare roz pal. Nu trebuie pudrate plăgile cu antibiotice;
- se mai sterilizează a dată tegumentul din jurul plăgii (alcool, tinctură de iod);
- se aplică comprese sterile (pansament). În caz de hemoragii, care interesează vasele mici, hemostaza se face cu un pansament compresiv.

Înfășarea se aplica în mod diferit, în funcție de regiunea anatomică în care există rana;

- imobilizare provizorie;
- se face profilaxia antitetanică (este o măsură de urgență dar ea poate fi făcută și la eșalonul următor, dispensar spital);
- când funcțiile vitale nu sunt afectate și când nu există și un traumatism abdominal, vor fi administrate antalgice (agocalmin, mialgin în injecții I.M.);
- transportul la spital în cele mai bune condiții într-un serviciu de traumatologie.

Toate manevrele se vor face cu maximum de menajare a traumatizaturii, cu multă blândețe și atenție spre a nu genera complicații (ruptura unor oase sau nervi din vecinătate). De asemenea, toate aceste manevre nu trebuie executate în complexitatea lor, nici la locul accidentului, nici în camera de gardă, decât în cazul în care se știe că, dintr-un motiv sau altul, leal, nu va putea fi operat în primele 4-5 ore de la accident. În mod normal acești bolnavi trebuie operați imediat, toaleta riguroasă a plăgii fiind făcută de chirurg în sala de operații ca un timp operator esențial premergător fixării osului fracturat.

În aceste situații, care sunt curente, primul ajutor la locul accidentului și în camera de gardă, trebuie să se limiteze la spălarea rapidă, prin jet, a plăgii cu soluții antiseptice și acoperirea ei cu un pansament compresiv cu dublu rol, hemostatic și de izolare a plăgii de mediu exterior contaminat.

ANALIZE RECOLTATE

GLICEMIE - se recoltează sânge prin puncție venoasă, respectând reguli de asepsie, 2-3 ml sânge pe NaF, iar în urgență 5 ml sânge.

H.L.G. - se recoltează sânge capilar prin înțepare sau se recoltează 2 ml sânge prin puncție venoasă pe Na₂ EDTA sau complexan.

UREE - se recoltează prin puncție venoasă strict cu seringă de 2 ml, perfect sterilizată și uscată, fără staza venoasă.

V.S.H. - se recoltează sânge prin puncție venoasă, strict cu seringă de 2 ml, perfect sterilizată și uscată, fără stază venoasă.

- în seringă se aplică 0,4 ml citrat de Na 3,8% + 1,6 ml sânge,
- se scurge amestecul citrat-sânge în eprubetă și se agită lent,
- se cronometrează timpul de sângerare și timpul de coagulare.

T.S. - prin înțeparea lobului urechii

T.C. - prin înțeparea pulpei degetului

Se cronometrează timpul de sângerare și respectiv timpul de coagulare.

PREGĂTIREA PREOPERATORIE ȘI ÎNGRIJIREA POSTOPERATORIE

1. Pregătirea generală preoperatorie.

Pregătirea generală preoperatorie, constă în examenul clinic și paraclinic, pregătirea psihică, îngrijiri igienice, urmărirea funcțională, vitală și vegetativă, precum și observarea schimbării în starea bolnavului și regimul dietetic preoperator.

A. Examenul clinic

Acesta este efectuat de către medicul chirurg, ajutat de cadrul mediu sanitar și pune în evidență starea fiziologică a bolnavului dând totodată posibilitatea depistării unor deficiențe ale organismului și ale unor boli însoțitoare. El este completat de examinări paraclinice.

B. Pregătirea psihică

Bolnavul este informat despre necesitatea intervenției chirurgicale, riscul, eventualele mutilări și i se cere consimțământul.

Se fixează data aproximativă a intervenției.

Bolnavul este încanțurat cu sollicitudine și atenție.

Se suprimă tot ceea ce ar putea produce bolnavului starea de neliniște.

Bolnavului i se crează a stare de confort psihic, oferindu-i-se un mediu ambiant plăcut.

I se asigură legătura cu aparținătorii.

C. Îngrijiri igienice

Dacă starea bolnavului o permite zilnic, bolnavul va fi îndrumat, ajutat să facă baie sau duș, urmat de igiena cavității bucale, îngrijirea părului, tăierea unghiilor.

Asanarea focarului de infecție. Se efectuează controlul stomatologic la invitația medicului și dacă este cazul, se efectuează control stomatologic.

D. Urmărirea funcțiilor vitale

- măsurarea și notarea temperaturii;
- măsurarea și notarea pulsului;
- observarea și notarea respirației (la indicația medicului);
- măsurarea și notarea T.A.;
- observarea diurezei;
- observarea scaunului.

2. Pregătirea din preția operației

A. Pregătirea generală

- asigurarea repaosului fizic, psihic și intelectual;
- la prescripția medicului, seara, se administrează un calmant;
- asigurarea alimentației necesare normale, alimente ușor digerabile;
- evacuarea intestinului, clismă (daca nu sunt contra indicații);
- asigurarea igienei corporale. Se va efectua baie sau duș pe regiuni la pat.

B. Pregătirea locală

- se curăța pielea pe regiuni. Pielea păroasă se rade cu grijă, evitându-se să se producă mici tăieturi (poartă de intrare pentru infecție, dureroasă la efectuarea dezinfecției);

- se degresează pielea cu comprese sterile îmbibate cu eter (cu grijă să nu se scurgă eter pe regiunea perianală);
- se dezinfectează pielea cu un antiseptic (alcool, tinctură de iod);
- se acoperă câmpul operator la indicația medicului.

Pregătirea din dimineața intervenției:

- se întrerupe alimentația. Bolnavul nu mănâncă cel puțin 12 ore înaintea intervenției chirurgicale;
- îmbrăcarea se face cu cămașă de noapte (pentru femei) sau pijama (pentru bărbați) și șosete în picioare.
- protezele dentare mobile vor fi scoase, învelite într-o bucată de tifon și puse în noptiera bolnavului;
- bijuteriile vor fi predate familiei sau administrației spitalului;
- îndepărtarea lacului de pe unghii ca și a rujului de pe buze (prezența lor face dificilă depistarea semnelor de anxie manifestate prin cianoză la nivelul extremităților);
- golirea vezicii urinare. Bolnavul va avea o micțiune voluntară sau se efectuează sondaj vezical;
- se va administra hipnotic opiaceu (morfină, mialgin) sau un barbituric (fenobarbital). Se administrează un vagolitic (atropina). Dozele și ora injectării sunt indicate de medicul anesteziat.

3. Pregătirea specială a bolnavilor cu risc operator (tarați)

Îngrijirile acordate acestora, urmăresc să corecteze deficiențele organismului și să restabilească echilibrul fiziologic pentru a suporta actul operator și pentru a evita complicațiile ce se pot produce, atât în timpul intervenției cât și după aceasta.

Îngrijirile postoperatorii sunt:

Încep imediat după intervenția chirurgicală și durează până la vindecarea completă a bolnavului. Îngrijirile postoperatorii se acordă pentru restabilirea funcțiilor organismului, asigurarea cicatrizării normale a plăgii și prevenirea complicațiilor. Bolnavul operat sub anestezie generală, trebuie supravegheat cu toată atenția până la apariția reflexelor (de deglutiție, tuse, faringian și cornean), până la revenirea completă a stării de conștiență cât și în orele care urmează, de altfel transportul din sala de operație se execută după revenirea acestor reflexe.

4. SUPRAVEGHEREA A TREI BOLNAVI CU DIAGNOSTICUL DE FRACTURĂ DIAFIZARĂ DE FEMUR

4.1. CAZUL NR. 1

Bolnavul C.V. de 69 de ani din Suceava, pensionar, este internat pe data de 18.06.2002, cu diagnosticul de fractură diafizară femurală dreaptă 1/3 medie.

Motivele internării: durere vie în 1/3 coapsa dreaptă, mobilitate anormală, impotență funcțională, tumefacție.

A.H.C.:

- congestie pulmonară cu 6 ani în urmă;
- neagă alte afecțiuni.

A.P.:

Condiții de viață și muncă: bune.

Comportare față de mediu: bune.

Istoricul bolii: În cursul zilei, cade din mers pe trotuar, acuză dureri vii la 1/3 coapsă dreaptă, mobilitate anormală, impotență funcțională, motive pentru care se prezintă în secția de ortopedie, unde se decide internarea sa și tratamentul chirurgical care constă în reducere, osteosintează cu tijă Kuntscher, tehnică operatorie în focar închis. În serviciul de urgență se efectuează mobilizare cu atelă Kramer.

Examenul local: - deformarea coapsei, valvus 1/3 medie cu mobilitate anormală, impotență funcțională, puls prezent la artera pedicoasă.

Epicriza:

- este externat în stare ameliorată, cu recomandările:
- mobilitate activa la marginea patului;
- reluarea mersului cu sprijin în cârje, fără să calce pe piciorul drept 2 ½ luni;
- scoaterea firelor la 16 zile de la operație.

Nr.	NECESITĂȚI	DEPENDENT	INDEPENDENT
1	A respira	-	Respirația 15/min
2	A se alimenta	- alimentație activă la pat	-
3	A elimina	-	- diureză 1400 mm/24 h - scaun 1/24 h
4	A se mișca și menține o bună postură	- imobilizarea în atelă Kisman	-
5	A dormi, a se odihni	- insomnie	-
6	A se îmbrăca, dezbrăca	- impotență funcțională a membrului pelvin drept	-
7	Menținerea temperaturii în limitele normale	-	T= 36.5 ⁰ C -36.9 ⁰ C
8	A fi curat îngrijit	- infirmieră	-
9	A evita pericolele	- necesită supraveghere	-
10	A comunica cu cei asemeni ție	-	- comunică cu cei din jur
11	A practica religia	-	- este ortodox
12	A te preocupa de realizarea proprie	-	- este receptiv la indicațiile cadrelor medicale
13	A se recrea	- Imobilizat la pat	
14	A învăța		- educație sanitară

4.2. CAZUL NR. 2

Bolnava R.V. de 62 de ani din mediul urban, pensionară, este internată pe data de 20.05.2002, cu diagnosticul de fractură trohanterodiafizară femur stâng (veche de o zi).

Motivele internării: dureri, deformare și atitudine vicioasă la nivelul coapsei stângi.

A.H.C.:

➤ fără semne clinice.

A.P.:

➤ menopauză la 50 ani.

➤ H.T.A. 21/14 cmHg pentru care se administrează Hipazim 2 tablete și Propanolol 40 mg (1/2 tablete/zi).

Condiții de viață și muncă: bune.

Comportare față de mediu: alergică la penicilină.

Istoricul bolii: bolnava declară că în urmă cu o zi a suferit un traumatism prin cădere de la același nivel cu impact pe soldul stâng, după care a prezentat simptomele menționate mai sus, pentru care este transportată de urgență la spital, unde pe baza examenului clinic și radiologic s-a stabilit diagnosticul de fractură trohanterodiafizară femur stâng și a fost îndrumată spre secția de ortopedie, pentru tratament. I s-a efectuat reducerea sângerândă și osteosinteza cu sârma plată.

Examenul local – atitudine vicioasă, cu rotație externă a membrului pelvin stâng, deformare și scurtare.

Epicriza:

➤ mobilitate activă la marginea patului;

➤ reluarea mersului cu sprijin în cârje, fără să calce pe piciorul stâng 1 ½ luni;

➤ scoaterea firelor la 16 zile de la operație.

Nr. Crt	NECESITĂȚI	DEPENDENT	INDEPENDENT
1	A respira	-	Respirația 15 resp/min
2	A bea, a mânca	- alimentație activă la pat	-
3	A elimina	-	- diureză 1400 ml/24h - scaun 1/24h
4	A se mișca și a menține o bună postură	- imobilizare în atelă Kisman	-
5	A se îmbrăca și a se dezbrăca	- impotență funcțională a membrului pelvin stâng	-
6	A dormi și a se odihni	- insomnie	-
7	A-și menține temperatura corpului în limite normale	-	T = 36,5°C – 36,9°C
8	A fi curat, a-și proteja tegumentele	- infirmiera	-
9	A comunica cu semenii	-	- comunică cu cei din jur
10	A evita pericolele	- necesită supraveghere	-
11	A-și practica religia	-	- este ortodox
12	A fi util	-	- este receptiv la indicațiile cadrelor medicale
13	A se recrea	- imobilizare la pat	-
14	A învăța	Parțial dependent: - educația sanitară	-

4.3. CAZUL NR. 3

Bolnavul C.V. de 46 de ani din Suceava, este internat pe data de 01.06.1999. cu diagnosticul de fractură de femur drept (operată). La externare diagnosticul este de pseudoartroză vasculară 1/3 inferioară femur drept.

Motivele internării: extragerea materialului de osteosinteză.

A.H.C.:

-

A.P.

-

Condiții de viață și muncă: bune.

Comportare față de mediu: bune.

Istoricul bolii:

-

Examenul local:

-

Epicriza: Pacientul este internat în serviciul de ortopedie, cu diagnosticul de pseudoartroză vasculară 1/3 inferioară femur drept, pe data de 02.06.2002, pentru extragerea tije Kuntscher, axarea fragmentelor osoase, fixarea în tija Kuntscher, recalibrată și dimensionată.

Recomandări:

- va merge călcând pe membrul pelvin operat la început, posterior, folosind bastonul pe partea dreaptă;
- după 14 zile va reveni la control;
- scoaterea firelor la 16 zile după operație.

Nr.	NECESITĂȚI	DEPENDENT	INDEPENDENT
1	A respira	-	Respirația 15 resp/min
2	A bea, a mânca	- alimentație activă la pat	-
3	A elimina	-	- diureza 1350 ml/24h - scaun 1/24h
4	A se mișca și a menține o bună postură	- imobilizare în atelă Kisman	-
5	A se îmbrăca și a se dezbrăca	- impotență funcțională a membrului pelvin drept	-
6	A dormi și a se odihni	- insomnie	-
7	A-și menține temperatura corpului în limite normale	-	T = 36,5°C – 36,9°C
8	A fi curat, a-și proteja tegumentele	- infirmiera	-
9	A comunica cu semenii	-	- comunică cu cei din jur
10	A evita pericolele	- necesită supraveghere	-
11	A-și practica religia	-	- este ortodox
12	A fi util	-	- este receptiv la indicațiile cadrelor medicale
13	A se recrea	- imobilizare la pat	-
14	A învăța	-	Parțial dependent: - educația sanitară

5. BIBLIOGRAFIE

1. Prof. dr. A. Denischi – Tratat de patologie chirurgicală, vol III,
Ed. Medicală, 1988
2. G.A. Baltă – Tehnica îngrijirii bolnavului
3. M. Mihăilescu – Chirurgia pentru cadre medii
4. L. Titircă – Urgențe medico-chirurgicale
5. L. Titircă – Tehnici de evaluare și îngrijire acordate de asistenții
medicali
6. L. Titircă – Manual de îngrijiri speciale acordate pacienților de asistenții
medicali
7. *** – Chirurgie, manual
8. *** – Fișe de observație pentru cazuri practice