

CAP I

NOTIUNI DE ANATOMIE SI FIZIOLOGIE A APARATULUI
GENITAL FEMININ

ANATOMIA APARATULUI GENITAL FEMININ

Reproducerea este o caracteristica fundamentala a oricarei fiinte si se realizeaza prin participarea a doua organisme de sex diferit. Ea este rezultatul fecundarii gametului feminin (ovul) de catre gametul masculin (spermatozoid). Oul rezultat se grefeaza in cavitatea uterina, unde continua sa creasca si sa se dezvolte pana ce fatul devenit viabil este expulzat din uter prin actul nasterii.

Diferentierea sexuala este prezenta inca din momentul fecundarii oului, dar diferentierea intersexuala somatopsihica are loc lent in timpul copilariei si se realizeaza dupa pubertate ca urmare a activitatilor gonadelor. In copilarie, hormonii sexuali secretati in cantitati reduse contribuie, impreuna cu ceilalti hormoni, la cresterea si dezvoltarea armonioasa a organismului, iar dupa pubertate, acesti hormoni secretati in cantitati crescute la femei cu anumite caracteristici ciclice, intretin functia sexuala.

Organizarea morfofunctionala a sistemului reproducator la ambele sexe este extrem de complexa, gonadele avand atat functia de a produce gameti (ovule si spermatozoizi) cat si pe cea de a secreta hormoni sexuali, care prin diferitele lor activitati asupra organelor genitale si asupra intregului organism, asigura conditii optime pentru reproducere.

Aparatul genital feminin este format dintr-o parte externa - vulva - si un grup de organe interne localizate in pelvis: vaginul, uterul, trompele Faloppe (salpinge) si ovarele.

Glandele mamare constituie anexe ale aparatului genital.

Evolutia si starea morfologica a organelor genitale sunt in strinsa interdependenta cu starea hormonala, diferita in fiecare din perioadele de dezvoltare.

VULVA – reprezinta deschiderea in afara organelor genitale .

Este constituita din: - muntele lui Venus

- labiile mari
- labiile mici
- clitorisul
- himenul
- glandele Bartholin
- glandele Skene
- bulbii vestibulari
- glandele anexe regionale
- perineul

La nivelul vulvei se afla si orificiul extern al uretrei (meatul urinar) cu glandele Skene.

Muntele lui Venus :Regiunea anatomica dinaintea simfizei pubiene, acoperita, de la pubertate cu par. Este bogat in tesut grasos, fibroconjunctiv, oferindu-i un relief usor proeminent si o consistenta moale de „perinita”.

Labiile mari : sunt pliuri cutaneo-mucoase constituite din fibre musculare si tesut grasos si conjunctiv. Ele sunt acoperite pe fata externa de piele, iar pe partea interna de o mucoasa prevazuta cu un epiteliu pavimentos. Prezinta foliculi polisebatici pe fata externa si glande sudoripare a caror functie debuteaza la pubertate.

Anatomic se unesc si formeaza comisura anterioara, extremitatile posterioare se unesc, la fel intre ele si formeaza comisura posterioara (furculita). Contin un bogat plex venos care in cazuri de traumatisme produce hemoragie profuza si hematoame extinse.

Labiile mici : Sunt formate din tesut conjunctiv si fibre musculare, printre care se gasesc rare fibre de tip erectil. Sunt acoperite de o mucoasa prevazuta cu un epiteliu pavimentos. Prezinta glande sebacee si eventual glande sudoripare.

Clitorisul: Este constituit din doi corpi cavernosi, separati printr-un sept incomplet. Se termina cu o extremitate proeminenta denumita gland, prevazuta cu un fren.

Himenul: Oblitereaza partial orificiul vaginal si este format din tesut conjunctiv bine vascularizat, fiind acoperit de un epiteliu pavimentos.

Forma orificiului himenal poate fi:

- semilunara
- circulara
- cribiforma
- septata
- fibriata

Glandele Bertholin : Sunt situate pe cele doua laturi ale extremitatii inferioare a vaginului in grosimea labiilor mari. Sunt glande tubulare ramificate, alcatuite din lobi formati la randul lor din acini glandulari cu functie muco-secretorie.

Glandele Skene : Sunt asezate parauretral si se deschid pe partile laterale ale orificiului uretral.

Bulbii vestibulari: Sunt organe erectile incomplet dezvoltate.

Limfaticele vulvei : Sunt drenate de ganglionii limfatici inghinali superficiali si profunzi si de ganglionii femurali superficiali si profunzi

Perineul : Este o formatiune musculo-aponevrotica, care inchide in jos excavatia osoasa a bazinului.

Organele genitale externe :

- vaginul
- uterul - corp
 - istm
 - col (cervixul)
- trompe - portiunea interstitiala
 - portiunea istmica
 - portiune ampulara
- ovarele

Organele genitale interne :

- Vaginul: Este un organ fibro-muscular cu lumenul turtit in sensul antero-posterior. Vaginul are rol in copulatie (depunerea spermatozoizilor) si serveste drept canal – trecerea fatului si anexele sale in timpul nasterii.

Datorita elasticitatii are posibilitatea de a se deschide in special in cursul nasterii, cand peretii sai pot veni in contact cu peretii bazinului, pentru ca dupa aceea sa revina la dimensiunile obisnuite.

La femeile in varsta inaintata vaginul isi pierde supletea transformandu-se intr-un conduct foarte rigid. Vaginul are o directie oblica de sus in jos si dinapoi, inainte avand o lungime aproximativ de 12 cm si diametrul de 2 cm.

In drumul sau oblic, strabate o serie de planuri musculare care inchid bazinul in partea de jos a trunchiului. Muschii din aceasta regiune denumita perineu sunt sustinatorii vaginului si in buna parte a tuturor organelor bazinului.

Pe fata interna a vaginului se afla mucoasa vaginala alcatuita din mai multe straturi de celule suprapuse. Suprafata mucoasei este neregulata, cu cute transversale, care pornesc de o parte si de alta a unor formatiuni mai ingrosate. Aceste cute au un rol important in marirea suprafetei de contact in timpul actului sexual si in mentinerea lichidului spermatic depus in vagin. Mucoasa vaginala se modifica in raport cu secretiile de hormoni sexuali din organism, in special cu secretia de estrogeni.

Vaginul in partea de sus se continua cu colul uterin iar in partea de jos se deschide in vulva. In partea dinapoi vine in raport cu rectul, iar in parte dinainte in raport cu vezica si uretra.

UTERUL

Este organul in care nideaza si se dezvolta produsul de conceptie si care produce expulzia acestuia dupa dezvoltarea la termen. Este situat in regiunea pelviana, pe linia mediana si reprezinta raporturi anatomice:

- anterior – cu vezica urinara
- posterior – cu rectul
- inferior – se continua cu vaginul
- superior – cu organele intestinale si colonul
- lateral – cu ligamentele largi

Uterul este un organ cavitat, care masoara la nulipare 6,5 cm lungime, iar la multipare 7,8 cm lungime, are un diametru transvers de 5 cm la baza si 3 cm in portiunea medie a colului si un diametru antero-posterior de 2,5 – 3 cm.

Este format din trei portiuni: corpul, istmul si colul.

Corpul uterin – are aspectul unui con turtit antero-posterior caruia i se descriu doua fete si doua margini.

- Fata anterioara – usor convexa este acoperita de peritoneu pana la istm, unde acesta se reflecta pe vezica formand fundul de sac vezico-uterin.

- Fata posterioara – mai convexa, cu o creasta mediana este acoperita de peritoneu care coboara pe istm si pe primii centimetri ai peretelui vaginal posterior, apoi se reflecta pe rect formand fundul de sac vagino-rectal (Douglas). Este in raport cu ansele intestinale si colonul ileo-pelvin. Marginile laterale sunt rotunjite si in raport cu ligamentele largi. Pe marginile uterului se gasesc vasele uterine si se pot afla vistigii ale canalului Wolff cum este canalul Malpighi – Gartner.

- Marginea superioara sau fundul uterului este ingrosata si rotunjita, concava sau rectilinie la fetite si net convexa la multipare. Prin intermediul peritonelui este in contact cu ansele intestinale si colonul pelvian. Unghiurile laterale denumite coarne uterine se continua cu istmul tubar si sunt sediul de insertie al ligamentelor rotunde si utero-tubare.

ISTMUL - continua corpul uterin si reprezinta o zona retractila a acestuia.

COLUL UTERIN - este mai ingust si mai putin voluminos decat corpul si are forma unui butoi cu doua fete convexe si doua margini groase si rotunjite. Vaginul se insera pe col dupa o linie oblica ce urca posterior, insertia sa divizand colul in portiune supra si subvaginala.

- Portiunea supravaginala vine anterior in contact cu peretele postero-inferior al vezicii prin intermediul unui tesut celular putin dens, care decoleaza usor pe linia mediana. Fata posterioara, acoperita de peritoneu corespunde fundului de sac Douglas. Marginile laterale sunt in raport cu baza ligamentelor largi si spatiul pelvio-rectal superior.

- Portiunea vaginala a colului este delimitata de suprafata de insertie a vaginului ce se face pe o inaltime de 0,5 cm si este la nivelul unirii treimeii superioare cu doua treimi inferioare posterior, iar anterior la unirea treimii cu treimea inferioara.

- Portiunea intravaginala proemina in vagin ca un con cu varful rotunjit si centrat de orificiul extern care la nulipare este circular sau in fanta transversala ingusta, fanta care la multipare se lungeste pana la 1,5 cm. Buza anterioara mai proeminenta si rotunjita, cea posterioara mai lunga creeaza asemanarea cu botul de linx cu care este comparat. Colul este separat de peretii vaginului prin cele patru funduri de sac.

Mijloace de fixare si sustinere.

Mijloacele de fixare si sustinere al organelor genitale feminine sunt reprezentate de aparatul ligamentar, care este reprezentat prin:

- ligamente largi
- ligamente rotunde
- ligamente utero-sacrate

Ligamentele largi – se prezinta ca doua repliuri peritoneale pornind de la marginile laterale ale uterului la peretii excavatiei pelviene.

Fata anterioara – este ridicata de ligamentul rotund, cordon rotunjit de 15 cm, care de la corpul uterin se indreapta antero-posterior determinand formarea aripioarei anterioare a ligamentului larg, apoise angajeaza in

canalul inghinal, terminandu-se prin numeroase fascicule fibroase in tesutul celulo-grasos al muntelui lui Venus si al labiilor mari.

Fata posterioara – a ligamentului este ridicata in portiunea mijlocie de catre ovar si ligamentele utero si tubo-ovariene formand aripioara posterioara .

Marginea superioara a ligamentului larg este locul unde cele doua foite se continua una pe alta, fiind strabatute de trompa careia ii formeaza mezosalpingele sau aripioara superioara. Baza ligamentului larg cu o grosime de 2.5 cm in plan sagital reprezinta hilul principal prin care penetreaza vasele si nervii uterului si vaginului.

Tesutul celular din partea inferioara a ligamentului alcatuieste parametrele.

Ligamente utero-sacrate

Sunt doua fascicole conjunctivo-musculare, pornind de la fata posterioara a regiunii cervico-istmice indreptandu-se postero-superior la sacru pana la nivelul celei de a doua sau a primei gauri sacrate. Sunt alcatuite din fibre musculare netede (muschiul recto-uterin), tesut conjunctiv condensat si fibre conjunctive elastice proprii. Dar adevarata sustinere a uterului o realizeaza perineul prin intermediul peretilor vaginali.

Vascularizatia si inervatia

Artera uterina ram a iliecei interne (hipogastrica) din care se desprinde cel mai frecvent in trunchi comun cu artera ombilicala la nivelul fetei ovariene.

Artera ovariana trimite un ram terminal care patrunde prin ligamentul utero-ovarian, se anastomozeaza cu uterina participand la irigarea uterului.

Venele uterului se formeaza din toate tunicile si conflueaza intr-un sistem de sinusuri cu peretele endotelial la nivelul statului plexiform. De la aceasta se formeaza marginile uterului, veritabile plexuri venoase uterine de unde sangele dreneaza prin venele tubare si ovariene in vena ovariana. In jos, se formeaza venele uterine ce se varsa in venele iliace interne. O mica parte din sangele venos urmeaza calea ligamentului rotund.

Limfaticele

Pornite din endometru si miometru, formeaza sub seros o bogata retea mai abundenta posterior. De aici pornesc trunchiurile colectoare care de pe marginile uterului se indreapta spre diferite grupe ganglionare. O parte urmeaza calea ligamentului rotund si ajuns in ganglionii inghinali superficiali, iar alta prin ligamentul larg la cei iliaci externi. Limfaticele colului impreuna cu alte parti inferioare ale corpului si superioare a vaginului colecteaza la nivelul a trei staii ganglionare.

1. – Este formata din ganglionul arterei uterine si ganglionul obturator iliac intern si extern
2. – Este formata din ganglionii iliaci primitivi si laterosocrati.
3. – Este formata din ganglionii lombo-aortici.

Inervatia

Inervatia uterului este asigurata de plexul utero-vaginal, emanatie a plexului hipogastric inferior cu predominanta simpatica.

Plexul utero-vaginal se prezinta ca o textura densa de fibre si ganglioni plasat in parametre ce anastomeaza contralateralele si cu plexurile vezicale si uterine.

Trompele uterine

Sau salpingele sunt cele doua conducte musculo-membranoase situate in partea superioara a ligamentelor largi. Ele se intind de la coarnele uterine pana la fata superioara a ovarelor.

La nivelul trompei are loc intalnirea ovulului cu spermatozoidii si constituirea initiala a oului. Trompele au o lungime de 10-12 cm cu diametre care variaza pe traiectul lor intra 2 – 4 cm pana la 6 – 8 cm, in partea terminala.

Fiecare trompa prezinta 4 parti:

- Partea interstitiala situata in grosimea peretelui uterin.
- Istmul care continua partea interna si are o lungime de 3 – 4 cm.
- Ampula cu o lungime de 7 – 8 cm – mai dilatata.

- Pavilionul, portiunea terminala, cu o forma de palnie care este dotata cu cate 10 – 15 franjuri pe margine (fiimbrii)

Trompele sunt dotate cu o mare capacitate de mobilitate.

Pozitia lor este asigurata de ligamente largi, ligamente ovariene, precum si mezosalpinx. Vascularizatia arteriala este asigurata de ramuri din arterele ovariene si arterele uterine.

Ovarele

Sunt organe pereche. Ele constituie glanda sexuala feminina, cu functie endocrina si in acelasi timp producatoare a ovulelor.

Sunt situate in cavitatea in cavitatea pelviana, pe peretele sau posterior.

Au o forma ovoidala, cu diametru longitudinal de 3 cm, latimea de 2 cm si grosimea de 1 cm. Suprafata este neteda pana la pubertate, iar dupa aceea usor neregulate. Fata superioara a ovarelor este in raport anatomic cu pavilionul trompei. Hilul ovarian se gaseste pe marginea lor. Ovarul este fixat prin ligamentul otero-ovarian, tubo-ovarian si lombo-ovarian, precum si prin mezo-ovarian. Arterele ovarului provin din arcada vasculara formata din artera ovariana cu o ramura a arterei uterine si din care se desprind 10 – 12 arteriole care patrund in ovar la nivelul hilului.

Functii ovariene

Ovarul, gonada feminina are functia de a forma si elibera in fiecare luna un ovul si de a secreta hormonii care favorizeaza fecundarea ovulului si pregatesc organismul feminin pentru graviditate.

A.

Ovogeneza – consta dintr-o serie de transformari pe care le sufera celula germinativa fuliculara (primordiala) pana la stadiul de ovul matur. Celula germinativa primordiala are un numar complet (diploid) de cromozomi (44 somatici si 2 sexuali XX). Ea se divide formand ovogonii, iar prin diviziune mitotica a acestora rezulta ovocitele de ordinul I.

In momentul ovulatiei se produce orima diviziune meiotica din care rezulta o celula mare – ovocitul II si primul globul polar. Ovocitul II este expulzat prin ruperea foliculului, in trompas uterina, unde are loc a doua diviziune, rezultand preovulul, care nu se divid si devine oul fecundabil cu numarul de cromozomi redus la jumatate ($22 + x$) si al doilea globul polar. Ovulul ajunge prin trompele uterine prin uter si daca nu a fost fecundat este eliminat cu secretiile uterine. Daca ovulul nu este fecundat, corpul galben in aproximativ a douazeci si patra zi a ciclului incepe sa degenereze, se cicatrizeaza. Daca ovulul a fost fecundat, corpul galben persista, are o activitate endocrina intensa in primul trimestru al sarcinii.

B.

Secretia de hormoni ovariene

Consta din estrogen si progesteron. Hormonii estrogeni sunt sintetizati de celule foliculare in timpul maturarii foliculului, de celulele corpului galben, in timpul sarcinii de placenta, iar in cantitati mai mici de catre corticosuprenale si testiculii. Estrogenii actioneaza in primul rand asupra organelor genitale feminine, simuland proliferarea mucoasei si a musculaturii uterine.

Progesteronul este secretat de catre celulele corpului galben, de corticosuprenale si in timpul sarcinii de catre placenta. Actiunile sale constau in modificarea secretorie a mucoasei uterine. Secretia hormonala ovariana este controlata de catre hormonii gonadotropi hipofizari.

Glanda mamara

Este glanda pereche situata in regiunea antero-posterioara a toracelui, lateral de stern, la nivelul spatiului delimitat de coasta a III-a si a IV-a, anterior muschiului pectoral si dintat. Poate prezenta anomalii numerice in plus sau minus; anomalii de forma sau volum. Forma este aproximativ a unei emisfere cu tendinta spre conicizare sau aplatizare discoidala, cu fata plana spre torace, iar convexa libera, centrata pe mamelon.

Dimensiunile sunt de 12 – 13 cm, diametrul, inaltimea de 10 – 12 cm si greutatea de aproximativ 150 – 200 grame. Consistenta este formata dar elastica.

Tegumentele – sunt netede, centrate de areola cu diametrul de 15 – 25 mm, pigmentata si cu 10- 12 tuberculi Morgagni (glande sebacee). In centrul areolei proemina mamelonul cilindric sau conic, rugos si 10 –

12 orificii galactofore. Tesutul celular subcutanat, bine reprezentat, se desparte în lama preglandulară care lipsește la nivelul mamelonului și lama retromamara, ce asigură mobilitatea față de marele pectoral.

FIZIOLOGIA APARATULUI GENITAL FEMININ

Menstruația : consecința colorațiilor neuro-hormonale la femeie, este reprezentată de o hemoragie asociată cu necroza superficială a mucoasei uterine, care se produce ciclic, începând cu pubertatea și sfârșind cu menopauza, constituind expresia activității genitale feminine.

În realitate sunt mai multe cicluri, care converg și se condiționează reciproc: ciclul hipotalmo-hipofizar, ciclul ovarian cu ciclul exocrin și endocrin, ciclul uterin (endometrial), ciclul vaginal, ciclul mamar și ciclul genital.

Ciclul menstrual și disfuncțiile în urma acestuia:

Modificări ciclice ale endometrului. Mucoasa uterină este divizată în două straturi cu caracteristici anatomice și evolutive diferite:

- startul profund sau bazal, ce nu suferă nici o modificare până la prima relație sexuală, este eliminată odată cu prima naștere.
- Stratul superficial, numit și funcțional este eliminat în cursul primelor acțiuni ale ciclului menstrual.

Ciclul menstrual se poate împărți în 3 faze: proliferativă, secretorie și menstruală.

Faza proliferativă

Spre a 10-a zi a ciclului, glandele care au fost îngustate rectilini, devin treptat hipotrofice, iar lumenul lor se lărgeste. În celule nu se mai găsesc nici mucus, nici glicogen. Spre ziua 13 – 14, glandele sunt mai mari, epiteliul lor este mai ondulat, sub influența mucoasei F.S.H.-ului se secretă estrogeni cu acțiune proliferativă asupra mucoasei.

Faza secretorie (progesteronică sau pregravidică)

În cea de-a 15 – 17-a zi, la baza celulelor apar vacuole de glicogen, glandele devin dantelete, glicogenul de deplasează spre partea apicală a celulei, pentru a excreta către ziua a 25-a. În acest moment partea apicală a celulei se încarcă cu mucus. Arterele spiralate se diferențiază în zilele 25 – 27, tot acum stroma se micșorează în grosime prin resorbția edemului.

Determinismul fazei secretorie este: L.H. – progesteron – faza secretorie.

Faza menstruală

Durează în medie 4 zile. Stratul superficial măsoară 8 – 10 cm în grosime și se elimină. Menstruația apare ca un clivaj hemoragic al mucoasei uterine, realizat prin jocul modificărilor vasculare.

Ciclul vaginului

În mod normal mucoasa vaginală, la femeie în plină activitate sexuală are patru zone de celule care se modifică în cursul ciclului menstrual.

Acestea sunt: - zona superficială

- zona intermediară
- zona parabazală
- zona bazală

În timpul fazei estrogenice, epiteliul marginal crește și atinge maximum de dezvoltare înainte de evoluție. Celulele zonei parabazale devin cilindrice, de asemenea și cele din zona intermediară, care se stratifică și cresc în volum. Această creștere rezultă din dezvoltarea celulelor și proliferarea lor.

Conținutul celular în glicogen crește în această fază. Spre sfârșitul fazei estrogenice (avansată), straturile zonei superficială se multiplică (conificare).

Ovulația se caracterizează prin debutul modificărilor regresive care se manifestă prin oprirea dezvoltării epiteliului vaginal. Celulele se turtesc și sunt eliminate în plăcarde. Pe măsura ce faza estrogenică avansează, activitatea epiteliului încetează iar descuamarea lui se continuă.

Faza estrogenica se caracterizeaza printr-o proliferare a celulelor si o crestere a acidofilei si a indicelui picnotic.

Faza progesteronica se caracterizeaza prin descumarea celulelor care se plicaturizeaza si se elimina in cantitate foarte mare.

Ciclul mamar

In cursul unui ciclu menstrual la nivelul glandelor mamare se produc modificari morfofiziologice sub actiunea celor 2 hormoni ovarieni: foliculina si progesteronul. Foliculina, in prima faza a ciclului ovarian determina hiperplazia tesutului conjunctiv si a canalelor galacto-fore. In faza a doua sub actiunea progesteronului are loc dezvoltarea tesutului lobulo-alveolar.

In timpul sarcinii, sub actiunea foliculinei, glandele mamare se maresc si sunt dureroase. La examinarea mamelonului chiar in primele luni, va aparea colostrul. Mamelonul si areola se pigmenteaza mai intens. De asemenea, circulatia devine mai intensa, venele superficiale se dilata si devin foarte evidente prin transpiratia pielii, constituind reseaua Haller.

Dupa nastere, se declanseaza lactatia, in ziua a 3-a – a 4-a datorita inceperii secretiei de proladina, precum si datorita excitarii mamelonului prin actul suptului, intervenind si o cale neuroflexa.

CAP II AVORTUL SPONTAN NOTIUNI DESPRE BOALA. ETIOLOGIE. SIMPTOMATOLOGIE.

Definitie:

Potrivit criteriilor O.M.S. avortul este o complicatie a sarcinii, consecutiv careia are loc expulzia oului cu un produs de conceptie pana la varsta de 28 de saptamani de sarcina, 100 gr. Greutate: dupa formularea lui Herting si Sheldon <<avortul ar fi expulzia prematura a unui fat neviabil>>.

Studiul avortului spontan s-a extins in ultimii ani de la fenomenele gestatiei incipiente si de la studiul primelor faze de dezvoltare a oului la studiile de genetica cromatiniana, de morfobiologie a placentei, la studiile sistemului vascular uterin, ale fenomenelor imunologice ale sarcinii si grefei de ou, pana la factorii de peristaza. Cele mai multe statistici stabilesc o proportie de 18 - 20 % de avorturi spontane din totalul sarcinilor, dintre acestea majoritatea se produc in primele 2 – 3 luni desarcina.

Fazele avortului spontan in functie de modul in care se desfasoara intreruperea sarcinii sau cum se face evacuarea produsului de conceptie, d.p.d.v. anatomico-clinic, avortul poate fi:

-

Iminent

- Incipient
- Incomplet
- Complet

Etiopatogenie

Cauzele avortului spontan sunt multiple si variate

Factorii pot fi: - favorizanti

- determinanti

Originea lor putand fi din:

- Mediul extern
- Mediul intern
- De origine genetica - gene

- nuclei

- cromozomiale

factorii din mediul extern

- eforturile fizice legate de activitatea profesionala a femeii poate produce avortul prin declansarea contractiilor uterine.

- emotiile negative permanente.

- alimentatia carentata: carentele de vitamine, proteine, fier, calciu, fosfor, pot determina avortul prin aparitia de hemoragii placentare sau cu necroza vilozitatilor sau prin moartea produsului de conceptie.

Factorii din mediul intern

- aberatiile cromozomiale de la nivelul oului reprezinta un factor important (40%) in etiologia intreruperii spontane a evolutiei sarcinii. De cele mai multe ori este vorba de aberatii cromozomiale la nivelul celular sexual, care produc un ou ce este de la inceput anormal. Alteori gametii sunt normali, dar asupra oului actioneaza o serie de factori, care produc aberatii cromozomiale.

La baza acestor tulburari exista 3 grupe de factori:

1. - Stari patologice familiare (heredo-colaterale), anomalii de dezvoltare, boli neuro-psihiice, boli endocrine si de metabolism.
2. - Stari patologice capatate ale genitorilor: boli infectioase (virale), boli endocrine, varsta inaintata, intoxicatii exogene, iradiatii, care pot determina perturbari ale functiei gonadelor.
3. - Afectiuni ce apar pe organismul matern in cursul evolutiei sarcinii: infectii, intoxicatii profesionale, unele medicamente administrate la inceputul gestatiei.

- a) - Aberatii

cromozomiale numerice: variatiile numerice ale cromozomilor pot interesa setul cromozomial (poliploidie) sau numai o singura pereche de cromozomi (aneuploidie). Tulburarile din cadrul aberatiilor cromozomiale numerice s-ar datora unui supradozaj sau defect genic si in consecinta enzimatic care ar duce la tulburari metabolice, responsabile de diferite anomalii organice, ce determina moartea produsului de conceptie.

b) Anomalii morfologice: aceste anomalii se refera in special la deletiune si translocatie, ele fiind mai putin importante in declansarea avortului, deoarece numarul de gene din celula ramane neschimbat sau variaza putin.

- Infectiile cronice: luessul, toxoplasmoza, listerioza, pot determina avortul prin leziuni placentare sau prin moartea embrionului sau fatului.

- Intoxicatiile cronice: alcool, plumb, tabagism, medicamentoase (tranchilizante, euforizante, etc.) produc frecvente leziuni placentare sau moartea produsului de conceptie.

- Afectiuni ale sistemului nervos: in unele situatii pot determina avortul prin declansarea contractiilor uterine.

- Afectiuni ale sistemului endocrin: produc intreruperea sarcinii in procentaj de 30 – 35%. Dintre toate tulburarile hormonale cele mai importante sunt determinate de anomalii ale steroizilor sexuali si anume: insuficienta estrogenica, insuficienta progestativa, insuficienta globala si hiperandrogenia.
- Afectiuni ale sistemului hematopaetic: anemiile cronice care produc avortul prin moartea embrionului sau fatului datorita hipoxiei. Purpura hemoragica determina hemoragii placentare. Incompatibilitatea factorului RH poate produce avortul repetat in caz de imunizare masiva cu anticorpi permanenti cand se ajunge la moartea produsului de conceptie printr-un conflict grav anticorp-antigen.
- Afectiuni ale aparatului respirator: bronsita si astmul pot produce avortul, fie prin declansarea contractiilor uterine fie prin moartea fatului datorita hipoxiei.
- Afectiuni ale aparatului circular: cardiopatiile grave decompensate pot determina hemoragii placentare prin tulburari circulatorii pelviene.
- Afectiuni ale aparatului urinar: nefritele cronice produc frecvent leziuni placentare (hemoragii, infarcte).
- Afectiuni ale aparatului genital:
 - malformatiile uterine: determina avortul prin declansarea contractiilor ca rezultat al incapacitatii de extensie a uterului.
 - infectiile cronice (endometria): determina fixari defectuoase si fragile ale oului.
 - tumorile: (fibromul uterin) explica avortul prin reducerea extensibilitatii muschiului uterin.
 - cicatricile: in special cele de la nivelul corpului pot impiedica extensibilitatea muschiului uterin.
 - deplasările (retroversia, prolapsul) pot determina avortul prin anclavarea uterului gravid in micul bazin.
- Incompetenta cervico-istmica: explica in special avortul fetal (lunile 5-6) cand prin presiunea exercitata de catre ou, se produce o relaxare a istmului si colului. Datorita acestui fenomen membranele de la polul inferior al uterului nu vor mai intalni nici o rezistenta si se vor rupe.

Factorii ovulari

Toate starile patologice de la nivelul elementelor oului pot sa produca avortul(mola, ruptura prematura a membranelor endometrita deciduala, sarcina generala) prin distensia exagerata a uterului prin leziuni placentare sau prin moartea produsului se conceptie.

Mecanismul avortului spontan: este diferit in raport cu varsta sarcinii. Astfel:

- in avortul spontan din primele saptamani (avortul ovular) eliminarea oului se face de obicei global, ramanand in cavitatea uterina aproape intotdeauna resturi ovulare, hemoragia este mare.
- in avortul din saptamanile 9 – 16 (avortul embrionar) se elimina de obicei numai embrionul, placenta si membranele ramanand aderente numai un timp in cavitatea uterina, hemoragia este moderata.
- in avortul fetal saptamanile 17-26, mecanismul avortului este oarecum asemanator cu cel al nasterii.

ANATOMIA PATOLOGICA

S-a adoptat o *diviziune anatomica*:

- avort ovular, cand expulzia s-a facut in primele 8 saptamani de sarcina.
- avort embrionar, produs intre a 9-a si a 16-a saptamana de sarcina.
- avort fetal, survenit in cursul saptamanilor 17 si 26.

In primele saptamani de sarcina de cele mai multe ori, partile care constituie oul sunt atat de infiltrate in sange, incat masa expulzata se prezinta ca un bloc compact in care nu se recunosc usor elementele anatomice distincte: s-a dat numele de „mola sangvina” sau „mola carnoasa” acestei mase eliminata intr-un singur timp.

Foarte adesea oul expulzat se prezinta compus din toate cele 3 membrane, dar cavitatea amniotica este fara embrion sau cel mult cu un mic mugure care reprezinta insertia cordonului.

Oul uman de 3 sau 4 luni are partile constitutive perfect distincte: un ou expulzat la aceasta varsta poate sa se prezinte complet, adica invelit la exterior de o caduca parietala cu o portiune mult ingrosata. Daca oul este

mort de mai mult timp, el suferă modificări de mumifiere, un fat mumifiat este scurtat, pielea de culoare galben-pământie pe care lichidul amniotic, resorbit în parte, lasă un depozit cremos. La vârsta de 5-6 luni, oul are aproape același aspect anatomic, ca și la termen. Când fatul este viu, poate prezenta mișcări respiratorii și batai ale inimii care persistă ceva timp.

Când oul a fost mort și reținut, fatul se macerează, țesuturile se îmbibă cu serozitate, pielea devine roșie – brună, se acoperă cu flicte pline de o serozitate roșiatică, consistența fatului este mult scăzută, oasele craniului sunt încălecate: placentă poate prezenta leziuni degenerative, infiltrații, focare hemoragice.

DIAGNOSTIC

Diagnosticul se bazează pe - diagnostic clinic
- examen de laborator

Diagnosticul clinic: - semne subiective (amenoree, tulburări neuro-vegetative).

- semne obiective – semne uterine de sarcină (uter marit, moale, pastos, etc.)

Dacă la o femeie care a prezentat amenoree și semne de graviditate apar hemoragii, dureri sau ambele, trebuie să ne gândim de la început la posibilitatea unei întreruperi de sarcină. Prin examinarea completă a femeii trebuie rezolvate următoarele probleme:

- dacă femeia este sau a fost gravidă;
- dacă există o amenințare de avort;
- dacă este un avort în curs de efectuare sau chiar efectuat;
- dacă este complet sau incomplet;
- dacă este complicat;
- cauza lui;

Dureri și hemoragii apar la mai multe femei care se cred gravide în mod greșit; simple întârzieri de menstruație, tulburări nervoase, gastro-intestinale sau hepatice, precum și modificări de volum ale uterului, au indus în eroare pe femei și pe medici.

Numai constatarea precisă a unui grup de simptome poate să stabilească un diagnostic de sarcină. În prezența hemoragiilor la o femeie gravidă, trebuie precizat dacă sângele vine din uter și este rezultat unei dezlipiri a oului, ori este pierdut din col, din vagin sau chiar din hemoroizi. Uneori se produc mici pierderi de sânge dintr-un uter gravid, fără ca oul să fi suferit vreă atingere, prin simplă insuficiență de secreție a corpului galben. Se mai pot produce pierderi menstruale anormale din a doua cavitate uterină dublă.

Dureri abdominale sau lombare la o gravidă pot fi datorate unei colici intestinale, apendiculare, nefrite sau hepatice.

În primele două luni ale sarcinii, un diagnostic diferențial greu de lămurit îl oferă sarcină extrauterină care după ce determină de la început o amenoree, se manifestă apoi prin dureri abdominale, pierderi de sânge persistente, mărirea uterului și eliminarea de caduca. Prezenta sau diferența unei tumori anexiale fixează de obicei diagnosticul.

Diagnosticul unui avort în curs de efectuare, nu se poate stabili decât prin examen local, constatându-se că vaginul este plin de cheaguri, colul deschis, oul sau fatul coborât în cavitatea cervicală, corpul uterin contractat intermitent, are volumul micșorat față de vârsta sarcinii.

Examinarea micilor bucati ovulare se va face în apă, spre a descoperi bucati de caduca și vilozități coriale; acest examen cere multă experiență.

Nu este întotdeauna ușor de precizat dacă expulzia oului a fost completă sau incompletă. Chiar atunci când oul pare eliminat în întregime, este posibil ca bucati mari de caduca sau cotiledoane să fie reținute în uter. Pierderile de sânge în zilele care urmează avortului constituie semnul cel mai sigur al retenției de resturi. Se adaugă semne locale ca: un col moale, întredeschis, care permite patrunderea pulpei indexului sau chiar o exploratie intrauterină: corpul uterin marit de consistență pastoasă, este dureros la presiune și de mai multe ori deviat.

Examenul digital: lămurește precis diagnosticul de retenție. Diagnosticul de infecție post-avortum se stabilește prin constatarea febrei, a fetidității și a purulentei lohiilor, a frisoanelor repetate și a modificărilor

patologice locale. Cazurile avorturilor spontane au un prognostic benign, cu totul diferit de avortul provocat, unde mortalitatea si morbiditatea au un procent mai ridicat.

Avortul cu retentie este in proportie de 40 – 50%.

Interventia medicala rationala asigura vindecarea. In cazurile cu retentie, in care s-a asteptat eliminarea spontana a resturilor si vindecarea in timp, complicatiile trec de 40-60% cele mai multe se complica cu hemoragii, iar 5-10% se complica cu infectii. Un numar foarte redus se vindeca prin eliminarea sponatanea a resturilor, iar in cele mai multe dau nastere la complicatii tardive ca: polipi placentari, metrite, tulburari menstruale, sterilitate secundara.

Evolutie

Durata de timp in care se efectueaza un avort este variabila. Unele se efectueaza rapid, in mai putin de o ora, altele dureaza 5-6 ore si chiar mai mult.

Deseori oul este eliminat incomplet din cauza contractiilor uterine insuficiente, a rezistentei colului sau a aderenței membranelor. In avorturile incomplete, resturile ovulare se elimina treptat in curs de mai multe zile, sau se organizeaza si se formeaza polipi placentari, sau produc complicatii hemoragice si septic.

Dupa avorturile complete urmeaza o scurgere de lohii, scurgere putin abundenta, a carei durata este in raport cu varsta sarcinii. Uterul involueaza rapid si poate fi considerat vindecat dupa 8-10 zile pentru avorturile din primele 3 luni si dupa 14-15 zile pentru avorturile de 5-6 luni.

Menstruatia revine dupa 4 pana la 6 saptamani. La avorturile trecute de 3 luni se observa o marire a sanilor cu o secretie lactata redusa, care dispare dupa 5-10 zile.

Complicatii

Retentia totala sau partiala de resturi ovulare poate sa determine complicatii imediate sau tardive. Complicatiile imediate sunt hemoragiile si infectiile.

Hemoragiile: pot sa fie abundente (care persista zile si saptamani), alteori ele sunt dintr-o data masive si abundente, cu sange rosu-viu, cu fenomene de anemie acuta, stari mecopale. Chiar la femeile cu pierderi mici dar prelungite, starea generala se altereaza, iar numarul de globule rosii scade mult. Mai frecvent se observa o alternanta a pierderilor mici cu pierderi abundente.

Infectiile

Sunt complicatiile cele mai de temut ale resturilor. Microbii din vagin infecteaza resturile si produc putrefierea lor: lohiile devin purulente, rau mirositoare, abundente, febra si pulsul se ridica, uterul devine dureros, involutia se opreste. Forma clinica cea mai frecventa este endometrita post-avortum, datorita infectiei resturilor de caduca

Infectia se poate propaga la muschiul uterin, la anexele uterului sau venele periuterine. Printre complicatiile tardive ale avortului amintim:

- polipii placentari cu hemoragiile secundare;
- metrita cronica, manifestata prin tulburari menstruale, scurgeri mucoase, uter subinvoluat, cervicita, eroziuni cervicale;
- sterilitate secundara.

SIMPTOMATOLOGIE

In majoritatea cazurilor, simptomele se succed in doua perioade:

- I. Perioada prodromica, numita amenintare de avort;
- II. Perioada de stadiu sau de efectuare;

In *prima perioada* se intalnesc 3 simptome importante:

- disparitia semnelor obiective de sarcina;
- hemoragii;
- dureri.

Femeia care prezinta semne subiective de sarcina ca: greturi, varsaturi, tulburari senzoriale, sani mariti si durerosi, observa disparitia tuturor semnelor. Cand avortul incepe prin dezlipirea oului, apar pierderi de sange

– de la pierderea unei cantitati neinsemnate, repetata zilnic si prelungita in curs de zile si saptamani, pana la hemoragia subita si foarte abundenta cu alterarea grava a starii generale, se pot intalni toate formele intermediare.

Astfel, uneori pierderea incepe printr-o serozitate sanghino-lenta, care se coloreaza apoi in rosu-viu putin timp, pentru a se prelungi cu pierderi persistente de culoare bruna, asemanatoare cu drojdia de cafea. Dupa ce dezlipirea oului continua, hemoragia reincepe cu sange rosu in cantitate mai abundenta. De mai multe ori pierderile de sange se produc brutal si sunt foarte abundente la inceput, insotite de cheaguri mari cat oul sau portocala si determina o stare de anemie pronuntata.

In perioada prodromica se produc si dureri care sunt datorate contractiilor uterine; ele au caracter deosebit de cele ale travaliului de nastere, intrucat intensitatea lor este moderata; sediul variabil in abdomenul inferior, in lombe sau perineu, se repeta la intervale neregulate.

De multe ori contractiile dau o stare de indispozitii care sunt insotite de alte tulburari; greturi, varsaturi, urinari frecvente, tenesme vezicale sau rectale.

Perioada prodromica se contureaza cu perioada de stadiu in care hemoragiile si durerile se accentueaza si apar simptome obiective si locale.

Astfel, in avortul de doua luni, pierderile de sange sunt aproape continue si oul este eliminat de multe ori in intregime dupa mai multe ore de dureri lombare sau abdominale, insotite de tenesme vezicale si terminate prin colici expulzive.

La aceasta varsta se gasesc semne obiective manifestate: corpul uterului marit de volum este coborat, colul moale si intredeschis, fundurile de sac sunt intinse si dureroase, colul poate fi alternativ, dur sau moale, dupa cum se afla in timpul sau intre contractii.

Orificiul extern deschis permite simtirea oului cand tinde sa fie eliminat; uneori oul se afla in parte in vagin, in parte in cavitatea cervicala.

In lunile a treia si a patra, oul este de marimea unui pumn chiar si mai mare. Evolutia avortului se face mai lent. Contractiile sunt foarte dureroase, se succed regulat, iar pierderile de sange si cheagurile dureaza mai multe ore. Oul se dezlipeste complet, forteaza canalul cervical, care va lua o forma de palnie, orificiul extern se deschide si continutul uterului este expulzat in intregime intr-un timp.

Cand oul se rupe in cursul travaliului abortiv, eliminarea se face in doi timpi. Se poate ca placenta si membranele sa nu se elimine, fie total sau partial, in care caz rezulta retentia de resturi ovulare.

Semnele obiective la aceste varste de sarcini sunt foarte lente; degetul patrunde in canalul cervical si simte fie membranele, fie cheagurile, fie parti fetale.

Daca examenul este facut la sfarsitul travaliului sau imediat dupa expulzia oului, colul este scurtat, iar orificiul dilatat permite usor patrunderea a doua degete.

Avorturile in cursurile lunilor a cincea si a sasea, reproduc o nastere in proportii reduse; contractiile sunt foarte dureroase; pierderile de sange sunt foarte mici, iar expulzia se face in doi timpi. In primul timp este expulzat fatul, iar in la doilea timp este expulzata placenta.

CONDUITA IN AVORTUL SPONTAN

Conduita profilactica

La consultatiile preconceptionale si prenatale se vor depista si indeparta factorii care ar putea cauza avortul. In ceea ce priveste incompetenta cervico-istmica se va face cerclajul colului uterin in cursul lunii a treia, deci inaintea producerii accidentului respectiv.

In incompetentele traumatice se poate incerca un tratament chirurgical inainte de aparitia unei sarcini.

Conduita curativa

Conduita curativa este in functie de faza de evolutie a avortului.

In eminența de avort repaos la pat, regim alimentar hiposodic. Se administreaza medicatie sedativa cu actiune calmanta pentru contractiile uterine; scobutil, papaverina, derivati fenotiazonici, mialgin.

Dupa depistarea focarului cauzal se trece la un tratament etiologic, probleme mai deosebite punand avortul hormonal si cel prin incompetenta cervico-istmica.

In incompetenta istmo-cervicala se va aplica o metoda de incercuire a colului uterin si strangerea lui.

Conduita in avortul in evolutie.

Este o urgenta obstretica, fiindca in majoritatea cazurilor hemoragia este mare si poate determina stari grave de anemie si soc. In mediu nespitalicesc conduita consta in mesarea stransa a vaginului; administrarea unei medicatii hemostatice (daca hemoragia impune acest lucru) si expedierea cat mai urgenta a cazului spre o maternitate. In mediul spitalicesc conduita difera dupa varsta sarcinii.

- In avortul ovular (luna a I-a si a II-a) se face chiuretajul cavitatii uterine.

- In avortul embrionar (luna a III-a si IV-a) daca hemoragia este importanta se evacueaza sarcina, mai intai cu pensa si apoi cu chiureta. Daca hemoragia este redusa se asteapta pana cand s-a produs expulzia embrionului, dupa care se extrage placenta cu pensa si chiureta.

- In avortul fetal (luna a V-a si a VI-a) se urmareste expulzia mai intai a fatului, apoi a placentei, dupa care se face un control al cavitatii uterine cu chiureta.

Conduita in avortul incomplet

- In mediul nespitalicesc se face mesarea vaginului si expedierea cazului la spital.

- In maternitati se practica chiuretajul uterin.

CONDUITA OBSTRETICALA

In situatia in care in cavitatea uterina exista elemente ovulare, iar hemoragia este redusa se asteapta 6-12 ore timp in care se aplica tratamentul medical. Dupa acest interval de timp se evacueaza continutul cavitatii uterine indiferent de raspunsul bolnavei la terapeutica medicala.

In situatia in care avortul se manifesta prin hemoragii abundente, se efectueaza chiuretajul uterin de la inceput. Daca resturile ovulare sunt vechi, puternic aderente si infectate, iar muschiul uterin compromis, se face histerectomie si protectie cu antibiotice.

Nevoile fundamentale ale bolnavilor care necesita actiuni din partea asistentei medicale si modul in care acestea pot fi influentate prin conditiile existente permanent sau ocazional.

Sa ajutam bolnavul in functiile sale sau sa-i asiguram conditiile care-i permit:

1.- sa respire normal si sa aiba o buna circulatie;

2.- sa manance si sa bea in limitele normale;

3.- sa elimine pe toate caile;

4.- sa se miste si sa mentina o buna postura (mers, asezat, culcat sau trecerea de la o pozitie la alta);

5.- sa doarma si sa se odihneasca;

6.- sa aleaga imbracamintea necesara, sa se inbrace si sa se dezbrace singur;

7.- sa pastreze temperatura in limitele normale prin imbracaminte adecvata sau modificand temperatura mediului inconjurator.

8.- sa pastreze curatenia corporala, o aparenta decenta si sa-si protejeze tegumentele;

9.- sa evite riscul de acomodare a bolnavului in mediul sau cat si riscul ca acesta sa fie cauza accidentarii altora;

10. – sa comunice cu alte persoane pentru a-si exprima emotiile, nevoile, temerile;

11. – sa-si practice religia;

12. – sa aiba o ocupatie care sa-i dea sentimentul de a fi util;

13. – sa practice diferite forme de recreere;

14. – sa invete, sa descopere sau sa-si satisfaca curiozitatea care conduce la dezvoltarea normala si sanatate.

CAP. III

PREZENTAREA CAZURILOR

CAZ I – A

Numele _____ Prenumele _____

Data nasterii: anul 1970, luna XII, ziua 10

Domiciliu: Judetul Vaslui, localitatea Vaslui

Buletin de identitate: seria B.K. Nr. 382906

Ocupatia: somer

Data internarii: Anul 2002, luna II, ziua 01, ora 09,30

Data externarii: Anul 2002, luna II, ziua 04, ora 11,30

Diagnostic la internare: AVORT INCOMPLET INFECTAT, luna a II-a.

Anemie secundara.

Diagnostic la externare:

1.Diagnostic principal : AVORT INCOMPLET LUNA A II-A

2.Boli concomitente: ANEMIE SECUNDARA

Interventie chirurgicala.

a.– Tehnica operatorie: Chiuretaj uterin

b.– Data interventiei: 2002, luna II, ziua 02

Motivale internarii: - metroragie

- dureri lombo-abdominale

- febra

ANAMNEZA

a. Antecedente heredo-colaterale: fara importanta

b. Antecedente personale (fiziologice, patologice)

APF = 14 ani: ciclu regulat 30/4 zile

Nasteri normale: 2(2700: 2500)

Avorturi: 2 la cerere

APP = neagra

c. Conditii de viata si munca: relativ bune

d. Comportare fata de mediu: normala

Istoricul bolii U.M. = 02.12.1997

De 24 ore prezinta metroragie abundenta si cheaguri, motive pentru care se interneaza.

Examen local: abdomen local usor sensibil la etajul inferior.

Examen vaginal cu valve: col intredeschis, sangerare in vagin.

Examen vaginal digital: col ramolit, canal cervical permeabil la medius, corpul uterin marit de volum cat o mandarina, zone axiale nedureroase.

EXAMEN CLINIC GENERAL

Tegumente si mucoase: palide, cianoza perinazala.

Tesut celular subcutanat: normal.

Sistem osteo-articular: integru, morfofunctional, dureri lomabre

Sistem musculo-adipos: normoton.

Sistem ganglionar: nepalpabil

Aparat respirator: torace noramal conformat, murmur vezicular fiziologic

Aparat cardio-vascular: T.A. = 110/70 mm col. Hg, puls 72 batai/min., zgomote cardiace ritmice

Aparat digestiv: abdomen mobil, dureri la nivelul hipogastrului, sensibil in hipogastru. Ficatul cu limita inferioara la rebordul costal, splina nepalpabila.

Aparat renal: loje renale nedureroase, mictiuni fiziologice.

Sistem nervos: R.O.T. = rar simetrice, orientare tempo-spatiala.

EXAMEN ONCOLOGIC

1. – Cavitatea bucala: normala

2. – Tegumente: palide

3. – Grupe ganglionare: nepalpabile

4. – Sani: normali conformati

5. – Organe genitale feminine: normale

INVESTIGATII DE LABORATOR

Hemoleucograma: - Hb = 10,4 gr %
 - L = 10200 mm³
 - Uree = 0,26 ng. %
 Examen urina: Albumina = urme fine
 Glucosa = absent
 Urobilinogen= absent
 T.G.P. = 15 u.i.
 T.G.O. = 10 u.i.
 B.T. = 0,79
 B.D. = 0,22
 Cultura col: negativa
 Examen urina: fara sediment
 - frecvente epitelii si leucocite

INTERVENTII CHIRURGICALE

Se pun valvele in vagin; se prind de colul uterin cu pensa; canalul cervical 2 cm, se chiureteaza cavitatea uterina cu chiureta nr. 7 si se extrag resturi placentare.

EPICRIZA SI RECOMANDARI LA EXTERNARE

Se interneaza pentru dureri lombare, ameteli, cefalee, dureri hipogastrice, metroragie. Se practica chiuretaj uterin, se extrag fragmente ovulare. Evolutia favorabila. Se externeaza ameliorat

RECOMANDARI: Igiena organelor genitale

Repaus sexual – 20 zile

Evitarea eforturilor fizice

Control periodic

EVOLUTIE

01.02.2002: T.A. = 110/70 mm col.Hg
 T = 38,2° C, tegumente palide, metroragie

02.02.2002: chiuretaj uterin

03.02.2002: sangerare redusa

T = 37° C

tegumente palide

04.02.2002: nu pierde sange, tegumente palide, abdomen sensibil nedureros, T = 37° C

05.02. 2002: stare generala buna, afebrila

T.A. = 125/70 mm col. Hg

06.02. 2002: stare generala buna

TRATAMENTE

- 01.02. 2002: cloramfenicol: 2 g/zi, I.M. la 12 ore
 vitamina CIII fiole
 Calciu gluconic: fiole 3
 P.E.V. solutie glucoza 10% = 500ml
 Cloramfenicol 29
 Vitamina C fiole I
 Calciu gluconic: fiole 1
- 02.02.2002: idem 01.02.2002 + chiuretaj uterin
- 03.02.2002: aspirina 1 tb/3 ori pe zi
 cloramfenicol 1g/zi la 12 ore
 vitamina C: fiole II
- 04.02.2002: vitamina C, fiole II
 cloramfenicol 1 g/zi la 12 ore

CAZ II – B

Numele _____ Prenumele _____

Data nasterii: anul 1959, luna V, ziua 11.

Domiciliu: Judetul Vaslui

Strada: Stefan cel Mare, bl 409, ap. 17

Ocupatia: filatoare

Data internarii: Anul 2002, luna III, ziua 16, ora 06,30

Data externarii: Anul 2002, luna III, ziua 18, ora 13,00

Diagnostic la internare: Avort incomplet luna a II-a

Diagnostic la externare:

1. – Diagnostic principal: AVORT INCOMPLET LUNA A II-A

Interventie chirurgicala

- a. – Tehnica operatorie: chiuretaj uterin
- b. – Data interventiei: 2002, luna III, ziua 16

U.M. 16 ianuarie 2000

Motivele internarii:

- metroragie abundenta
- dureri lombare
- dureri hipogastrice
- ameteli, cefalee
- greata, varsaturi

ANAMNEZA

- a. – Antecedente heredo-colaterale: fara importanta

- b. – Antecedente personale (fiziologice, patologice):
 A.P.F.: P.M. 14 ani ciclu regulat; lunar 28/4 zile
 - nasteri normale 2
 - nasteri spontane 1
 - avorturi la cerere 2
 A.P.P. neagra
- c. – conditii de viata si de munca: relativ bune (efort fizic – ertostatism)
- d. – comportare fata de mediu: normala

ISTORICUL BOLII

U.M. 16.01.2000

Se interneaza pentru dureri lombare, dureri hipogastrice, cefalee, ameteli, metroragie abundenta de doua zile.

Examen vaginal cu valve: in vagin, sange si cheaguri in cantitate abundenta, col cu orificiul extern intredeschis transversal.

Examen vaginal digital: vagin suplu, col intredeschis, corp uterin marit de volum cat o portocala, mobil, nedureros. Anexe nepalpabile.

EXAMEN CLINIC GENERAL

Tegumente si mucoase: palide

Tesut celular subcutanat: normal

Sistem astroarticular: integru morfofunctional

Sistem musculo-adipos: normoton

Sistem ganglionar: nepalpabil

Aparat respirator: torace normal conformat, murmur vezicular fiziologic

Aparat cardio-vascular: T.A. = 100/50 mm col. Hg, puls 80 batai/min, zgomote cardiace ritmice.

Aparat digestiv: abdomen mobil, sensibil la hipogastru. Ficatul = limita inferioara la rebord, splina nepalpabila.

Aparatul renal: loje renale nedureroase, mictiuni fiziologice.

Sistem nervos: R.O.I. simetrice, orientare tempo-spatiala.

EXAMEN ONCOLOGIC

1.– Cavitate bucala: normala

2.– Tegumente: palide

3.– Grupe ganglionare: nepalpabile

4.– Organe genitale feminine: normale

INVESTIGATII DE LABORATOR

Hemoleucograma: Hb + 12,2 g%

L = 7000 mm³

V.S.H. = 24 ml/1h

= 47 ml/2h

Examen urina: Albumina = urme fine

Glucoza = absent

INTERVENTII CHIRURGICALE

Se pun valve in vagin, se prinde colul cu pensa ai prin canalul cervical dilatat se patrunde in cavitatea uterina cu chiureta nr. 7 de unde se extrag resturi placentare.

EPICRIZA SI RECOMANDARI LA EXTERNARE

Se interneaza pentru metroragie abundenta, dureri lombare si hipogastrice.

Se practica chiuretaj uterin, se extrag resturi ovulare

Evolutie favorabila. Afebrila

RECOMANDARI

- evitarea efortului fizic
- igiena locala a organelor genitale
- repaus sexual 20 zile

EVOLUTII

16.03.2002: - T.A. = 100/50 mm col. Hg

T = 36,8° C

Puls = 70 batai/min

Chiuretaj uterin

Discreta sangerare

17.03.2002: - nu pierde sange, abdomen sensibil nedureros

T = 37°C

puls = 72 batai/min

T.A. = 120/60 mm col. Hg

18.03.2002: - nu pierde sange, nu acuza dureri

T = 36°C

puls = 72 batai/min

TRATAMENT

16.03.2002: - Biseptol V tabl.

17.03.2002: - Cloramfenicol fl. IV

Indocid: supozitoare IV

CAZ III – C

Numele _____ Prenumele _____

Data nasterii: Anul 1974, luna II, ziua 16

Domiciliul: Judetul Vaslui, Localitatea Vaslui

Ocupatia: somer

Data internarii: Anul 2002, luna III, ziua 23, orele 07,30

Data externarii: Anul 2002, luna III, ziua 28, orele 13,00

Diagnostic de internare: AVORT INCOMPLET LUNA a VI-a

Diagnostic de externare: AVORT INCOMPLET LUNA a VI-a

1. – Diagnostic principal: AVORT INCOMPLET LUNA a VI-a
interventia chirurgicala:

a. – tehnica operatorie: chiuretaj uterin

b. – data interventiei: anul 2002, luna martie, ziua 23

U.M. = 19.X.2001

Motivele internarii:

- metroragie abundenta;
- febra;
- dureri in hipogastru;
- ameteli;
- cefalee;
- varsaturi

ANAMNEZA

a. – Antecedente heredo-colaterale: neaga

b. – antecedente personale (fiziologice, patologice)

A.P.F.: P.M. = 14 ani; ciclul regulat 28/4 zile

Nasteri = 0

Avorturi = 0

A.P.P. = neaga

c. – conditii de viata si munca: relativ normale

d. – comportare fata de mediu: normala

ISTORICUL BOLII

U.M. = 10.10.2001

În urma cu două săptămâni a fost internată în secția obstetrică III cu infecție urinară. În funcție de antibiograma i se face tratament cu ampicilină 9 zile.

Pe 23.03.2000, orele 04,00 avortează spontan la domiciliu doi fete gemeni, după care a fost trimisă cu salvarea la Spitalul Județean Vaslui. Delivrează la spital

Examen local: abdomen mobil, sensibil la hipogastru

Examen vaginal cu valve: sangerare abundentă în aria colului, col dilatat

Examen clinic general:

Tegumente și mucoase: palide, cianoză perinazală și cianoză periorală

Tesut celular subcutan: normal

Sistem osteo-articular: integru

Sistem musculo-adipos: normoton

Sistem ganglionar: nepalpabil

Aparat respirator: torace normal conformat, murmur vezicular fiziologic

Aparatul cardio-vascular: T.A. = 100/80 mm col. Hg, puls = 82 batai/min, zgomote cardiace ritmice

Aparat digestiv: abdomen mobil, marit de volum în etajul subombilical, sensibil în hipogastru, ficat la rebord, splină nepalpabilă.

Aparatul renal: loje renale nedureroase, mictiuni repetate

Sistemul nervos: R.O.T. rar, simetrice, orientare spatio-temporară.

EXAMEN ONCOLOGIC

1.– cavitatea bucală: normală

2.– tegumente: palide curate

3.– grupe ganglionare: nepalpabile

4.– sani: ușor mariți de volum, consistență glandulară, colostru la exprimarea mamelonului

5.– organe genitale feminine: normale

INVESTIGAȚII DE LABORATOR

H.L.G.: Hb = 9,59%

L = 8200/mm³

Examen urină - albumină – absentă

- glucoză – absentă

INTERVENȚII CHIRURGICALE: CHIURETAJ UTERIN

Se pun valvele în vagin și prin canalul cervical dilatat se patrunde în cavitatea uterină cu chiureta nr. 7, de unde se extrag resturi membranare.

EPICRIZA ȘI RECOMANDĂRI LA EXTERNARE

Bolnava se internează la secția ginecologie în urma unui avort spontan la domiciliu – 2 fete gemeni – este adusă cu metroragie abundentă, (sensibilitate) dureri în hipogastru.

Se practică chiuretajul uterin de unde se extrag resturi membranare

Se recomandă: - evitarea efortului fizic

- igiena organelor genitale

- control periodic

- repaus sexual

EVOLUTIE

- 23.03.2002: T.A. = 100/60 mm col. Hg
 puls = 72 batai/min
 T = 40°C
 metroragie
 paloare accentuata
- 24.03.2002: T.A. = 100/60 mm col. Hg
 puls = 70 batai/minut
 T = 38,6°C
 Sangerare redusa
- 25.03.2002: T = 37°C
 puls = 70 batai/minut
 nu pierde sange
 stare generala buna
 sani usor congestionati, secretie lactata incipienta
- 26.03.2002: T = 37°C
- 27.03.2002: puls = 70 batai/minut
 T.A. = 120/60 mm col. Hg
 Tegumente palide
 Nu pierde sange
 Abdomen sensibil nedureros
 Sani de consistenta normala, secretie lactata absenta
- 28.03.2002: stare generala buna afebrila

TRATAMENT

- 23.03.2001: Oxitocin f. 1; Ergomet, F II
- 24 – 25.03.2002: Calciu gluconic fiole II
 Vitamina C: fiole II
 Algocalmin: fiole II
 Aspirina tabl. IV
 Penicilina G 2 mil./6h
- 26.03.2002: Calciu gluconic fiole II
 Vitamina C: fiole II
 Algocalmin: fiole II
 Penicilina G 2 mil./6h
- 27.03.2002: Calciu gluconic fiole I
 Vitamina C: 3 tablete
 Penicilina G: 2 mil/6h

CAP IV
EVALUAREA CAZURILOR DUPA METODELE CONCEPTUALE
ALE VIRGINIEI HENDERSON

CAZ I – A

NEVOILE FUNDAMENTALE	DIAGNOSTIC DE NURSING	SURSA DE DIFICULTATE
1. respira si a avea o buna circulatie 1/2 - dependent	- dipnee - circulatie deficitara la nivelul extremitatilor	- etroragie - aport insuficient de O2
2. bea si a manca 3/4 - dependent	- alimentatie insuficienta cantitativ si calitativ	- lterarea gustului - nxietate - labiciune, oboseala
3. elimina 3/4 - dependent	- metroragie	- anxietate - proces infectios
4. se misca si a avea o buna postura 1/2 - dependent	- postura neadecvata	- nxietate - urere
5. dormi si a se odihni 3/4 - dependent	- dificultate de a se odihni	- durere
6. se imbraca si dezbraca - independent	-	-
7. mentine temperatura corpului in limite normale 3/4 - dependent	- hipertermie	- proces infectios
8. A fi curat, ingrijit, de a proteja tegumentele si mucoasele 3/4 - dependent	- dificultate de a-si acorda ingrijiri de igiena	- etroragie - urere - labiciune
9. evita pericolele 3/4 - dependent	- nxietate - urere	- dependenta la nivelul nevoilor afectate - urere - lipsa de cunoastere a consecintelor

10. comunica 1/2 - dependent	- comunicare ineficace la nivel afectiv si intelectual	- anxietate - venimente amenintatoare - lipsa de cunoastere
11. actiona conform propriilor convingeri si valori, de a practica religia - independent	-	-
12. fi preocupat in vederea realizarii - independent	-	-
13. se recrea 3/4 - dependent	- dificultate de a se realiza	- boseala - puizare - oala
14. invata cum sa-si pastreze sanatatea 3/4 - dependent	- insuficienta cunoastere	- lipsa cunostintelor despre boala sa

CAZ II - B

NEVOILE FUNDAMENTALE	DIAGNOSTIC DE NURSING	SURSA DE DIFICULTATE
1. respira si a avea o buna circulatie 1/2 - dependent	- circulatie deficitara la nivelul extremitatilor	- metroragie - anxietate - stress
2. bea si a manca 3/4 - dependent	- alimente insuficiente cantitativ si calitativ	- anxietate - stare depresiva
3. elimina 3/4 - dependent	- constipatie - arsaturi - metroragie	- alimentatie saraca - situatii de criza - program de lucru inadecvat
4. se misca si a avea o buna postura 1/2 - dependent	- postura neadecvata	- durere - anxietatea
5. dormi si a se odihni	- dificultate de a se odihni	- durere - stare depresiva

3/4 - dependent	- nsomnie	
6. se imbraca si dezbraca - independent	-	-
7. mentine temperatura corpului in limite normale 3/4 - dependent	-	-
8. A fi curat, ingrijit, de a proteja tegumentele si mucoasele 3/4 - dependent	-	-
9. evita pericolele 3/4 - dependent	- anxietate - durere	- urere - roces infectios
10. A comunica 1/2 - dependent	-	-
11. actiona conform propriilor convingeri si valori, de a-si practica religia - independent	- dificultate de a avtiona dupa valorile si credintele sale	- neadaptarea la rolul de bolnav
12. fi preocupat in vederea realizarii - independent	-	-
13. se recrea 3/4 - dependent	- refuzul de a indeplini activitati recreative	- urere - boseala
14. invata cum sa-si pastreze sanatatea 3/4 - dependent	- insuficienta cunoastere	- lipsa de cunoastere despre boala sa

CAZ III - C

NEVOILE FUNDAMENTALE	DIAGNOSTIC DE NURSING	SURSA DE DIFICULTATE
1. respira si a avea o buna circulatie 1/2 - dependent	- ipnee - irculatie deficitara al nivelul extremitatilor	- etroragie - port insuficient de oxigen
2. bea si a manca 3/4 - dependent	- limentatie neadecvata - ificultate in a se alimenta si hidrata	- urere - nxietate - reata - lterarea gustului
3. elimina 3/4 - dependent	- etroragie - arsaturi	- nxietate - roces infectios
4. se misca si a avea o buna postura 1/2 - dependent	- ertij, cefalee - ncapacitate de a se misca	- boseala - labiciune - urere
5. dormi si a se odihni 3/4 - dependent	- ificultate in a se odihni - nsomnie	- nxietate - urere
6. se imbraca si dezbraca - independent	- dificultate in a se imbraca si a se dezbraca	-neconcordanta miscarilor
7. mentine temperatura corpului in limite normale 3/4 - dependent	- ipertermie T = 40°C	- roces infectios inflamator - ipsa de cunoastere a prevenirii infectiilor
8. A fi curat, ingrijit, de a proteja tegumentele si mucoasele 3/4 - dependent	-	-
9. evita pericolele 3/4 - dependent	- urere - eama - anica	- roces infectios - venimente compromitatoare, spitalizare, tratament

10. A comunica 1/2 - dependent	-	-
11. actiona conform propriilor convingeri si valori, de a-si practica religia - independent	-	-
12. fi preocupat in vederea realizarii - independent	- entiment de neputinta - ificultate de a-si asuma rolul	- ipsa de cunoastere a starii sala de sanatate - eacceptarea bolii
13. se recrea 3/4 - dependent	- dezinteres in a indeplini activitati recreative	- urere - labiciune, oboseala
14. invata cum sa-si pastreze sanatatea 3/4 - dependent	- nsuficienta cunoastere a bolii - efuzul de a invata	- ipsa de cunostinte despre boala sa - redinte culturale diferite referitoare la sanatate

CAP.V.

PLAN DE INGRIJIRE

CAZ I – A

Nr crt.	Nevoia fundamentala	Data	Manifestari de dependenta	Sursa de dificultate	Obiective	Activitate		Evaluare
						proprie	delegata	
1	Nevoia de a respira si a avea o buna circulatie	1-04.02.2002	- tegumente reci, palide la nivelul membrelor superioare - cianoza perinazala	- metroragie - aport insuficient de oxigen	- mentinerea unei circulatii adecvate prin oprirea hemoragiei - asigurarea aportului de oxigen	- linistesc bolnava, - determin valoarea pulsului la nivelul arterei radiale, - determin valoarea T.A. prin masurare ei cu ajutorul tensiometrului - asigur conditii de microclimat - administrez oxigen - pregatesc materiale sterile pentru recoltare si recoltez sange pentru examenele recomandate - pregatesc si montez perfuzia - administrez medicatia prescrisa de medic	- cloramfenicol 2g/zi - Vitamina C – VI fiole <u>P.E.V.</u> - solutie glucoza 10% - 500 ml - cloramfenicol 1g/12 h - Vitamina gluconic - fiole I	- bolnava respira aproape normal, are un aport suficient de oxigen <u>H.L.G.</u> Hb = 10,4 gr % L= 10200 m ³ Uree – 0,26 mg.% - Creatinina – 0,70 TGP = 15 U.I. TGO = 10 U.I. BT = 0,79 BD = 0,22 Cultura col - uterin

2	A bea si a manca	1-04.04 2002	- inapetenta - ingestie de alimente ce nu satisfac nevoile	- alterarea gustului - anxietate - slabiciune, oboseala	- mentinerea unei stari nutritionale prin alimente si lichide in cantitate si calitate corespunzatoare care sa-i asigure necesarul de calorii	- explic bolnavei necesitatea alimentarii si hidratarii, administrez dieta prescrisa de medic	-	- bolnava se alimenteaza corect si respecta indicatiile date
3	Nevoia de a elimina	1-02.02 2002 3-04.02. 2002	- metroragie - metroragie redusa - durere la mictiune	- anxietate - proces infectios - anxietate - stress	- oprirea hemoragiei - ameliorarea durerii	- pregatesc materiale necesare pentru recoltarea urinei - ii explic bolnavei ca este normal sa aiba dureri, datorita chiuretajului uterin, dar se vor ameliora cu timpul 2 – 3 zile	- particip la efectuarea chiuretajului uterin	Examen urina - fara sediment - frecvente epiteliu si leucocite - bolnava se simte mai bine durerea cedeaza

4	Nevoia de a se misca si a avea o buna postura	1-02.02.2002 3-04.02.2002	- cefalee - vertij - durere - cefalee - vertij	- anxietate - durere - anemie - chiuretaj uterin - anemie	- combaterea cefaleei si a vertijului - combaterea cefaleei si a vertijului	- sfatuiesc bolnava sa evite emotiile si sa nu faca efort, - administrez medicatia prescrisa de medic - sfatuiesc bolnava sa evite emotiile puternice - ii explic ca cefaleea si vertijul sunt simptome usoare care vor ceda - recoltez HLG	-	- cefaleea cedeaza vertijul dispare - cefaleea si vertijul a cedat HLG: Hg = 11,2 gr% L = 9500 mm ³
5	Nevoia de a dormi si a se odihni	1-02.02.2002 3-04.02.	- oboseala - neliniste - agitatie - neliniste - agitatie	- durere - metroragie - spitalizare - spitalizare - metroragii	- combaterea starii de neliniste si agitatiei - combaterea oboselii - combaterea durerii	- ii explic bolnavei sa evite oboseala, eficienta somnului si a odihnei - aerisesc salonul - asigur conditii de microclimat in salon pentru ca bolnava sa se poata odihni	- romergan = 1 drajeu seara	- bolnava respecta indicatiile si incearca sa se odihneasca - bolnava respecta orele de odihna si are

		2002			- combaterea starii de agitatie	- ii recomand activitati recreative - plimbari in are liber insotita la inceput - administrez seara romergan		un somn linistit
6	Nevoia de a se imbraca si dezbraca	-	-	-	-	-	-	-
7	Nevoia de a se mentine temperatura corpului in limite normale	1- 04.02. 2002	- hipertermie T = 38°C	- lipsa cunoastintelor de prevenire si combatere a infectiilor - avort spontan infectat	- aducerea temperaturii corpului in limite normale	- observ si masor la intervale regulate temperatura si pulsul bolnavei - ii aduc la cunostinta metodele de prevenire a infectiilor - notez temperatura in F.O. - urmaresc aspectul si mirosul scurgerii	- administrez antitermice si antibioticele prescrise de medic - aspirina 1tb. 3 ori/zi - cloramfenicol 1g/zi la 12 ore	01.02.2002 T = 38° C - D T = 37,7° C - S 02.02.2002 T = 37° C - D T = 36,8° C - S 03- 04.02.2002 T = 36,8° C - D T = 36,8° C - S
8	Nevoia de a fi curat, ingrijit si a- si proteja tegumentele si mucoasele	1- 04.02. 2002	- incapacitatea de a-si efectua singura toaleta	- boala - slabiciune - tremurul mainilor	- sa fie curata - tegumente curate - baie pe regiuni	- ajut bolnava la efectuarea toaletei - schimb lenjeria de pat si de corp a bolnavului - ii explic necesitatea	- cloramfenicol 1g/zi la 12 ore - aspirina 1 tb. 3 ori /zi	- bolnava este mai linistita - este mai odihnita si respecta indicatiile

						toaletii zilnice		
9	Nevoia de a evita pericolele	1-04.02.2002	-agitatie - frica	- durere - necunoastere a unor notiuni despre boala - neacceptarea bolii - izolare	- evitarea aparitiei complicatiilor	- ii vorbesc calm bolnavei pentru a-i indeparta teama - ii explic motivul internarii si necesitatea interventiei chirurgicale (chiuretajul uterin) - aplic corect tratamentul prescris de medic - urmaresc evolutia bolnavei	- cloramfenicol 1g/zi la 12 ore - aspirina 1 tb. 3 ori/zi	- bolnava este mai linistita - este mai odihnita si respecta indicatiile
10.	Nevoia de a comunica	1-04.02.2002	- dificultate de a se concentra	- anxietate - epuizare - lipsa de cunoastere - evenimente amenintatoare	- incurajarea si linistirea bolnavei pentru a obtine o comunicare eficienta	- linistesc bolnava cu privire la starea sa si punerea ei in legatura cu alte bolnave in convalescenta	-	- bolnava se linisteste - comunica suficient
11.	Nevoia de a actiona conform propriilor convingeri si valori de a practica religia	-	-	-	-	-	-	-
12.	Nevoia de a fi preocupat in vederea realizarii	-	-	-	-	-	-	-

3.	1 Nevoia de a se recrea	1-04.02.2002	- refuz de a participa la activitati recreative	- pierderea imaginii de sine - oboseala, epuizare	- combaterea starii de oboseala si epuizare si asigurarea conditiilor de recreere	- sfatuiesc bolnava sa citeasca, sa faca plimbari in aer liber, lecturi, - sa asculte radio - sa primeasca vizite	-	- prezinta o stare de spirit satisfacatoare
4.	1 Nevoia de a invata cum sa-si pastreze sanatatea	1-04.02.2002	- refuz de a invata sau a cunoaste - lipsa cunostintelor generale medicale	- nu cunoaste efectele fiziologice si patologice ale sarcinii	- educatie pentru sanatate	- continuarea tratamentului - repaus sexual - prezentarea la control - repaus fizic	-	- bolnava a inteles si tine cont de cunostintele acumulate

CAZ II - B

Nr. Caz	Nevoia fundamentala	Data	Manifestari de dependenta	Sursa de dificultate	Obiective	Activitate		Evaluare
						Proprie	delegata	
1	Nevoia de a respira si a avea o buna circulatie	16-17.03.2002	-tegumente palide	- metroragie - anxietate - stress	- mentinerea unei circulatii normale	- determin valoarea pulsului, tensiunea arteriala prin masurarea ei - linistesc bolnava - aerisesc salonul - pregatesc materiale necesare pentru recoltarea probelor de	- biseptol tab. IV - cloramfenicol fl. 4 g/zi la 12 ore - indocid sup. 4	I. T.A. = 100/50 mm col. Hg puls = 80 bat/min II. T.A. = 120/60 mm col. Hg puls = 70 bat/min HLG: Hb - 12,2 g%

						laborator: HLG, VSH, examen urina		L = 7000n m ³ VSH - 24 ml/ 1h - 47 ml/2h Examen urina: Albumina: - urme fine, glucoza - absent
2	Nevoia de a manca si a bea	16- 17.03. 2002	- inapetenta - greata	- slabiciune - oboseala - alterarea gustului si mirosului	- combaterea inapetentei	- informezi bolnava asupra alimentelor permise - ii administrez lichide in raport cu cantitatea indicata de medic	-	- mananca si bea in cantitati normale
3	Nevoia de a elimina	16- 17.03. 2002	- constipatie - varsaturi - metroragie	- alimentatie saraca cantitativ si calitativ - boala	- combaterea inapetentei	- pregatesc materialele, sterile necesare executarii chiuretajului uterin - ajut la evacuarea cavitatii uterine - administrez tratamentul prescris de medic	16.03.2002 - chiuretaj uterin - cloramfenicol 2g/zi la 12 ore - indocid sup. = 4	- eliminarea se face normal - functii vitale si vegetative in limite normale
4	Nevoia de a se	16-	- ameteli	- oboseala	-	- sfatuiesc	-	- ametelile

.	misca si de a avea o buna postura	17.03. 2002	- cefalee - dureri lombare	- boala - metroragie	mentinerea unei posturi adecvate	bolnava sa stea linistita in pat - sa evite eforturile fizice - o ajut sa-si pastreze o pozitie adecvata - mobilizarea bolnavei		au cedat - durerea s-a ameliorat - hemograma
5	Nevoia de a dormi si a se odihni	16-17.03. 2002	- insomnii - oboseala	- spitalizare - boala	- combaterea obosealii si a insomniei	- explic bolnavei necesitatea somnului si a odihnei - linistesc bolnava - aerisesc salonul	-	- bolnava respecta programul de somn
6	Nevoia de a se imbraca si dezbraca	-	-	-	-	-	-	-
7	Nevoia de a mentine temperatura corpului in limitele normale	-	-	-	-	-	-	-
8	Nevoia de a fi curat, ingrijit, de a proteja tegumentele si mucoasele	-	-	-	-	-	-	-
9	Nevoia de a evita pericolele	16-17.03. 2002	- teama - panica	- durere - necunoastere a notiunilor despre boala	- linistirea bolnavei - evitarea complicatiilor, prin	- incerc sa-i inlatur teama referitoare la spitalizare si tratament - administrez	- biseptol = tab IV - cloramfenicol = 2g/zi la 12 ore	- bolnava se mai linisteste - functiile vitale si vegetative sunt normale

					respectarea regulilor de aspsie	medicatia prescrisa de medic, ii urmaresc functiile vitale si vegetative - matinal si vesperal		
0.	1 Nevoia de a comunica	-	-	-	-	-	-	-
1.	1 Nevoia de a actiona conform convingerilor si valorilor proprii de a-si practica religia	16-17.03.2002	-dificultate de a actiona dupa valorile si credintele sale	- spitalizare	- inlaturarea sentimentul ui de abandonare a lui Dumnezeu	- explicam bolnavei necesitatea spitalizarii	-	- bolnava este indepartata de acest sentiment
2.	1 Nevoia de a fi preocupat in vederea realizarii	-	-	-	-	-	-	-
3.	1 Nevoia de a se recrea	16-17.03.2002	- nu participa la activitati recreative	- neadaptarea la rolul de bolnav - oboseala	- combaterea starii de oboseala	- sfatuiesc bolnava sa citeasca - ii recomand plimbari in aer liber	-	- prezinta o stare de spirit satisfacatoare
4.	1 Nevoia de a invata	16-17.03.2002	- insuficienta cunoastere	- lipsa de informatie	- sa cunoasca	- ii explicam orice informatie legata de boala, tratament	- prezentarea regulamentului de ordine interioara a spitalului	- bolnava este receptiva la informatie

CAZ III - C

Nr. Crt	Nevoia fundamentala	Data	Manifestari de dependenta	Sursa de dificultate	Obiective	Activitate		Evaluare
						Proprie	delegata	
1	Nevoia de a respira si de a avea o buna circulatie	23-27.03.2002	- tegumente palide - cianoza periorala si perinazala	- metroragie - aport insuficient de oxigen	- mentinerea circulatiei in limitele normale - ajutam se respire normal	- aerisesc salonul - linistesc bolnavul - administrez oxigen pe cale nazala - determin valoarea T.A. - determin valoarea pulsului la nivelul arterei radiale - pregatesc bolnava pentru efectuarea chiuretajului uterin - hemograma - examen sumar de urina	- Oxitocin fiole = 1 - Ergomet fiole II - Vitamina C - fiole II - Algocalmin - fiole II - Aspirina tb IV - Penicilina G = 2 mil./6h	23.03.2002 T.A. = 100/60 mm. col. Hg - puls = 82 bat./min. 25-27.07.2002 T.A. = 120/60 mm col. Hg puls = 70 bat/min - respiratie normala H.L.G. Hb = 95 gr% L = 8200/m ³ Examen urina - albumina - absent - glucoza - absent
2	Nevoia de a bea si a manca	23-27.03.2002	- lipsa apetitului - greata - ingestia de alimente si lichide	- lipsa de interes in a se alimenta - anxietate, stress	- sa manance si sa bea in cantitati suficiente	- ii explic bolnavei ce alimente sunt permise si nepermise - administrez	-	- bolnava respecta dieta, alimentatia corespunzatoare

			nesatisfacand nevoile organismului			dieta necesara		
3	Nevoia de a elimina	23- 27.03. 2002	- metroragie - varsaturi	- deshidratare - proces infectios - efort fizic	- combaterea varsaturilor si metroragiei	- pregatesc materiale necesare pentru efectuarea chiuretajului uterin - urmaresc aspectul, mirosul, cantitatea scurgerii	- chiuretaj uterin - evacuarea cavitatii uterine	-
4	Nevoia de a se misca si de a avea o buna postura	23- 27.03. 2002	- ameteli - cefalee - dureri lombare	- boala - oboseala - teama de a cadea	- mentinerea unei pozitii adecvate	- sfatuiesc bolnava sa stea linistita la pat si sa evite eforturile fizice. - ajut bolnava sa-si mentina o postura cat mai adecvata	-	- bolnava respecta pe cat posibil indicatiile date - postura adecvata
5	Nevoia de a dormi si a se odihni	23- 27.03. 2002	- neliniste - oboseala	- spitalizare - metroragie	- combaterea oboselii	- explic bolnavei importanta si necesitatea spitalizarii - aerisirea salonului	-	- bolnava respecta programul de odihna

6	Nevoia de a imbraca si dezbraca	23-27.03.2002	- dificultate in a se imbraca si dezbraca	- neconcordanta mainilor - tremurul mainilor	- ajutorul bolnavei de a se imbraca si a se dezbraca singura	- ajut bolnava sa se imbrace sau sa se dezbrace cu hainele de spital - schimb lenjeria de pat sau de corp a bolnavei de cate ori este nevoie	-	- bolnava prezinta un aspect ingrijit
---	---------------------------------	---------------	---	---	--	---	---	---------------------------------------

7	Nevoia de a-si mentine temperatura corpului in limite normale	23-27.03.2002	- hipertermie T = 40° C	- proces infectios - lipsa de cunoastere a prevenirii infectiei	- reducerea hipertermiei - combaterea infectiilor	- mentinerea temperaturii in limite normale - aduc la cunostinta bolnavei cum se previn infectiile	- administrez tratamentul prescris de medic - masor temperatura - Penicilina G - 2	- temperatura scade de la 40° C la 37° C
8	Nevoia de a fi curat, ingrijit, de a proteja tegumentele si mucoasele	-	-	-	-	-	-	-

9	Nevoia de a evita pericolele	23-27.03.2002	- teama - panica	- durere - evenimente compromitatoare - spitalizare, tratament	- linistirea bolnavului - respectarea regulilor de asepsie. - urmarirea evolutiei bolii	- ii vorbesc calm pentru a se linisti si recapata increderea in sine - ii urmaresc functiile vitale si vegetative.	-	- bolnava are tendinta de a se linisti - functiile vitale si vegetative in limitele normale
10.	Nevoia de a comunica	23-27.03.2002	-	-	-	-	-	-
11.	Nevoia de a actiona conform propriilor convingeri si valori de a-si practica religia	23-27.03.2002	- frustrare fata de persoanele din salon	- spitalizare - lipsa de cunoastere a atitudinii celor din jur	- inlaturarea sentimentului de izolare si teama	- explicam necesitatea spitalizarii	-	- bolnava este indepartata de acest sentiment

1 2.	Nevoia de a fi preocupat in vederea realizarii	23-27.03.2002	- sentiment de incompetenta - incapacitate de a raspunde asteptarilor altora	- anxietate - atitudini nefavorabile ale anturajului - teama de anu fi inteleasa de altii	- isi respecta increderea in sine	- ajut bolnava in recuperarea psihica datorata pierderii sarcinii	-	- bolnavei ii dispare sentimentul de teama si isi recapata increderea in ea
1 3.	Nevoia de a se recrea	23-27.03.2002	- diminuarea mijloacelor de interes, refuzand participarea la activitati	- durere - anxietate, stress - slabiciuni	- combaterea starii de anxietate si stress - inlaturarea durerii	- sfatuiesc bolnava sa citeasca sau sa asculte emisiuni radio - ii recomand plimbari in aer liber	-	- prezinta o stare de spirit satisfacatoare
1 4.	Nevoia de a invata	23-27.03.2002	- interpretarea gresita a informatiei - insuficienta cunoastere a bolii	- credinte diferite fata de sanatate prin necunoastere a efectelor patologice si fiziologice ale sarcinii	- informez bolnava cu privire la cauzele bolii, aparitia, prevenirea si combaterea ei	- educatie pentru sanatate	-	- bolnava a inteles si tine cont de cunostintele acumulate

CAP. IV.

TEHNICI DE NURSING LEGATE DE PLANURILE DE INGRIJIRE

PERFUZIA

Perfuzia - introducere pe cale parenterala (intravenoasa) , picatura cu picatura, a solutiilor medicamentoase pentru reechilibrarea hidroionica si volemica a organismului.

Introducerea lichidelor se poate face prin ace metalice fixate direct in vena, prin canule de material plastic ce se introduc transcutanat prin lumenul acelor (acestea apoi se retrag) sau chirurgical, prin evidentierea venei in care se fixeaza o canula de plastic ce se mentine chiar cateva saptamani (denudare venoasa).

Scop : hidratarea si mineralizarea organismului; administrarea medicamentelor la care se urmareste un efect prelungit; depurativ - diluand si favorizand excretia din organism a produsilor toxici: completarea proteinelor sau altor componente sangvine, alimentatie pe cale parenterala.

Pregatirea materialelor necesare:

- tava medicala acoperita cu un camp steril;
- trusa pentru perfuzat solutii ambalata steril;
- solutii hidratante in sticle R.C.T. inchise cu dop de cauciuc si armatura metalica sau in pungi originale de material plastic, riguros sterilizate si incalzite la temperatura corpului;
- garou de cauciuc;
- tavita renala;
- stativ prevazut cu bratari cu cleme pentru fixarea flacoanelor;
- 1 - 2 seringi Luer de 5 - 10 cm cu ace pentru injectii intravenoase si intramusculare sterilizate;
- o perna musama;
- 1- 2 pense sterile;
- o pensa hemostatica;
- casoleta cu campuri sterile;
- casolete cu comprese sterile;
- substante dezinfectante;
- alcool;
- tinctura de iod;
- benzina iodata;
- romplast;
- foarfece;
- vata.

Se pregatesc instrumentele si materialele necesare.

Se scoate tifonul sau celofanul steril de pe flacon, se desprinde sau se topeste la flacara parafina de pe suprafata dopului, care se dezinfecteaza cu alcool.

Se desface aparatul de perfuzie si se inchide prestubul.

Se indeparteaza teaca protectoare de pe trocar si se patrunde cu el prin dopul flaconului.

Se inchide cu pensa hemostatic, imediat sub ac tubul de aer, se indeparteaza teaca protectoare de pe ac si se patrunde cu acesta in flacon, prin dopul de cauciuc, fara sa se atinga trocarul.

Se suspenda flaconul pe suport.

Se fixeaza tubul de aer la baza flaconului cu o banda de romplast, avand grija sa depaseasca nivelul solutiei sau al substantei medicamentoase.

Se indeparteaza pensa hemostatica, deschizand drumul aerului in flacon.

Se indeparteaza teaca protectoare de pe capatul portac al tubului, se ridica deasupra nivelului substantei medicamentoase din flacon si se deschide usor prestubul, lasand sa curga lichidul in dispozitivul de perfuzie, fara ca picuratorul sa se umple cu lichid.

Se coboara progresiv portacul, pana cand tubul se umple cu lichid, fiind eliminate complet bulele de aer.

Se ridica picuratorul in pozitie verticala si se inchide prestubul, aparatul ramanand atarnat pe stativ.

Pregatirea psihica si fizica a bolnavului.

I se aplica bolnavului necesitatea tehnicii.

Se aseaza bolnavul pe pat, in decubit dorsal, cat mai comod, cu antebratul in extensie si pronatie.

Se aseaza sub bratul ales o perna tare, acoperita cu musama si camp steril.

Efectuarea perfuziei

Spalarea pe maini cu apa si sapun. Se examineaza calitatea sistarea venelor.

Se aplica garoul de cauciuc la nivelul bratului.

Se dezinfecteaza plica cotului cu alcool.

Se cere bolnavului sa inchida pumnul si se efectueaza punctia venei alese.

Se verifica pozitia acului in vena, se indeparteaza garoul si se adapteaza amboul aparatului de perfuzie la ac.

Se deschide prestubul, pentru a permite scurgerea lichidului in vena si se regleaza viteza de scurgere a lichidului de perfuzat, cu ajutorul prestubului, in functie de necesitate.

Se fixeaza cu leucoplast amboul acului si portiunea tubului invecinat acestuia, de piele bolnavului

Se supravegheaza permanent starea bolnavului si functionarea aparatului.

Daca este necesar se pregateste cel de-al II-lea flacon cu substanta medicamentoasa, incalzindu-l la temperatura corpului.

Inainte ca flaconul sa se goleasca complet, se inchide prestubul pentru a impiedica patrunderea aerului in perfuzor si se racordeaza aparatul de perfuzie la noul flacon.

Se deschide prestubul, pentru a permite lichidului sa curga; operatia de schimbare trebuie sa se petreaca cat mai repede, pentru a nu se coagula sangele refulat din ac si se regleaza din nou viteza de perfuzat a lichidului de perfuzat.

Inainte de golirea flaconului se inchide prestubul, se exercita o presiune asupra venei punctionate cu un tampon imbibat in solutie dezinfectanta si printr-o miscare brusca, in directia axului vasului, se extrage axul din vena.

Se dezinfecteaza locul punctiei cu tinctura de iod, se aplica un pansament steril si se fixeaza cu romplast.

Ingrijirea bolnavului dupa tehnica

Se aseaza bolnavul confortabil in patul sau.

Se administreaza bolnavului lichide caldute (daca este permis).

Se supravegheaza bolnavul.

Reorganizarea locului de munca

Se spala imediat la jet de apa rece seringa, acele, aparatul de perfuzat se arunca, se pregatesc pentru sterilizare.

Se noteaza in foaia de temperatura data, cantitatea de lichid perfuzat, cine a efectuat perfuzia.

Accidente si incidente

- Hiperhidratarea prin perfuzie in exces, la cardiaci, poate determina edem pulmonar acut: tuse, expectoratie, polipnee, cresterea T.A. se reduce ritmul perfuziei sau chiar se intrerupe complet, se injecteaza cardiotonice.

- Embolie pulmonara prin patrunderea aerului in curentul circulator. Se previne prin: eliminarea aerului din tub inainte de instalarea perfuziei, intreruperea ei inainte de golirea completa a flaconului si prin

neutilizarea perfuziilor cu presiune și reținerea 2 - 3 cm de soluție pentru control, în cazul în care s-ar produce un accident (intoleranță).

Nerespectarea regulilor de aseptie poate determina infectarea și apariția de frisoane.

RECOLTAREA URINEI PENTRU EXAMENE BACTERIOLOGICE (UROCULTURA)

Urocultura - cercetează prezența bacteriilor în urină: de aceea se impune ca recoltarea urinei să se realizeze în condiții de aseptie, într-o eprubetă sterilă cu dop de vată.

Scop: - explorare, pentru depistarea bacilului Koch, tific, colibacil, etc.

Recoltarea urinei pentru urocultura se poate executa: direct din mijlocul jetului urinar, 10 - 20 ml. de urină, într-o eprubetă sterilă cu dop de vată sau prin sondaj vezical; după care se aruncă primele picături de urină, se introduc 10 - 20 ml urină în eprubetă sterilă prin sondă.

Gura eprubetei se flambează înainte și după introducerea urinei și se astupă cu dopul de vată.

Insamantarea urinei se face imediat după recoltare.

- Nu se administrează antibiotice 10 zile înainte de recoltare;
- Bolnava nu va consuma lichide cu 12 ore înainte de recoltare;
- Bolnava nu va urina 6 ore înainte de recoltare;
- Recoltarea se efectuează de preferință dimineața, la sculare.

INJECTIA INTRAMUSCULARA

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 superoexternă fesieră, deasupra marelui trochanter; fata externă a coapsei, în treimea mijlocie; fata externă a brațului în mușchiul deltoid.

Materiale necesare

Tava medicală cu: musama și aleza, tavita renală, casoleta cu tampoane sterile de vată sau comprese din tifon; lampa de spirit, seringi sterilizate și uscate de mărime corespunzătoare cantității substanței de administrat; medicamentul de injectat (soluții apoase, uleioase, pulberi uscate solubile în apă distilată sau ser fiziologic) în flacoane închise; alcool, eter, benzina iodată sau tinctura de iod, pile pentru deschiderea fiolelor; cel puțin trei ace de mărimi diferite, înarmate cu mandrin; pensă anatomică sau pensă Pean; medicamente pentru eventualele accidente: adrenalina, efedrina, cardiotonice, calciu, Romergan, etc.

Tehnica executării injectiei intramusculare

- Se pregătesc materialele și instrumentele necesare și se transportă lângă bolnav (cu tavă sau masută).

Pregătirea psihică și fizică a bolnavului; stabilirea locului injectiei

- Se anunță bolnavul și i se explică necesitatea tehnicii;
- Se așază bolnavul în decubit ventral, lateral, poziție sezând sau în picioare
- Se descoperă locul de elecție;

Pentru injecție în regiunea fesieră, se reperează următoarele puncte:

- punctul Smarnov, la un lat de deget deasupra marelui trochanter și înapoia lui.
- punctul Bertlhemey, la unirea treimii externe cu cele două treimi interne ale liniei care unește splina iliacă antero-posterioară cu extremitatea superioară a santului interfesier.

- zona situata deasupra liniei care uneste splina iliaca posteriora cu marele trochanter. Pentru pozitia sezand, injectia se efectueaza in toata regiunea fesiera, deasupra punctului de sprijin.

Efectuarea injectiei

- spalare pe maini cu apa curenta si sapun;
- Dezinfectarea mainilor cu alcool;
- Se monteaza seringa in conditii de asepsie perfecta.
- Se verifica fiola, se incarca seringa cu substanta de injectat, se elimina bulele de aer
- Se schimba acul, indepartandu-l pe cel cu care a fost aspirata substanta si se adapteaza un ac potrivit pentru injectie
- Se degreseaza locul injectiei cu un tampon de vata cu eter si se dezinfecteaza cu alt tampon cu alcool
- Se invita bolnavul sa-si relaxeze musculatura si sa stea linistit.
- Se intinde pielea intre policele si indexul sau mediul mainii stangi.
- Se inteapa perpendicular pielea, patrundand (4 - 7 cm) cu rapiditate si siguranta cu acul montata la seringa.
- Se verifica pozitia acului prin aspirare.
- Se injecteaza lent lichidul.
- Dupa injectare se scoate acul cu seringa, acoperind locul cu un tampon cu alcool.
- Se maseaza locul cu tamponul cu alcool, pentru a disocia planurile tesuturilor strapunse, activand circulatia pentru a favoriza absorbtia.
- Se aseaza bolnavul in pozitie comoda unde va sta in repaus fizic timp de 5 - 10 minute.
- Spalarea pe maini cu apa curenta si sapun.

Reorganizarea locului de munca

- se arunca la cos desurile de injectie (fiole golite, tampoane de vata).
- se spala imediat seringa, acele folosite, cu apa si detergenti;
- se dezinfecteaza dupa o clatire abundenta si se pregateste pentru sterilizare

Accidente si incidente

- durere vie prin atingerea nervului sciatic sau a unei ramuri a acestuia. Se impune retragerea acului si efectuarea injectiei in alta regiune.
- paralizie prin lezarea nervului sciatic
- hematom prin inteparea unui vas.
- supuratie asptica datorata unor substante care nu sunt resorbite.
- ruperea acului - se extrage pe cale chirurgicala;
- embolie prin introducerea accidentala intr-un vas de sange a unei substante uleioase sau in suspensie.
- Observatii
- pozitia acului pentru solutiile injectabile colorate, se verifica detasand acul.

CAP. VII.

EDUCATIA PENTRU SANATATE, ALIMENTATIE, MEDICATIE SI CONTROLUL MEDICAL PERIODIC

Importanta muncii de educatie sanitara in cadru sectiei de obstretica - ginecologie se datoreste faptului ca femeia gravida, mai ales la prima sarcina este foarte receptiva fata de sfaturile medicului si ale moasei, din dorinta de a evita orice complicatie posibila si de a avea o sarcina normala si un copil sanatos la nastere.

Dintre sarcinile mai importante enumeram:

1. - Evolutia normala a sarcinii, a nasterii si a perioadei de lauzie.
2. - Prevenirea si combaterea imbolnavirilor;
3. - diminuarea numarului de intreruperi a sarcinii;
4. - Informarea asupra mijloacelor si metodelor contraceptive.
5. - Cresterea si ingrijirea corecta a copilului.

Educatia sanitara de desfasoara la serviciile de consultatie, in maternitati, in casa de nasteri, pe teren si in cabinetele de „Planing Familiar”

Tematica educatiei sanitare se poate axa pe urmatoarele probleme:

- dezvoltarea intrauterina a fatului;
- cauzele, urmarile si prevenirea nasterilor premature;
- igiena individuala a gravidei;
- igiena odihnei si alimentatiei gravidei;

- urmarile avortului;
- mijloace si metode contraceptive
- regimul de viata al gravidei in timpul sarcinii si mai ales in timpul concediului prenatal;
- profilaxia bolilor ginecologice;
- importanta controlului ginecologic periodic;
- importanta controlului urinei;
- igiena vietii sexuale;

O problema importanta este profilaxia bolilor venerice la gravide:

- importanta controlului serologic;
- importanta tratamentului regulat antiluetic in timpul graviditatii;

Depistarea si indepartarea din timp (inainte sau in timpul sarcinii), a factorilor identificati sau banuiti ca generatori de avort, facandu-se un serios si amanuntit examen anamnestic (subiectiv) si obiectiv (general de specialitate).

Se recomanda si examenul sotului sub raport genetic si aport conceptual, aceste masuri profilactice nu trebuie sa vizeze numai varsta adulta a femeii in timpul sau in afara sarcinii, ci prenuptial si preconceptional.

Trebuie scuturati factorii nocivi din campul muncii, din familie, din alimentatie si din modul de viata care pot provoca avort.

Un sfat profilactic se poate formula (in lumina cunostintelor actuale asupra ciclului bolii), gravidele sa nu aiba pisici, sa nu le dea dea personal mancare, sa nu le mangaie si mai ales sa se ferasca de a atinge dejectiunile lor.

CAP. VIII.

BIBLIOGRAFIE

1. Anatomia patologica - Ion Moraru Vol. VIII.
2. Practica urgentelor obstetricale - Dr. E. Menyasz
3. Manual pentru cadre medii sanitare - Prof. Cononstantin Paunescu.
4. Obstetrica - D. Caprioara
5. Tehnica ingrijirii bolnavului - C. Mozes.
6. Ghid de nursing - Lucretia Titirca.
7. Curs de obstetrica - Prof. Dr. Corneliu Gavrilescu.
8. Principii fundamentale ale ingrijirii bolnavului - Virginia Henderson.

CUPRINS

CAP. I. - Notiuni de anatomie si fiziologie a aparatului genital feminin.

CAP. II. - Avortul spontan. Notiuni despre boala. Etiologie.
Simptomatologie.

CAP. III. - Prezentarea cazurilor (A, B, C)

CAP. IV. - Evaluarea cazurilor de boala dupa metodele conceptuale ale Virginiei Henderson

CAP. V. - Planuri de ingrijire ale cazurilor A, B, C.

CAP. VI. - Tehnici de nursing legate de planurile de ingrijire.

CAP. VII. - Educatie pentru sanatate.

CAP. VIII. - Bibliografie