

**MINISTERUL EDUCAȚIEI NAȚIONALE**

**ȘCOALA POSTLICEALĂ SANITARĂ  
HIPPOCRATE CONSTANȚA**

# **LUCRARE DE DIPLOMĂ**

**ÎNGRIJIRILE ACORDATE PACIENTELOR**

**CU DIAGNOSTICUL:  
SARCINĂ ECTOPICĂ**

**Profil: ASISTENT MEDICAL GENERALIST**

**COORDONATOR**

**ASISTENT PRINCIPAL:**

**ABSOLVENT:**

**PROMOȚIA 2002**

## **MOTIVAȚIA LUCRĂRII**

**Am ales să efectuez această lucrare deoarece am observat numărul mare de sarcini extrauterine la femei de vârstă fertilă.**

**Am fost impresionată de dorința lor de a avea un copil.**

**Am ajutat și eu, prin mica mea contribuție la îngrijire, tratament și educație sanitară.**

**Prin studierea acestor cazuri am ajuns la o înțelegere și cunoaștere a ființei umane și a modului în care se pot iniția și întreține relații interpersonale cooperante bazate pe respect între membrii echipei de îngrijire și cel îngrijit.**

## **I. ORGANELE GENITALE FEMININE**

Organele genitale ale femeii îndeplinesc funcțiunea de reproducere și sunt următoarele:

Ovarele sunt cele două glande sexuale care produc celulele sexuale feminine – ovulele. Acestea sunt conduse în tubele uterine, unde se produce fertilizarea. Tubele sunt două conducte prin care oul fertilizat este condus în uter, organul principal al gestației. În uter se dezvoltă oul fecundat până la naștere. După uter umează vagina, organul prin care fătul este expulzat la naștere, dar care totodată este și organul copulației. La intrarea vaginei se găsesc o serie de formațiuni, care împreună formează vulva.

Tubele uterine, uterul și vagina constituie căile genitale. Acestea împreună cu ovarele alcătuiesc organele genitale interne. Formațiunile vulvei se mai numesc și organe genitale externe.

Ovarele sunt glandele sexuale ale femeii și determină caracterele sexuale primare. În ovare se produc ovulele. În afară de acest rol, ovarele mai îndeplinesc un important rol de glande endocrine, prin secreția hormonilor sexuali. Ovarele împreună cu tubele și ligamentele largi sunt numite de clinicieni anexele uterului.

**Forma.** Ovarul a fost comparat cu o migdală verde; el are forma unui ovoid puțin turtit. Este dispus cu axul mare vertical și i se descriu: două fețe (medială și laterală), două margini (liberă și mezovariană), două extremități (tubarași uterină).

Culoarea, aspectul, consistența și dimensiunile ovarelor se modifică în raport cu vârsta și perioadele fiziologice ale femeii.

**Culoare.** Ovarul este albicios la nou născută, roz palid la fetiță, la femeia adultă are o culoare roșiatică ce se accentuează în timpul menstruației. După menopauză devine albicios cenușiu.

**Aspectul ovarului** este neted și regulat până la pubertate. De la această epocă capătă un aspect neregulat, suprafața sa fiind presărată cu numeroase depresiuni, cicatrici, unele lineare altele neregulate. Cicatricile rezultă din involuția corpiilor galbeni.

**Consistența ovarului** la femeia adultă este elastică, dar fermă astfel că el este palpabil la examenul ginecologic. După menopauză capătă o consistență dură, fibroasă.

**Numărul ovarelor.** În mod normal sunt două. Pot exista ovare supranumerate, după cum poate lipsi un ovar.

**Dimensiunile ovarului** cresc cu vârsta până la maturitate. La femeia adultă, are aproximativ următoarele dimensiuni: 4 cm lungime, 3 cm lățime, 1 cm grosime. După menopauză el se atrofiază progresiv.

**Greutatea ovarului** la femeia adultă este de aproximativ 6-8g.

În perioada preovulatorie, ovarul care va elimina ovulul își mărește volumul, devenind de două sau chiar de trei ori mai mare ca înainte.

**Situație.** Ovarul se găsește în cavumul retrouterin, adică în compartimentul cavității pelviene aflat înapoia ligamentelor largi. El este alipit de peretele lateral al axcavației, sub bifurcația arterei iliace comune.

**Mijloacele de fixare.** Ovarul e suspendat de ligamentul larg. El e fixat – relativ – prin pediculul sau vasculo-nervos și prin patru ligamente: 1.ligamentul suspensor; 2.ligamentul propriu al ovarului; 3.ligamentul tuboovarian și 4.mezovarianul.

**1.Ligamentul suspensor.** Este o formațiune fibro-musculară, alături de care coboară și pediculul vasculo-nervos superior al ovarului. Ligamentul pleacă din fosa iliacă, coboară prin vasele iliace externe și strâmtoarea exterioară a pelvisului, pătrunde în unghiul supero-lateral al ligamentului larg și se fixează pe extremitatea tubară a ovarului și pe mezovarium.

**2.Ligamentul propriu** al ovarului numit și ligamentul utero-ovarian – este un cordon fibro-muscular situat în aripioara posterioară a ligamentului larg. Se întinde între extremitatea uterină a ovarului și unghiul uterului.

**3.Ligamentul tuboovarian** leagă extremitatea tubară a ovarului de infundibilul tubei și asigură contactul dintre aceste două organe. Este format tot din fibre conjunctive și musculare netede.

**4.Mezovarul** este o plică a foiței posterioare a ligamentului larg, prin care ovarul este suspendat de acesta. Este o formațiune scurtă, prin care vasele și nervii abordează ovarul.

## **RAPORTURI**

**1. Fața laterală** privește spre peretele excavației pelviene și răspunde fosei ovariene.

**2. Fața medială** e acoperită de tuba uterină și mezosalpinge. Această față vine în raport cu ansele ileonului, apoi cu colonul sigmoidian în stânga, cu cecul și apendicele vermiform în dreapta.

**3. Marginea mezovariană** este legată prin mezovar de foița posterioară a ligamentului larg. Pe aici elementele vasculo-nervoase abordează ovarul – pe această margine se găsește deci hilul ovarului.

**4. Marginea liberă** sau posterioară vine în raport cu ansele intestinului subțire.

**5. Extremitatea tubară** sau superioară e rotunjită și dă inserție ligamentelor suspensor al ovarului și tuboovarian.

**6. Extremitatea uterină** sau inferioară e mai ascuțită; pe ea se prinde ligamentul propriu al ovarului.

## STRUCTURA OVARULUI

Ovarele sunt organele principale ale aparatului genital al femeii.

Pe secțiune ovarul apare constituit în felul următor: la suprafață este acoperit de un epiteliu, sub care se găsește un înveliș conjunctiv. Sub aceste învelișuri se găsesc cele două zone caracteristice ale ovarului: una centrală, medulară și alta periferică, corticală.

**1.Epiteliul** este simplu, cubic sau turtit și se oprește brusc la nivelul hilului; de aici se continuă cu mezoteliul mezovarului. Linia de separație dintre epiteliu și mezoteliu e foarte netă (linia lui Farre). Dedesuptul epiteliului se găsește o pătură subțire, albicioasă, rezistentă, formată din fire conjunctive – albuginea ovarului, care se continuă fără delimitare netă cu stroma corticalei.

**2.Sustanța medulară** are o culoare roșiatică și e caracterizată printr-o structură intens vascularizată.

Este formată din țesut conjunctiv lax și fibre musculare netede provenite din parametru.

Între aceste elemente se găsesc numeroase vase sanguine și limfatice. Se mai află și fibre nervoase, precum și mici grupuri de celule nervoase simpatice

dispuse în regiunea hilului. În vecinătatea mezovarului se găsește o rudimentară rețea ovariană.

**3.Substanța corticală** are o culoare galbenă-cenușie și conține foliculii ovarieni în diferite faze de evoluție sau involuție.

Cea mai mare parte a corticalei este formată dintr-un țesut conjunctiv, extrem de bogat în celule, unele cu caractere embrionare și care are semnificația de stromă.

Stroma corticalei conține foliculii ovarieni în diferite faze de evoluție. Forma inițială o constituie foliculii primordiali, care au aspectul unor corpusculi sferoidali plini. Urmează o lungă gamă de forme evolutive: foliculii primari, asemănători însă ceva mai tari decât cei primordiali; foliculii secundari plini și care devin apoi cavitari și foliculii terțiari maturi de Graaf.

Dezvoltarea și măturarea foliculilor ovarieni cuprinde o serie de transformări succesive pe care le suferă ovogoniile (celulele sexuale) și celulele foliculare (celule stelate), până la eliminarea unui ovul prin fenomenul ovulației.

După ovulație, evoluția foliculului ovarian este încheiată. În cavitatea foliculară se va organiza o nouă structură numită corpul galben.

Atât foliculul ovarian cavitari cât și corpul galben au și o importantă funcție endocrină. În timp ce foliculul ovarian cavitari are o dublă funcție: la nivelul său se desfășoară procesele ovogenezei, dar unele structuri ale sale elaborează și hormoniisexuali feminini sau estrogenii, corpul galben are numai funcție endocrină: el produce progesteronul.

Dezvoltarea și măturarea foliculilor ovarieni sunt procese ritmice, periodice, care în mod normal se desfășoară într-un interval de 28 de zile și constituie în totalitatea lor ciclul ovarian.

Raportate la un ciclu menstrual, succesiunea este următoarea: dezvoltarea și măturarea foliculului ovarian se petrece între zilele 1-a și a 13-a; ovulația se produce în ziua a 14-a; constituirea și evoluția corpului galben au loc între zilele 15-25; iar între zilele 26-28 se produce degenerarea corpului galben, care va fi înlocuit cu un țesut cicatricial – corpul albicans.

Fenomenele care caracterizează ciclul ovarian se găsesc sub control hipotalamo-hipofizar. La nivelul hipotalamusului sunt elaborați factorii eliberatori. Aceștia sunt transportați la hipofiza anterioară și aici reglează producerea hormonilor gonadotropi. Nucleii neutro-secretori ai hipotalamusului sunt influențați de concentrația sanguină a hormonilor ovarieni, dar se găsesc și sub influența nervoasă centrală.

Foliculului matur, terțiar, sau foliculul ovarian veziculos constituie stadiul de dezvoltare completă a foliculului secundar cavitar. Peretele foliculului veziculos este format din 4 straturi concentrice care de la interior spre exterior sunt: 1)membrana granuloasă, formată din celule foliculare dispuse pe 2-3 rânduri; 2)membrana bazală foliculară; 3)tunica internă și 4)tunica externă. Foliculul cuprinde în interiorul său lichid folicular. Celulele foliculare din imediata apropiere a ovocitului devin prismatice, înalte, se dispun radiar și constituie coroana radiată.

**Funcția** endocrină a ovarului se instalează la pubertate și durează până la climacteriu. Această funcție se desfășoară sub dependența hormonilor gonadotropi antehipofizari (FSH, LH, sau ICSH și LTH), controlați prin factorii eliberatori hipotalamici. Hormonii secretați de ovar sunt estrogenii și progesteronul.

Estrogenii sunt elaborați de tunica internă a tecii foliculilor.



Progesteronul este secretat de corpul galben. Progesteronul are următoarele acțiuni: 1) reglează ciclul menstrual; 2) pregătește mucoasa uterină pentru nidarea oului și are rol important în menținerea sarcinii; 3) determină modificări ciclice ale epiteliului vaginal; 4) cantitățile mari de progesteron inhibă producerea LH-ului antehipofizar, împiedicând ovulația.

Ovarul mai secretă în mod continuu și cantități mici de hormoni androgeni, necesari pentru echilibrul hormonal.

## TUBELE UTERINE

Tubele sau trompele uterine sunt două conducte musculo-membranoase care se întind de la coarnele uterine până la ovare.

Tubele au un rol important în captarea ovulului, apoi în vehicularea acestuia și a spermilor. În treimea sa laterală se petrece fecundația. Ea oferă apoi condiții favorabile pentru efectuarea primelor diviziuni ale zigotului și migrarea acestuia spre cavitatea uterină.

**Forma – porțiunile tubei.** Tuba are o lungime de 10-12 cm; ea prezintă 4 segmente: 1. infundibilul; 2. porțiunea ampulară; 3. istmul și 4. porțiunea uterină.

*1. Infundibilul* compus dintr-un pachet de 10-15 ciucuri sau fimbrii care măsoară în medie 10-15 mm.

*2. Porțiunea ampulară* sau ampula tubei e segmentul cel mai lung al ei. Măsoară 7-9 cm și reprezintă aproape două treimi din lungimea totală a tubei.

*3. Istmul* pătrunde în cornul uterului, între ligamentul rotund și ligamentul propriu al ovarului. Măsoară 3-4 cm lungime și are 3-4 mm diametru.

4. *Porțiunea uterină* străbate peretele uterului. Este scurtă (1 cm) și îngustă (1 mm). O teacă de țesut conjunctiv o separă de peretele uterin.

Orificiile tubare sunt două: ostiul abdominal se găsește în centrul infundibilului; ostiul uterin are 1 mm diametru și se deschide în unghiul superior al cavității uterine.

În raport cu traiectul pe care-l urmează i se descriu tubei două segmente:

1) *Porțiunea transversală* se întinde de la uter până la extremitatea inferioară a ovarului. Ea este formată de către istmul tubei și e situată în marginea superioară a ligamentului larg.

2) *Porțiunea ansiformă* e formată de către ampula tubulară și înconjoară ovarul în felul următor: pornește de la extremitatea lui inferioară, urcă pe marginea mezovarică, îi ocolește extremitatea superioară și descinde pe marginea lui liberă.

**Situație. Mijloace de fixare.** Tubele uterine sunt în continuare cu uterul. Ele sunt situate în marginea superioară a ligamentelor largi în mezosalpinge. Situația lor depinde deci de cea a uterului și a ligamentelor largi. Tuba e mai fixă în porțiunea medială decât în porțiunea laterală.

**Conformație interioară.** La interior, tuba e străbătută de un canal îngust de 1-2 mm în porțiunea uterină; el se lărgeste până la 5 mm la nivelul ampulei.

## STRUCTURA

Peretele tubei este format din trei tunici: seroasă, musculară și mucoasă.

a) **Tunica seroasă** – provine din ligamentul larg. Învelește suprafața exterioară a tubei inclusiv a infundibilului.

Sub peritoneu se găsește pătura subseroasă, un strat subțire de țesut conjunctiv lax în care călătoresc principalele ramificații vasculare și nervoase.

**b) Tunica musculară** este formată dintr-un sistem spiralat de fibre musculare netede. Pe secțiune transversală se deosebesc trei pături musculare: exterioară, longitudinală; mijlocie, circulară; interioară, longitudinală. În realitate cele trei pături se continuă între ele realizând un sistem unitar.

**c) Tunica mucoasă** e formată din lamina proprie (corion) și dintr-un epiteliu unistratificat cilindric. Acest epiteliu e constituit din celule ciliate și celule secretorii. Celulele secretorii elaborează un produs de aspect mucos, care împreună cu lichidul absorbit din cavitatea peritoneală, formează secreția sau lichidul tubar care servește la nutriția zigotului și a blastocistului.

## **VASCULARIZAȚIA ȘI INERVAȚIA OVARULUI ȘI A TUBEI UTERINE**

**Artere.** Artera primară a ovarului este artera ovariană, iar a tubei artera uterină.

1) *Artera ovariană* ia naștere din aorta abdominală, coboară în bazin în ligamentul suspensor al ovarului și pătrunde în ligamentul larg. Aici se împarte în două ramuri: tubară și ovariană.

2) *Artera uterină* este o ramură a arterei iliace interne. La nivelul unghiului uterului se divide și ea în două ramuri terminale: tubară și ovariană.

Ramurile omonime se anastomozează în plin canal și formează două arcade: arcada paraovariană situată în mezovar și arcada subtubară în mezosalpinge.

Din arcada paraovariană se desprind 10-12 artere spiralate.

Din arcada subtubară pleacă ramuri paralele, perpendiculare la tubă, având un caracter terminal.

Dispozitivul arterial al tubei este deosebit de bogat la nivelul porțiunii istmice.

Venele urmează în general poziția arterelor. Venele ovarului plecate din rețele capilare, formează o rețea în porțiunea medulară: de aici prin vene flexuoase cu aspect varicos, ajung în hilul organului. După ce primesc o serie de vene provenite de la uter, venele ovarului primesc rețeaua venoasă subtubară, apoi urcă alături de artera ovariană spre abdomen. În fosa iliacă se unesc într-un trunchi unic, vena ovariană care se varsă în stânga în vena renală, iar în dreapta direct în vena cavă inferioară.

Venele tubei merg paralel cu arterele formând o rețea subtubară. Medial această rețea comunică cu venele uterului, iar lateral se unește cu venele ovarului.

De la nivelul tubei, limfaticile coboară în mezosapinge și apoi, la marginea anterioară a ovarului, se întâlnesc cu vasele limfatice ale acestuia și cu cele ale corpului uterin.

Nervii sunt de natură organo-vegetativă, pentru ovar, provin în cea mai mare parte din plexul ovarian și în cea mai mică măsură din plexul uterin. La nivelul ovarului firișoarele terminale sunt: vasomotorii, pentru vasele sanguine; motorii, pentru fasciculele musculare; senzitive, pentru foliculi.

În medulara ovarului s-au descris celule nervoase care alcătuiesc un ganglion difuz simpatic.

Nervii tubei provin din plexul ovarian și din plexul uterin; ei urmează traiectul vaselor.

## UTERUL

Uterul este un organ musculos, cavitat, în care se dezvoltă oul; la sfârșitul sarcinii el expulzează fătul și anexele lui. Este un organ median nepereche.

### CONFORMAȚIA EXTERIOARĂ

**Forma.** Uterul are forma unui trunchi de con turtit în sens antero-posterior, având baza orientată în sus și vârful trunchiat în jos. În partea sa mijlocie, uterul prezintă o îngustare aproape circulară numită istm, care-l împarte în două porțiuni: una superioară, mai voluminoasă, numită corp, și alta inferioară numită col.

a)Istmul uterului este reprezentat printr-un șanț semicircular, vizibil numai pe fața anterioară și pe fețele laterale.

b)Corpul uterului are un aspect conoid, turtit antero-posterior, căruia îi descriem: două fețe; două margini; fundul; și două unghiuri tubare.

Fața vezicală sau fața anterioară este plană sau ușor bombată. Fața intestinală sau fața posterioară este mult mai bombată decât cea vezicală; pe ea se găsește uneori o creastă verticală. Marginile, dreapta și stânga sunt ușor concave la nupilare și convexe la multipare. Fundul este rectiliniu la fetițe și la adolescente; convex bombat în sus la femeia adultă. Unghiurile sau coarneau uterine se continuă cu tubele.

Colul uterin are formă cilindrică, ușor bombat la mijloc. Extremitatea superioară a vaginei se inseră pe col.insrția vaginei pe colul uterin, îl împarte pe acesta în două părți: porțiunea supravaginală este aproape cilindrică; porțiunea vaginală are formă tronconică. La virgine și la nulipare colul uterin

este mai subțire, are suprafața netedă și regulată, iar la palpate prezintă o consistență fermă dar elastică. La multipare colul devine tot mai voluminos, cilindric, iar suprafața e neregulată.

Ostiul uterin numit orificiul extern al colului are forme diferite la vagine, nulipare sau multipare. La virgine are un aspect rotunjit, punctiform de forma unei depresiuni transversale, lată de 4-6 mm. La multipare ostiul uterin apare ca o despicătură transversală lată de 10-15 mm, care împarte colul în două buze, una anterioară și alta posterioară, unite prin două comisuri laterale.

**Dimensiunile uterului** la femeia adultă, nulipară sunt următoarele: lungimea de 6 cm; lățimea la nivelul fundului, de 4 cm; grosimea de 2 cm.

La multipare aceste dimensiuni cresc cu aproximativ 1 cm: lungimea de 7 cm; lățimea de 5 cm; grosimea de 3 cm.

**Consistența uterului** este fermă, dar elastică, ușor de perceput la examenul ginecologic.

**Greutatea uterului** este în medie de 50-70 gr, fiind mai ușor la nulipare (50-60 gr) decât la multipare (60-70 gr).

**Număr.** În mod obișnuit uterul este un organ nepereche, unic și median.

## **SITUAȚIA ȘI DIRECȚIA UTERULUI**

Uterul se găsește situat în centrul cavității pelviene: înapoia vezicii urinare, înaintea rectului, deasupra vaginei; fundul său se află sub planul strâmtorii superioare a pelvisului, pe care nu o depășește decât în sarcină sau în unele procese tumorale.

Corpul uterin este acoperit de peritoneu, care de pe marginile lui laterale se continuă cu ligamente largi.

Raportul dintre corpul și colul uterului. Ele formează un unghi cu vârful la nivelul istmului numit unghiul de flexiune. În cazurile normale unghiul este deschis înainte spre simfiza pubiană și măsoară aproximativ  $140^{\circ}$ - $170^{\circ}$ ; se spune că uterul se află în anteflexiune.

Raportul dintre colul uterin și vagina. Axele lor longitudinale formează între ele unghiul de versiune și măsoară aproximativ  $90^{\circ}$ - $110^{\circ}$  – anteversiune.

Raportul dintre uter și excavația pelviană. Este curb, cu concavitatea orientată anterior.

Variații fiziologice. Uterul e un organ mobil. Corpul se poate mișca în raport cu colul la nivelul istmului, ca într-o articulație.

Variațiile patologice sunt acelea în care modificările direcției sau poziției uterului sunt definitive.

## **STATICA ȘI MIJLOACELE DE FIXARE A UTERULUI**

Uterul are o mobilitate destul de mare, el revine mereu la situația lui obișnuită, normală, deândată ce factorii care au intervenit în deplasarea lui și-au încetat acțiunea.

Acest echilibru dinamic al uterului este asigurat printr-o serie de mijloace: mijloace de suspensie – îl suspendă pe pereții excavației pelviene – și mijloace de susținere – îl sprijinesc de jos în sus.

Mijloacele de suspensie sunt: peritoneul cu ligamentele largi și ligamentele rotunde.

**1) Peritoneul** acoperă cea mai mare parte a uterului. Plecat de pe fața posterioară a vezicii, se reflectă la nivelul istmului, pe fața interioară a corpului uterin, formând excavația vezicouterină. În continuare, învelește fundul

uterului, fața intestinală a corpului, fața posterioară a porțiunii supravaginale a colului și coboară pe peretele posterior al vaginei. La acest nivel se reflectă din nou și trece pe fața anterioară a ampulei rectale, formând o adâncă depresiune, numită excavația rectouterină sau fundul de sac Douglas, punctul cel mai decliv al cavității peritoneale.

**1) Ligamentele largi** sunt două cute peritoneale de formă patrulateră, întinse între marginile uterului și pereții laterali ai excavației pelviene.

Fiecare ligament larg este format din două foițe peritoneale, una anterioară, alta posterioară, care continuă fiecare peritoneul feței corespunzătoare uterului. Amândouă ligamentele împreună cu uterul formează o despărțitoare transversală, care împarte cavitatea pelviană într-un cavum preuterin anterior, și altul retrouterin posterior.

Ligamentului larg i se descriu două porțiuni: o porțiune superioară, subțire și o porțiune inferioară, mai groasă. Ligamentul larg prezintă o formă patrulateră, cu două fețe și patru margini.

Fața anterioară vine în raport cu vezica și ansele intestinale.

Fața posterioară este mai întinsă decât cea anterioară. Ea participă la formarea peretelui anterior al cavumului retrouterin.

Marginea medială răspunde inserției ligamentului larg pe marginea corpului uterin.

Marginea laterală are două porțiuni: o porțiune superioară liberă și porțiunea inferioară care răspunde mezometrului, ultima se inseră pe peretele lateral al excavației pelviene.

Marginea superioară, în care se găsește tuba uterină, este liberă.

Marginea inferioară sau baza ligamentului larg este groasă și repauzează pe planșeul pelvian.



**3) Ligamentul rotund** este un cordon conjunctivo-muscular pereche, care pleacă de la unghiul tubar al uterului, străbate ligamentul larg, încrucișează vasele iliace externe și pătrunde în canalul inghinal, iese din el prin orificiul subcutat și se termină în țesutul grasos al muntelui pubelui și al labiilor mari.

Lungimea lui este de aproximativ 12-15 cm, iar grosimea de 4-7 mm. Ligamentele rotunde sunt folosite foarte adesea de chirurghi pentru redresarea uterului din unele poziții vicioase.

Structura. Ligamentul rotund este format dintr-un ax conjunctivo-elastic, care e înconjurat de numeroase fibre musculare – netede și striate. Cele netede provin din miometru, iar cele striate din mușchii oblicul intern și transvers.

*MIJLOACELE DE SUSȚINERE* ale uterului sunt reprezentate prin aderențele la organele învecinate, prin lamele sacrorectogenitopubiene și conexiunile cu perineul.

**1) Aderențele la vezică și la rect.** Porțiunea supravagină a colului și istmului uterin aderă la vezica urinară printr-o pătura de țesut conjunctiv pulvisubperitoneal, situat sub fundul de sac vezicouterin. Aderența la rect nu se face direct ci prin mijlocirea lamelor sacrorectogenitopubiene.

**2) Aderențele la lamele sacrorectogenitopubiene.** Aceste lame sunt condensări ale țesutului conjunctiv pelvisubperitoneal, organizate pe traiectul vaselor hipogastrice. Au o direcție sagitală, întinse de la sacru până la oase pubiene. Partea posterioară a lamelor leagă porțiunea crvico-istmică de rect și mai ales de fața anterioară a sacrului, formând ligamente uterosacrate. În constituția acestor ligamente intră și fibre musculare netede care constituie mușchiul rectouterin.

Partea anterioară a lamelor sacrorectogenitopubiene leagă porțiunea cervicoistică de baza vezicii și de oasele pubiene – formează ligamente pubouterine.

**3) Perineul** constituie cel mai important și mai valoros mijloc de susținere al uterului, cu toate că nici mușchii, nici fașciile lui nu vin în contact direct cu uterul. Transmiterea forțelor de presiune de la uter asupra perineului se face prin intermediul vaginei.

## **RAPORTURILE UTERULUI**

Fața vezicală (anterioară), acoperită de peritoneu vine în raport cu fața posterioară a vezicii urinare.

Fața intestinală este acoperită de peritoneu și vine în raport cu fața anterioară a ampulei rectale.

Marginile laterale – dreapta și stânga – dau inserție ligamentelor largi și vin în raport cu vasele uterine.

Fundul uterului, acoperit de peritoneu, vine în raport cu ansele intestinului subțire și cu colonul sigmoidian.

**Raporturile colului.** Inserția vaginei pe col îl împarte pe acesta într-o porțiune supravaginală și una intravaginală.

Porțiunea supravaginală se găsește cuprinsă în țesutul conjunctiv pelvisubperitoneal. Are următoarele raporturi:

Fața anterioară cu vezica;

Fața posterioară este acoperită de peritoneul excavației rectouterine, prin intermediul căruia vine în raport cu ampula rectală.

Marginile laterale au raporturi extrem de importante cu ureterul și artera uterină.

Porțiunea intravaginală proemina în interiorul vaginei. Prin inserția acesteia pe col se formează bolta circulară, fornixul vaginei sau domul vaginal.

## CONFORMAȚIA INTERIOARĂ

În interiorul uterului se găsește o cavitate turtită în sens antero-posterior, care ocupă atât corpul cât și colul uterin.

Cavitatea uterului este divizată printr-o strabgulare situată la nivelul istmului în două compartimente: cavitatea corpului și canalul cervical.

**1)Cavitatea uterină** pe secțiune frontală prin uter are forma triunghiulară, cu baza spre fundul organului și vârful spre canalul cervical.

Cavitatea uterină este cuprinsă între doi pereți – anterior și posterior – plani, netezi, aplicați unul pe celălalt. Fiecare perete prezintă un rafeu median.

Dintre cele trei margini, una e superioară și două laterale. Toate trei marginile sunt convexe spre interiorul cavității lanulipare și convexe spre exterior la multipare.

Cele trei unghiuri sunt marcate prin trei orificii. Orificiile superioare foarte înguste corespund deschiderii tubelor. Orificiul interior conduce în canalul cervical.

**2)Canalul cervical** sau canalul colului are aspect fuziform. Extremitățile sunt reprezentate prin cele două orificii ale acestui canal: orificiul intern conduce în cavitatea uterină; orificiul extern se deschide în vagină.

Canalul cervical e limitat de doi pereți – unul anterior și altul posterior.

Fiecare perete prezintă o plică mediană pe care se implantează de-o parte și de alta o serie de plice oblice.

Cele două reliefuri formate de plicile palmate nu se suprapun ci se juxtapun.

## **STRUCTURA UTERULUI**

Peretele uterului este format din trei tunici: seroasă, musculară și mucoasă.

**1) Tunica seroasă** sau perimetrul, este formată de foița peritoneală care îmbracă uterul. Învelitoarea peritoneală este dublată pe fața ei rotundă de o pătură subțire de țesut conjunctiv – stratul subseros. Este format din mănunchiuri de fibre musculare netede separate, dar în același timp solidarizate între ele prin țesut conjunctiv; conține și numeroase vase sanguine.

Arhitectura miometrului arată o dispoziție foarte complexă. Miometrul e format din trei straturi:

Stratul extern conține fibre longitudinale și circulare.

Stratul mijlociu este constituit din fibre anastomozate și se numește stratul plexiform.

Stratul intern este constituit din fibre longitudinale și circulare. Fibrele circulare formează sfincterul istmului.

**2) Tunica mucoasă** sau endometrul, aderă strâns la miometru, fără interpunerea unei submucoase.

Mucoasa cavității uterine este netedă, are o culoare roz-roșiatică, e foarte aderentă la miometru și friabilă. Epiteliul simplu, cubo-prismatic, presărat cu celule ciliate, este inzestrat cu numeroase glande uterine de tip tubular simplu.

Ele reprezintă simple invaginații ale epiteliului endometrial de acoperire și formare din același tip de celule cu acesta. Sub influența hormonilor ovarieni – foliculina, progesteron – mucoasa uterină se pregătește lunar în vederea nidării zigotului. În lipsa nidației, stratul superficial sau funcțional al endometrului împreună cu o cantitate de sânge, se elimină sub forma menstruației. Din stratul profund sau bazal, în care se găsesc fundurile glandelor uterine, se face regenerarea endometrului. După aceasta începe un nou ciclu.

Mucoasa istmului are aceleași caractere histologice cu cea a corpului.

Mucoasa canalului cervical este încrețită și rezistentă. Epiteliul este simplu, format din celule ramificate, cu numeroase celule mucipare. Mucoasa canalului cervical este slab dependentă hormonal.

Glandele colului secretă un mucus gros, ușor alcalin, care ocupă canalul cervical și proemina prin orificiul uterin sub forma unui “dop mucus” sau glera cervicală. El protejează cavitatea uterină împotriva infecțiilor ascendente din vagină și facilitează ascensiunea spermatozoizilor spre această cavitate.

Mucoasa porțiunii vaginale – este de tip pavimentos, stratificată, necheratinizată. Celulele straturilor superficiale sunt bogate în glicogen.

La nivelul ostiului uterin, mucoasa glandulară endocervicală este net, brusc separată de mucoasa pavimentoasă necheratinizată excolului. Zona de demarcație între cele două tipuri de epitelii are o lărgime de 1-10 mm și e numită joncțiunea cervico-vaginală.

## **VASCULARIZAȚIA ȘI INERVAȚIA UTERULUI**

**Arterele.** Irigația arterială a uterului este asigurată în primul rând de către artera uterină; în mică măsură participă și artera ovariană și artera ligamentului rotund.

Artera uterină e groasă. Ea naște din artera iliacă internă, de obicei printr-un trunchi comun cu ombilicala, la nivelul fosei ovariene.

**Venele** pleacă din toate tunicile uterului și se adună mai întâi în niște canale speciale, situate în stratul plexiform al miometrului.

Din plexurile uterine sângele este condus pe două căi: în jos spre venele uterine care se varsă în iliaca internă; în sus prin venele tubei și ale ovarului în vena ovariană, care se deschide în dreapta în cava inferioară, iar în stânga în renală.

Din plexurile uterine pleacă și venele ligamentului rotund, care se varsă în vena epigastrică inferioară.

**Limfaticele** provin din trei rețele: mucoasă, musculară și seroasă.

Limfaticele corpului se adună aproape toate înspre unghiurile uterului. Aici iau naștere câteva vase limfatice care se unesc cu cele ale ovarului și ale tabei.

Limfaticele colului sunt anastomozate cu cele ale porțiunii superioare a vaginei.

**Inervația uterului** este de natură organo-vegetativă, simpatică și parasimpatică.

Căile aferente sau senzitive ale uterului formează două căi:

1) Calea principală cuprinde fibre senzitive care pornesc la nivelul corpului uterin;

2) Calea accesorie folosește nervii splanhnici pelvieni și prin nervii sacrați ajunge în segmentele II-IV sacrate.

Căile aferente sau motoare. Originea fibrelor simpatice se găsește în cornul lateral al măduvei toracale, între segmentele VI-XII.

## **II. SARCINA EXTRAUTERINĂ (SARCINA ECTOPICĂ)**

### **DEFINIȚIE**

Sarcina extrauterină este constituită prin nidarea și dezvoltarea oului în afara cavității uterine.

Sarcina ectopică definește o noțiune mai largă, cu referire la nidația în afara endometrului, incluzând și localizările uterine la col sau în grosimea miometrului.

În limbajul curent însă, sarcina extrauterină, ectopică, heterotopică sau eccyesia capătă același înțeles. Mai mult decât atât, localizarea frecventă în trompă, suprapune de multe ori noțiunea de sarcină tubară celei extrauterine.

### **FRECVENȚA**

Incidența este variabilă în general, 0,5-1% din totalul nașterilor, observându-se o creștere în ultimii 20 ani. Publicații recente semnalează incidența sarcinii extrauterine raportată la numărul nașterilor 1/84 (Crark și Jones, 1975, SUA), 1/80 (Bronstein, 1977, Franța), 1/24 – 133 (Mat. Steaua și Polizu, 1970), 1/28 (Jamaica, 1977).

Teoretic nidația ectopică poate să aibă loc de la menarhă până la menopauză, cu frecvență maximă în domeniul al treilea de viață (40%, Durfee; 61,25% între 26-35, Maria Mihăilescu și colab.), apărând cu precădere la

femeile infertile, cu condiții economico-sociale precare, cu sarcina extrauterină în antecedente, procese inflamatorii anexiale, platiitubare sau purtătoare de sterilet.

Statistic se constată o frecvență mai mare a sarcinii ectopice la rasa neagră.

## **VARIAȚII ANATOMICE**

Clasic se descriu localizările extrauterine: abdominală, ovariană, tubară, intramurală și cervicală.

Localizarea tubară poate fi pavilionară, ampulară (cea mai frecventă) și interstițială.

Durfee (1977) împarte localizările ectopice în mai multe categorii:

1. Tubară: -istmică, ampulară, pavilionară, interstițială și bilaterală.
2. Uterină:
  - cornuală – în cornul uterului malformat,
  - angulară – nidația oului la joncțiunea dintre cavitatea uterină și traectul interstițial al trompei,
  - în diverticului uterin,
  - în saculație uterină,
  - în cornul rudimentar,
  - intramurală.
3. Cervicală.
4. Intraligamentară.
5. Ovariană:
  - intrafoliculară,



- extrafoluculară.
6. Abdominală:
- primară,
  - secundară,
  - abdomino-ovariană,
  - tubo-ovariană.
7. Sarcină extrauterină după histerectomie subtotală sau totală (foarte rară): tubară, în spațiul vezico-vaginal și pe colul restant.
8. Sarcina concomitentă intra și extra uterină.

## **FIZIOLOGIE**

În condiții normale ovulul omolateral este fecundat în treimea externă a trompei, sarcina fiind inițial extrauterină. Ca urmare a activității kinetice a trompei, oul format migrează spre cavitatea uterină unde ajunge în 5-6 zile.

După o perioadă de 2-3 zile de pauză, timp în care trece de la stadiul de 8 blastomere la cel de blastocist, are loc nidația ca urmare a acțiunii fagocitare și proteolitice a trofoblastului (Bronstein).

Pentru ca migrația oului să se desfășoare normal, trebuie îndeplinite câteva condiții fiziologice (P. Sârbu):

- oul să fie de dimensiuni normale,
- lumenul trompei să fie liber,
- mucoasa lumbară să fie sănătoasă și echipată cu cili vibrațiali,
- kinetica tubară să fie normală,
- echilibrul endocrin și neuropsihic de care depinde kinetica tubară să fie în limite fiziologice.

## ETIOPATOLOGIE

Modificarea fiziologiei tubare (mecanica, dinamica, biochimica) a fecundației sau procesului de dezvoltare a oului poate crea premisele unei nidații ectopice. Fecundația în afara trompei, precum și orice factor care împiedică procesul de migrare obligă oul să nideze acolo unde se găsește.

*Anomalii ovulare* (ou mare) ipoteza încă neconfirmată (Bronstein) ar explica totuși sarcina tubară unilaterală multiplă.

*Întârzierea nidării oului datorită unei cauze locale* (60 – 80%) constituie patogenia cea mai frecventă a sarcinii ectopice.

- *salpingita cronică*: datorită distrugerii parțiale sau totale a cililor vibratili ai epiteliului tubar fluxul seros peritoneal și peristaltismul tubar devin insuficiente pentru migrarea oului. Aproximativ 50% din sarcinile ectopice au această etiologie. Mai trebuie amintite: chiuretaje repetate (multiplică de 10 ori riscul sarcinii ectopice), steriletul (crește frecvența sarcinii ectopice), procesele aderențiale peritubare.
- *endometioza tubară* sau *endosalpingioza* (10-20%)
- *tuberculoza tubară* – în cazurile stabilizate, tratate, frecvența sarcinii ectopice este de 80% comparativ cu sarcina normală
- *malformațiile tubare* – stenoze, diverticuli tubari, hipoplazie sau orificii accesorii.
- *plastiile tubare* – trautismul operator asociat leziunilor inițiale
- *spasmul tubar* (Asherman, 1960)
- *tumorile uterine* (miomul) – prin compresiunea exercitată pe traiectul interstițial.

*Influența factorilor hormonal.* Este cunoscută acțiunea progesterolului de accelerare a migrării oului și cea de frânare a estrogenilor.

Iffy descrie ca mecanism etio-patogenic al nidării etopice (tubare) asocierea a trei factori:

- ovulație sau concepție tardivă (premenstruală).
- apariția menstruației normale.
- oprirea (sau rejețul) în trompă a oului încă liber în cavitatea uterină de către refluxul tubar al sângelui menstrual.

Dacă rolul ovulației întârzie și al perturbărilor estro – progestative pot fi acceptate, conceptul refluării oului din uter în trompă pare neverosimil în contextul datelor actuale de fiziologie (D. Alessandrescu).

## **FIZIOPATOLOGIA**

Nidarea oului se poate face în diferite porțiuni ale trompei: pavilionară, ampulară (70%), istmică și interstițială, pe sau între planurile mucoasei. Oul nu rămâne la suprafață, ci pătrunde prin epitelium grosimea peretelui tubar, iar trofoblastul invadează și erodează țesuturile subiacente, inclusiv peretele tubar.

Vasele materne se deschid, formând kacuri materne mai mult sau mai puțin dezvoltate. Sângele poate pătrunde în interiorul trofoblastului sau între acesta și țesutul adiacent. Când implantarea se face între pliurile mucoasei tubare, trofoblastul pătrunde mai repede și mai ușor în peretele muscular. Mucoasa tubară nu oferă o transformare deciduală normală, iar peretele tubar nu face față invaziei trofoblastului. Deseori are loc penetrarea directă a peretelui tubar (ruptura extracapsulară) sau decolarea oului de pe peretele

tubar, cu eliminarea acestuia prin ostiumul tubar (ruptură intracapsulară) ducând la ruptura intraperitoneală sau avort tubar.

Distensia și subțierea peretelui trompei predispune la ruptura acesteia.

Concomitent cu dezvoltarea oului se constată o creștere a calibrului vaselor, precum și hipertrofie a celulelor musculare, fără hiperplazie marcată. Cu excepția locului de implantare a placentei, peretele tubar este îngroșat, edematizat. Embrionul este adesea absent sau oprit în evoluție (Mac Donald).

Sângerarea se poate opri uneori temporar, dar rareori embrionul supraviețuiește. Sarcina poate evolua dacă o porțiune a placentei rămâne atașată sau se implantează secundar.

*Modificările uterine.* Nidarea ectopică determină modificări similare cu o sarcină incipientă. Volumul uterului crește, consistența scade, are loc înmuierea istmului și a colului. Caracteristica este însă discordanța dintre mărimea uterului și durata amenoreei. Endometrul se transformă decidual în absența elementelor trofoblastice. Arias – Stella (1954) descrie modificări caracteristice ale epiteliului și glandelor endometriale în sarcina ectopică datorate acțiunii gonadotrofinelor corionice.

Celulele epiteliale sunt mari cu nuclei hipertrofici, hipercromatici lobulați și de formă neregulată. Citoplasma crește cantitativ și poate să ia aspect vacuolar spumos iar uneori pot fi întâlnite și mitoze în locuri atipice.

Tubii glandulari apar dilatați cu dispariția lumenului datorită hipertrofiei celulare. Atipiile Arias – Stella sunt sugestive, nu însă și patognomice pentru sarcina ectopică, ele fiind întâlnite și în endometrioză, procese inflamatorii. Uneori endometrul poate fi eliminat sub forma mulajului caduca (endometru secretor) fără celule trofoblastice.

*Sângerarea uterină*, comună sarcinii ectopice se datorează involuției endometrului și clivajului deciduei.

*Durerea* întâlnită în sarcina tubară este de două feluri:

-durerea abdominală sau abdomino-pelviană datorită distensiei tubare sau efortului depus de musculatura trompei pentru eliminarea oului. Frecvent durerea are caracter de colică în punct fix (zonele anexiale, fosele iliace).

-durerea iridiată, frecvent înaltă, spre hipocondru sau umăr, datorită iritației nervului frenic provocată de sângele din cavitatea peritoneală. În hematocelul retrouterin, iradierea poate fi posterioară, către rect, însoțită de dureri la defecație sau tenesme rectale.

*Lipotimia* se datorează hipovolemiei secundară hemoragiei intraperitoneale.

*Balonarea abdominală* ca urmare a ileusului reflex, secundar iritația seroasei peritoneale dată de hemoperitoneu.

## **EVOLUȚIA SARCINII ECTOPICE**

### **Sarcina tubară**

Localizarea ampulară. Exceptând cazurile foarte rare când o sarcină ectopică situată ampular poate să ajungă până în trim.2 sau chiar până la termen, celelalte au o evoluție scurtă. Conflictul dintre creșterea oului și imposibilitatea trompei de al găzdui apare inițial sub forma de hemoragii intratubare (hematosalpinx), în care tabloul clinic este dominat de dureri. Din acest moment evoluția poate duce spre avort tubar (rupțura intracapsulară), cu eliminarea oului în cavitatea peritoneală și formarea hemetocelului peritubar

sau al fundului de sac Douglas sau prin erodarea peretelui la ruptura intraperitoneală (ruptura extracapsulară) urmată de inundație peritoneală cu tabloul clinic al abdomenului acut chirurgical de cauză hemoragică. Dacă oul moare nemaifiind agresiv este tolerat fiind posibile vindecări spontane prin liza în timp al oului și repermeabilizarea în timp a trompei.

Ruptura survine de regulă în localizările ampulare între săptămânile 8 și 12 iar cazurile în care continuă să se dezvolte sarcina ajunge rareori la termen și la viabilitatea produsului de concepție.

*Localizarea istmică* datorită inextensibilității analitice a trompei în această regiune evoluează frecvent spre ruptura extracapsulară cu intersectarea vaselor din arcada tubară și instalarea tabloului clinic dramatic al inundației peritoneale. Ruptura survine de obicei între săptămânile 8 și 12.

*Localizarea pavilionară* predispune mai rar la ruptura tubară. Frecvent survine avortul tubar. În unele cazuri implantarea secundară a placentei în cavitatea tubară sau ovar duce la apariția varietăților de sarcină ectopice tubo-ovariană sau tubo-abdominală.

*Localizarea interstițială.* Datorită faptului că în această situație sarcina este înconjurată de țesut miometrial evoluția este mai lungă decât în celelalte localizări ruptura survenind de regulă în lunile 3-4. Aceasta se poate propaga spre cavitatea peritoneală, uterină mai rar în ligamentul larg, urmată de dilacerări ale miometrului. Rareori sarcina poate fi avortată în cavitatea uterină. Datorită vascularizației bogate din artera uterină și ovariană, rupturile din această zonă au caracter local (Mac Donald).

### **Sarcina cervicală**

Dispoziția anatomică a colului uterin nu permite evoluția sarcinii decât în cazuri excepționale în trim.I, II sau III. De regulă accidentul hemoragic apare 8 – 10 săptămâni ca urmare a rupturii în canalul cervical în interiorul vaginului sau în baza ligamentului larg cu apariția hemetomului retriperitoneal. Uneori vilozitățile coriale pot să pătrundă în baza ligamentului larg (I. Safta și colab.) iar alteori sarcina se poate opri în evoluție.

### **Sarcina abdominală**

În cazuri excepționale localizările abdominale pot evolua spre trim.II sau la termen.

Din sarcinile ajunse până la trim.II 50% evoluează spre termen iar jumătate din ele cu feți vii, în majoritatea cazurilor cu malformații sau cu potențial scăzut de viabilitate. Majoritatea cazurilor se complică în primul trim. ruptura în cavitatea peritoneală, în spațiul retroperitoneal sau în organele cavitate: sigmoid, rect, intestinul subțire, vezica, ficat sau splină. Oprită în evoluție se poate transforma uneori în “adipocere” sau lithopedion iar în caz de suprainfecție poate duce la abces peritoneal.

### **Sarcină ovariană**

Sarcina ovariană ajunge foarte rar în trim.III, când placenta evoluează spre hil sau organele vecine. De regulă survine ruptura între 10 (M. Cernea) și 60 zile (O. Ungureanu) ca urmare a rigidității țesutului ovarian care nu permite dezvoltarea oului. Excepțional se poate transforma în lithopedion (Giles și Lockier).

## **Sarcina combinată (dublă)**

În caz de nidație dublă intra și extrauterină sarcina tubară poate să evolueze către avort sau ruptură iar cea intrauterină spre avort, naștere prematură sau la termen.

În situația nidației tubare bilaterale sarcinile evoluează spre ruptură sau avort, nu totdeauna simultan. Niciodată ambele sarcini nu vor evolua spre termen (Benson).

## **SIMPTOMATOLOGIE**

Nu există semne clinice sau simptome patognomonice pentru sarcina ectopică dar anumite combinații pot fi sugestive, elementul cel mai important este *suspiciunea*, iar toate cazurile cu triadă: durere abdominală, sângerare vaginală, tulburări menstruale, trebuie considerate ca sarcină ectopică la infirmarea diagnosticului.

## **Sarcina tubară**

*Sarcina tubară neruptă (în evoluție). Amenoreea.* Semn clasic, nu întotdeauna constant întâlnit în 75% din cazuri. Sângerarea vaginală apare după câteva zile de întârziere și este adesea confundată cu menstruația.

*Sângerarea vaginală* este de obicei redusă, de culoare sepia, sau ca drojdia de cafea, mai rar sânge cu caracter menstrual. Rareori se elimină spontan mulajul caducei uterine.



*Tulburările neurovegetative* sunt estompate datorită implantării anormale a oului.

*Durerea* are caracter de colică, de obicei în punct fix, predominant în fosele iliace.

*Tensiunea arterială și pulsul* sunt nemodificate până la apariția accidentului hemoragic. Măsurarea T.A. și a pulsului în poziție șezândă și culcată poate evidenția existența hipovolemiei înaintea apariției șocului.

*Tegumentul și mucoasele* trădează o discretă anemie, confirmată de tabloul hematologic.

*Palparea abdominală* poate evidenția sensibilitate în fosa iliacă corespunzătoare localizării sarcinii tubare.

*Tactul vaginal* arată modificările uterine caracteristice stării de gestație, importantă fiind neconcordanța dintre mărimea uterului și durata amenoreei. Laterouterin se constată o impastare dureroasă sau prezența unei formațiuni tumorale de mărime variată, de consistență elastică, în tensiune, dureroasă, uneori pulsatilă. Uterul este dureros la mobilizare. Sensibilitatea fundului de sac posterior, “țipatul Douglasului” evidențiază acumularea sângelui la acest nivel.

*Temperatură* de obicei normală sau ușor ridicată peste 37 grade în sarcinile în evoluție, ca urmarea impregnării progesteronice, reprezintă un element important în diagnosticul diferențial cu procesele acute anexiale.

*Leucocitoza* este în majoritatea cazurilor normală, creșterea ei evidențiind organizarea unui hematocel și suprainfectarea acestuia.

*Examene paraclinice.* Puncția vaginală efectuată în fundul de sac Douglas poate extrage sânge lacat, negricios și cu microcheaguri, dar poate să rămână negativă dacă accidentul hemoragic nu a avut loc. În acest caz se poate recurge

la puncția directă în formațiunea latero – uterină sau în zona de maximă împăstare anexială. Uneori sângele poate să fie roșu, incoagulabil (semn de sângerare recentă) sau poate să se coaguleze în eprubetă (în sarcinile în evoluție), ceea ce impune examinarea pe lamă pentru determinarea hematiilor crenelate (absente sau sub 10% când sângele a fost extras dintr-un vas sangvin). Puncția pozitivă confirmă diagnosticul, cea negativă nu îl poate însă exclude.

*Reacția de sarcină.* Reacțiile biologice de sarcină pot fi pozitive în jumătate din cazuri, slab pozitive sau negative în caz de ou mort. Dozarea imunologică a **HG** sau **HCS** poate fi utilă în confirmarea existenței sarcinii fără să precizeze însă sediul ei.

*Chiuretajul biopsic* evidențiază modificările deciduale ale mucoasei uterine iar în 50% din cazuri poate să constate prezența fenomenului Alias – Stella.

*Histero – salpingografia* poate să constate câteva aspecte caracteristice sugestive de sarcină tubară:

- absența opacificării trompei gravidei;
- umplerea neregulată a trompei;
- imaginea neuniformă sau în miez de pâine;
- imagine de paletă persistentă pe radiografii succesive;
- umplerea parțială a trompei;
- imaginea radiologică a oului;
- imaginea de “mlaștină” datorită pătrunderii substanței radioopace în interiorul oului.

*Celioscopia sau culdoscopia* rămâne metoda de diagnostic cea mai precisă în cazurile dubioase, atunci când elementele de diagnostic clinice și

paraclinice sunt inconstante și necaracteristice. Vizualizarea aparatului genital intern stabilește în majoritatea covârșitoare a cazurilor diagnosticul.

*Ecografia.* Utilizând ecografia în modul B se poate evidenția prezența formațiunii extrauterine.

Diagnosticul devine pozitiv atunci când sacul ovular și ecourile embrionare se situează în afara cavității uterine.

În absența individualizării acestuia, diagnosticul poate fi pus prin excludere în prezența formațiunii laterouterine și a absenței ecourilor embrionare și a sacului ovular în cavitatea uterină.

*Laparotomia exploratorie minimă* este utilă în absența celioscopiei.

*Hematocelul.* Este forma clinică cea mai frecventă a sarcinii tubare. Se formează ca urmare a unei sângerări unice (mai rar) sau repetate (fisură sau prin pavilion) în cavitatea peritoneală. Sângele se acumulează frecvent în Douglas mai rar latero sau anteuterin în jurul trompei bolnave, se coagulează formând o masă cu aspect pseudotumoral.

*Simptomatologia* funcțională este asemănătoare celei din sarcina tubară neruptă dar mai accentuată. La aceasta se adugă o stare de oboseală persistentă și inexplicabilă, bolnava este subfebrilă sau chiar febrilă (37,5 – 38 grade), paloare, uneori subicter ca urmare a rezorbției sângelui, tulburări urinare (polakiurie, disurie) și de tranzit (constipație cu sau fără tenesme) (Bronstein). Uneori hematocelula pare ca urmare a unei crize ebdominale unice asociată sau nu cu lipotimie după care starea generală se ameliorează, durerea diminuează sau chiar dispare (Mondor). Alteori hematocelul se constituie lent iar femeia suferă lent din cauza acestuia (P. Sârbu).

*Hematocelul retrouterin:* abdomen plat, discretă sensibilizare la palparea hipogastrului. La examenul genital, colul nemodificat ascensionat sub simfiză,

uterul greu delimitabil sau împins sub peretele abdominal deasupra simfizei de o masă moale, uneori cu senzație de “zăpadă” cu limite imprecise care bombează prin fundul de sac posterior sensibil la presiune. Tactul rectal confirmă prezența masei tumorale precum și extinderea ei spre pereții excavației. Ecografia evidențiază prezența colecției retrouterine “sonotransparente” iar puncția vaginală stabilește caracterul ei (sânge lactat și cheaguri).

*Hematocelul latero sau anterouterin:* abdomen discret meteorizat, suplu uneori sensibil. La palpate prezența unei mase remittente într-o fosă iliacă sau suprapubian care poate crește în dimensiune la examinări repetate. Tactul vaginal confirmă prezența masei tumorale, uterul este deplasat de partea opusă, iar fundul de sac lateral sau anterior este scurtat în tensiune, sensibil. Ecografia poate oferi elemente diagnostice în plus, iar puncția vaginală confirmă diagnosticul.

*Examene paraclinice:* reacțiile de sarcină sunt adesea negative.

-hematologic: anemie progresivă, bilirubina poate fi crescută în hematocelele vechi, leucocitoză crescută în suprainfecții, amilazemia poate fi crescută, reticulocitoza uneori crescută, hematina poate fi determinată spectrofotometric.

-urinar: urobilnogen crescut, porfirinurie prezentă.

De menționat că acest bilanț de laborator poate fi întâlnit și în chistul ovarian torsionat.

*Evoluția hematocelului* se poate face în mai multe direcții:

-organizare și rezorbție lentă urmată de procese aderențiale (rar)

-continuarea sângerării lente sau brutale cu apariția inundației peritoneale

-suprainfecția sau apariția tabloului clinic al unei colecții supurate, abdominale sau pelviene

-erodarea și deschiderea în intestinul subțire sau colon cu apariția rectoragiilor (cazuri excepționale).

*Diagnostic diferențial:*

-hematocel retrouterin necompliat: retroversia uterină fixă, fibron uterin posterior sau chist ovarian inclavat în Douglas, endometiroza peritoneală

-hematocelul latero sau anteuterin: chist ovarian cu evoluție pelvi-abdominală.

-hematocel infectat: procese supurative pelviene (piosalpinx, flegmon de ligament larg, abces tubo-ovarian) sau abdominale (apendicular, perisigmoidian).

*Inundația peritoneală.* Reprezintă posibilitatea evolutivă cea mai gravă a unei sarcini extrauterine tubare, deoarece angajează prognosticul vital din primele minute (Bronstein) și este încadrată printre urgențele absolute (abdomenul chirurgical acut) (P. Sârbu).

Poate să survină:

-neașteptat, când este vorba de o localizare istmică sau interstițială necunoscută;

-în perioada de urmărire clinică la o femeie suspectată de sarcină ectopică (ruptură tubară);

-aggravând un hematocel (ruptură tubară sau avort tubar).

*Forma tipică a inundației peritoneale* apare brusc la o femeie în plină sănătate aparentă cu durere sincopală “în pumnal” în una din fosele iliace, urmată de lipotime și semnele hemoragiei intraperitoneale: paloare intensă, buze violete, lizereu peribucal (M. Georgescu) respirație rapidă și superficială,

transpirații reci, lipitomi repetate, agravate de ortostatism. În inundațiile masive, în jurul ombilicului se poate observa apariția unei zone de colorație violacee (semnul Cullen). Anamneza de multe ori dificilă în această situație poate preciza prezența durerilor pelviene și a tulburărilor menstruale în ultima perioadă de timp.

În prezența triadei: durere sincopală semnele hemoragiei interne și “țipătul Douglasului”, diagnosticul de inundație peritoneală poate fi formulat (Bronstein).

Puncția vaginală confirmă diagnosticul, extrăgând sânge roșu proaspăt, incoagulabil.

#### Forme rare de sarcină ectopică

*Sarcina ovariană.* Reprezintă o varietate surprinzătoare a nidației ectopice la nivelul ovarului și este rară ca un leu albastru. Frecvența este cuprinsă între 0,5 (D. Alessandrescu) și 0,7 – 1% (Hertig) din totalul sarcinilor extrauterine.

Din punctul de vedere al clasificării se împarte în: sarcină ovariană primitivă (nidație intrafoliculară) și sarcină ovariană secundară extrafoliculară (superficială, cu varietățile juxtafoliculară; între folicul și capsula ovariană) sau suprafoliculară (pe suprafața internă a capsului ovariene).

*Simptomatologia* este comună sarcinii tubare; eventual celioscopia poate furniza elemente în plus.

*Diagnosticul* diferențial se face numai intraoperator, pe baza criteriilor stabilite de Spielberg în 1978 (citată de O. Ungureanu):

-trompa omolaterală intactă și separată de ovar;

-chistul fetal să ocupe poziția normală a ovarului și să fie legat de uter prin ligamentul utero-ovarian.

*Sarcina abdominală.* Apare ca urmare a nidației și dezvoltării oului în cavitatea peritoneală. Frecvența ei este dependentă de incidența sarcinii extrauterine în general reprezentând 0,5 – 0,7 din aceasta (D. Alessandrescu).

Oul se dezvoltă în cavitatea peritoneală fără limite precise iar condițiile de dezvoltare a fătului sunt improprii. Placenta se poate insera pe mezouri, intestin, ficat, splină. Fătul nefiind protejat de peretele uterin, este adesea malformat și în majoritatea cazurilor sucomba (Menyas). După moartea fătului au loc modificări anatomice ale sacului fetal: lichidul amniotic se resoarbe, placenta suferă procese de senescență și rezorbție, iar fătul poate fi expulzat în organele cavitare (vezică, rect) sau să sufere procese de mumificare cu transformarea în “adipocere”.

*Siptomatologia* este neclară și frustă, cele mai multe cazuri evoluează retrospectiv, diagnosticul sarcinii abdominale rămânând de multe ori o surpriză intraoperatorie.

*Anamneza* atentă sugerează uneori posibilitatea unui avort sau ruptură tubară. Evoluția este în cele mai multe cazuri dureroasă, complicată cu simptomatologie gastrointestinală neobișnuită (constipație, diaree, flatulentă, dureri abdominale difuze, uneori metroragii). În ultimul trimestru mișcările fetale sunt dureroase, iar segmentele fetale se palpează cu ușurință sub peretele abdominal.

Poziția fătului este frecvent anormală (oblică, transversală) iar prezența sus situată, neacomodată la strâmtoarea superioară. Tactul vaginal evidențiază colul lung, nemodificat, uneori dehiscent, dar insuficient înmuiat. La majoritatea cazurilor, colul este deplasat în funcție de poziția prezentației.

Uterul poate fi palpat independent de sacul gestațional, iar prezentația poate uneori fi identificată în afara acestuia.

*Examenul radiologic:*

-*radiografia pe gol* – prezentația înaltă deasupra spinelor sciatice.

-*H.S.G.* – prezența fătului în afara cavității uterine.

-*amniografia* – situarea sacului amniotic în cavitatea peritoneală fără legătură cu cea uterină.

-*arteriografia* – situarea anormală a placentei și uterului.

-*histerometria* – arată mărimi variabile ale cavității uterine, neconcordante cu cele ale sacului gestațional.

-*ecografia* – nu este totdeauna concludentă în diagnosticul sarcinii abdominale.

-*scintigrafia placentară* – poate fi uneori utilă dar de multe ori placenta poate fi localizată în zone comune și sarcinii intrauterine.

*Tratamentul.* Datorită accidentelor hemoragice și infecțioase sarcina abdominală trebuie rezovată chirurgical.

*Sarcina cervicală.* Este reprezentată de nidarea și dezvoltarea oului în canalul cervical, în afara orificiului intern. Atunci când sarcina se implentează la orificiul intern, placentăția are loc în regiunea cervico – istmică, dând naștere varietății cu același nume.

*Frecvența* este variabilă în funcție de diverși autori, cuprinsă între 1/1000 sarcini (Japonia), 1/16000 – 1/18000 (Mattingly, Pritchard, MacDonald – S.U.A.) și 1/16000 (Dehalleux).

*Fiziopatologie.* Odată oul implantat, trofoblastul traversează cu ușurință mucoasa endocolului, iar prelungirile acestuia pătrund în grosimea peretelui cervical dilacerându-l. Odată cu dezvoltarea sarcinii, peretele cervical, sărac în



fibre musculare, se distinde progresiv și cedează, datorită proceselor de dare și/sau infarctizare. Ruptura poate să survină în regiunea intravaginală sau supravaginală (cavitatea peritoneală, ligamentul larg). Uneori placenta poate să pătrundă prin grosimea peretelui cervical, inserându-se în baza ligamentului larg.

*Evoluția sarcinii* are loc de obicei în primele 2 – 3 luni, complicația hemoragică gravă fiind modalitatea cea mai frecventă.

*Mortalitatea* se menține încă foarte ridicată (40 – 60%) datorită hemoragiei brutale și abundente ce însoțește de obicei sarcina cervicală.

*Simptomatologie – diagnostic.* Semnele neuro-vegetative sunt mai atenuate, datorită nidației și dezvoltării anormale a oului. Sângerarea vaginală sau eliminarea de fragmente tisulare negricioase, neînsoțite de durere, sunt semnele cel mai frecvent întâlnite. Colul uterin are volumul mărit, este tumefiat, violaceu, cu vascularizație accentuată iar orificiul extern este de obicei întredeschis.

La tactul vaginal colul uterin are aspect caracteristic “de butoiaș”, corpul uterin este de volum normal, de multe ori greu delimitabil, sau cu aspect de clepsidră.

*Diagnosticul diferențial* se face cu avortul în doi timpi. Dikman stabilește următoarele criterii diagnostice:

-corpul uterin este mai mare în avortul în doi timpi decât în sarcina cervicală.

-în avortul în doi timpi sunt deschise atât orificiul intern cât și cel extern al colului, în timp ce în sarcina cervicală, orificiul intern este închis.

-în avortul în doi timpi resturile ovulare sunt prezentate atât în col cât și în cavitatea uterină.

-în trimestrul II, III diagnosticul diferențial se face cu placenta praevia centrală (V. Pop, T. Petrescu). Raportul col-segment inferior/corp uterin este supraunitar în sarcina cervicală (D. Alessandrescu).

Din punct de vedere anatomo-patologic, Rubin stabilește în 1991 criteriile de diagnostic pentru sarcina cervicală:

-prezența glandelor cervicale în zona opusă locului de implantare a placentei;

-placenta internă aderă la peretele cervical;

-situarea totală sau parțială sub locul de pătrundere a arterelor uterine sau sub repliul peritoneal anterior și posterior;

-absența elementelor fetale în cavitatea uterină.

*Tratament.* În sarcinile oprite în evoluție, se poate încerca evacuarea acestora prin chiuretaj digital sau chiuretaj blând, urmat de tamponament strâns.

În majoritatea cazurilor histerectomia totală cu conservarea anexelor rămâne soluția cea mai sigură pentru salvarea vieții bolnavelor (P. Sârbu).

NUMELE: **B.**

PRENUMELE: **S.**

VÂRSTA: 24 ani, sex feminin

DATA INTERNĂRII: 16.01.2002

DATA EXTERNĂRII:

DIAGNOSTIC LA INTERNARE : \* Sarcină ectopică dreaptă;

DIAGNOSTIC LA EXTERNARE: \* Sarcină extrauterină tubară dr.;  
\* Ampulă pavilionară dreaptă;  
\* Hemoperitoneu.

MOTIVELE INTERNĂRII:

- amenoree;
- dureri lombo-abdominale și pelviene cu precădere în loja anexială dreaptă;
- pierderi de sânge negricios pe cale vaginală;
- frisoane.

INTERVENȚIE CHIRURGICALĂ: 18.01.2002

- Salpingectomie parțială;
- Drenaj abdominal.

ANTECEDENTE PERSONALE: • N = 1, AV = 0, CJ = 1;

ANTECEDENTE PERSONALE FIZIOLOGICE: • P.M. = 14 ani;  
• ciclu regulat.

ANTECEDENTE PATOLOGICE: • apendicectomie;

ANTECEDENTE SOCIALE:

- statut social – căsătorită;
- profesie – educatoare;
- mediu familial (obiceiuri cotidiene, consum de alcool, cafea, tutun, droguri) – consumatoare de cafea;
- obiceiuri alimentare – regim adecvat;
- mijloace de relaxare – citește cărți, ziare, se uită la TV, coase goblen;

- acces la informații – citește presa zilnic, citește literatură medicală legată de bolile copilului și ale ei;
- relații cu rudele și prietenii – relații în familie corespunzătoare, are multe prietene, leagă ușor prietenii cu cei din jur.

#### ISTORICUL BOLII:

U.M. = 2 decembrie 2001

Pe data de 07.01.2002 acuză dureri lombo-abdominale și pierderi de sânge cu intermitență. Face tratament ambulator: Ampicilină, Indometacin, Gentamicină, Metronidazol.

În urmă cu 5 ore, pacienta acuză dureri pelvine cu predominanță în loja abdominală dreaptă, pierde sânge negricios prin vagin.

Se prezintă la medicul de specialitate și se internează prin suspiciune de sarcină ectopică dreaptă.

#### EXAMEN CLINIC GENERAL:

- Î = 1,68 m; Gr. = 60 kg.;

#### CONCLUZII ALE EXAMENULUI FIZIC:

- tegumente și mucoase – palide;

SISTEM MUSCULO-ADIPOS:           • normal reprezentat;

SISTEM GANGLIONAR:               • nepalpabil;

SISTEM OSTEO-ARTICULAR:       • integru;

APARAT RESPIRATOR:           • torace normal conformat;  
   • murmur vezicular prezent pe ambele arii pulmonare, R = 18' ritmică.

APARAT C. VASCULAR           • cord în limite normale;  
   • zgomote cardiace ritmice;  
   • A.V. = 82';  
   • șoc apexian în spațiul V intercostal stâng;  
   • T.A. = 120/70 mm Hg.;

APARAT DIGESTIV               • T = 36<sup>0</sup>C.  
   • apetit păstrat;  
   • tranzit intestinal prezent;  
   • ficat și splină în limite normale.

- HGB. =           9,7 L.;

- HCT. = 28,4 L.;
- VSH. = 14 div.;
- PLT. = 170.000mmc.;
- WBC. = 9.100;
- Hematii= 3.300.000.
- Ex. sumar urină: - Leu = neg.;
- Ph. = 6;
- pro = neg.;
- glu = normal;
- erit = 250/μl.
- V.D.R.L. = negativ.

### CONCLUZII ALE EXAMENELOR PARACLINICE:

- MRF = pulmon normal;
  - EKG = traseu electric fără modificări;
  - Ex. cardiologic = clinic sănătoasă, se poate opera.
- • **17.01.2002 EVOLUȚIE:**
    - Stare generală satisfăcătoare, afebrilă, abdomen suplu, trezită prezent. Col întredeschis. Pierde sânge în cantitate redusă. Corp uterin intermediar de dimensiuni normale. Anexa dreaptă îngroșată cât un police, sensibilă, căzută în Douglas. Anexa stângă nepalpabilă. TA = 120/70 mm Hg. Fundurile de sac vaginale suple. Se recomandă ECHO abdominal.
  - **17.01.2002 ECHO abdominal:**
    - Corp uterin în poziție intermediară cu contur regulat. Trompa dreaptă cu structură neomogenă de 6/7 cm. – lamă de lichid în pelvis.
  - **18.01.2002 Ora 8<sup>30</sup> PREGĂTIRE PREOPERATORIE:**
    - Operația: Salpingectomie dreaptă. Drenaj parietocolic drept.
    - Anestezie generală cu I.O.T.
      - **Ora 8<sup>00</sup> preanestezie:** Mialgin 50 mg, Atropină 0,5 mg, i.m., T.A. = 100/60 mm Hg.
      - **Ora 8<sup>45</sup> inducție:** Endonal 350 mg, Lystenon 100 mg, O<sub>2</sub> pe mască.
    - R.C.B. - Sondă cu balonaș.

APARAT URO – GENITAL •loje renale libere;  
•micțiuni fiziologice: 3 – 4/zi.

S.N. •echilibrată.

R.O.T. •orientat tempo – spațial.

EXAMEN LOCAL: 16.01.2002 •abdomen suplu, mobil.

EXAMEN VALVE: •col de multipară fără leziuni prin care pierde sânge negricios în cantitate redusă;

T.V. •col închis;  
•corp uterin discret mărit de volum, sensibil la mobilizare;  
•zonă anexială stângă liberă;  
•anexă dreaptă mărită de volum, sensibilă la mobilizare.

DIAGNOSTIC: Suspect sarcină extrauterină dreaptă.

ÎN OBSERVAȚIE PENTRU SARCINĂ EXTRAUTERINĂ

EVOLUȚIE: 16.01.2002

- Stare generală bună, afebrilă, pierde sânge negricios prin vagin.
- Se recomandă analize.

CONCLUZII ALE EXAMENELOR DE LABORATOR: 16.01.2002

EXAMENE DE LABORATOR		Valori în lim normale
Glucoză	101 mg./dl.	65 – 120
Uree	26,6 mg/dl.	15,0 – 45,0
Creatinină	7 mg./dl.	6 – 1,3
T.G.O.	19 U/L.	15 – 50
T.G.P.	31 U/L.	15 – 65
Fibrinogen	492mg. %	180 – 350 %
APTT	40,1’’	26 – 36 ’’

- Menținere: - Fentonyl: 0,5 + 0,5 + 0,5 mg.;
- Pavalon : 4 mg.
- P.V. - NaCl. = 9% - 500 ml.
- Ringer = 500 ml.
- Glucoză 5% = 500 ml.

- Trezire : - Fortal = 60 mg.
  - Miostin = 2,5 mg.
  - Atropină = 1 mg.
  - Miofilin = 240 mg.
  - H.H.C. = 100 mg.
- Se aspiră secrețiile și se trimite în post – operator cu recomandarea:
  - O<sub>2</sub>;
  - Monitorizarea funcțiilor vitale;
  - Tratament;
  - Menținerea liniei venoase cu branulă;
  - Supravegherea perfuziei, a diurezei;
  - Supravegherea temperaturii;
  - Drenajul parietocolic drept.
- MEDICAȚIE ANESTEZIE: 18.01.2002

1. Mialgin f1;
2. Atropină f2;
3. Nesdonal f1.I;
4. Lystenon f1.III;
5. Fentanyl f1.III;
6. Pavalon fI;
7. Fortral fII;
8. Miostin f.1;
9. Miofilin f.1;
- 10.H.H.C. – 100 mg. f.I;
- 11.NaCl. 9% - f1.I = 500ml.;
- 12.Ringer f1.I = 500 ml.;
- 13.Glucoză 5% f1.II = 1000 ml.

**CULEGEREA DATELOR PE CELE 14 NEVOI FUNDAMENTALE  
pentru ziua de 19.01.2002**

Pacienta: **B.S.** în vârstă de 28 ani cu diagnostic de:

- sarcină ectopică tubară ampula pavilionară dreaptă;
- hematoperitoneu.

## **1. A RESPIRA**

- ambele hemitorace se destind ritmic;

- extremități uscate, calde, colorate;
- frecvență respiratorie R = 18’;
- frecvența pulsului P = 82 bătăi / minut;
- T.A. = 100/60 mm Hg;
- tegumente colorate;

## **2. A MÂNCA, A BEA**

- cavitate bucală cu dentiție completă;
- mucoasă bucală fără leziuni;
- reflex de digluție – prezent;
- restricție alimentară postoperatorie;
- hidratare orală la 2 ore de la intervenția chirurgicală-consumă ceai îndulcit, apă plată, compot 1500 ml.;
- hidratare parenterală – perfuzie i.v. cu glucoză 5% - 1000 ml., sol. Ringer 500 ml., ser fiziologic 500 ml.;
- se spală pe dinți dimineața și seara cu pastă și periuță;

## **3. A ELIMINA**

- pierde sânge prin vagin în cantitate mică;
- drenaj paritocolic drept – cantitate 100 ml. sânge;
- micțiuni fiziologice 4/zi și 1/noapte;
- transpirație minimă la plici;
- abdomen sensibil, ușor meteorizat;
- sondă vezicală Foley – instalată preoperator – urină clară 2000 ml./24 ore.
- absența tranzitului de gaze și materii fecale;

## **4. A DORMI, A TE ODIHNI**

- doarme noaptea 5 – 6 ore cu întrerupere din cauza durerilor postoperatorii, este deranjată de lumină, zgomot și de tratamentul administrat noaptea;
- somnul nu este odihnitor – prezintă ochii încercănați;
- se plânge că nu este odihnită – adoarme în cursul zilei la amiază;



## **5. A TE MIȘCA, A AVEA O BUNĂ POSTURĂ**

- pacienta stă în pat în poziția de decubit dorsal dar cu dificultate, cu capul într-o parte din cauza perfuziei – se menține această poziție timp de 2 ore;
- pacienta solicită să fie ajutată să se întoarcă în decubit lateral stâng și drept, schimbările de poziție sunt dureroase;

## **6. A TE ÎMBRĂCA, A TE DEZBRĂCA**

- haine curate de acasă în culori atrăgătoare, adaptate taliei, staturii și anotimpului;
- pacienta este ordonată și curată;
- se schimbă ori de câte ori lenjeria de corp se pătează;

## **7. A MENȚINE TEMPERATURA CORPULUI ÎN LIMITE NORMALE**

- temperatura ambientală este de 22 de grade C;
- temperatura corpului măsurată în axilă: D = 36<sup>6</sup>°C, S = 37<sup>2</sup>°C;
- transpirație minimă la plici;
- tegumente calde, uscate, colorate;

## **8. A FI CURAT ÎNGRIJIT**

- incizie transversală postoperatorie după sarcină ectopică dreaptă;
- plagă curată în curs de cicatrizare, fără semne de inflamație;
- păr curat, tuns scurt;
- urechi cu pavilioane curate;
- dentiție completă, curată;
- mucoasă gingivală bucală fără leziuni;
- tegumente curate, fără modificări de culoare;
- se spală pe dinți cu pastă și periută dimineața și seara;
- unghii tăiate scurt, îngrijite;

## **9. A EVITA PERICOLELE**

- nu are capacitatea de a se feri de infecțiile nozocomiale;
- există risc de complicații datorită intervenției chirurgicale recente și absenței tranzitului de gaze și materii fecale, prezenței drenajului abdominal și a drenajului urinar;
- anxietate moderată cauzată de medicația anestezică și durerea postoperatorie;
- nu are control liber asupra mediului înconjurător, nu se poate deplasa singură;
- este agitată, neliniștită, gemete, văicăreli;

## **10. A COMUNICA**

- acuitate auditivă normală;
- acuitate vizuală normală;
- simțul tactil – păstrat;
- vorbire în ritm moderat;
- dă date precise și descrie coerent durerea, anxietatea;
- relații armonioase cu familia și cu colegele de salon;

## **11. A-ȚI PRACTICA RELIGIA**

- pacienta este de religie ortodoxă;
- crede în Dumnezeu Tatăl și Iisus Christos – Fiul;
- se închină seara la culcare și își spune în gând o rugăciune și se închină;

## **12. A FI UTIL, A TE REALIZA**

- profesia de educatoare o ajută pe pacientă să comunice ușor cu colegele de salon;
- ea povestește despre copii, le dă sfaturi din cărțile pe care le-a citit și se simte utilă în acest fel;
- nu poate fi utilă însă celor din salon, având în vedere că se află în post operatorul imediat.

## **13. A TE RECREEA**

- stând cu dificultate în decubit dorsal, ea nu poate citi cărți, reviste, cu toate că și-ar dori;
- capacitatea fizică nu-i permite să se destindă;
- în schimb ascultă cu plăcere radioul – emisiunile de știri, muzică, actualitățile de la TV o destind;
- are dorința să fie ajutată să se relaxeze;

## **14. A ÎNVĂȚA**

- pacienta fiind educatoare a citit despre afecțiunea sa;
- pacienta cunoaște multe amănunte despre afecțiunea sa;
- pacienta știe că trebuie să se prezinte la medic în timp util, deasemenea cunoaște și regimul de viață după intervenția chirurgicală.



Plan orar a pacientei **B.S.** în vârstă de 24 ani cu diagnostic de:  
**SARCINĂ EXTRA UTERINĂ TUBARĂ AMPULĂ PAVILIONARĂ. HEMOPERITONEU.**  
**OPERATĂ PE DATA DE: 18.01.2002**

6 <sup>00</sup> - 7 <sup>00</sup>	7 <sup>00</sup> - 8 <sup>00</sup>	8 <sup>00</sup> - 9 <sup>00</sup>	9 <sup>00</sup> - 10 <sup>00</sup>	10 <sup>00</sup> - 11 <sup>00</sup>	11 <sup>00</sup> - 12 <sup>00</sup>	12 <sup>00</sup> - 13 <sup>00</sup>	13 <sup>00</sup> - 14 <sup>00</sup>	14 <sup>00</sup> - 15 <sup>00</sup>
-Toaleta: spălat pe dinți, toaletă parțială, - Toalet a vulvo-perineală cu apă și săpun, -Schimbarea lenjeriei de corp cu tricou curat, chiloți curați , șosete , halat.	Se termometrizează pacienta: D = 36,2 °C, Toaletă vaginală cu betadină, -Sondaj vezical Foley în circuit închis, -Pacienta este condusă în sala de operații.	-Preanestezie cu Mialgin 50 mg, Atropină 0,5 mg, linie venoasă cu branulă, -Anestezie generală I.O.T.	-Operație: Sarcină extrauterină ambulă pavilionară, -Diureză intra operatorie – 500 ml, urină clară.	-Trezire pe masa de operație, -Pacienta este condusă în salonul de post-operație imediat, cu supraveghere atentă a: tensiunii arteriale, pulsului, respirației, temperaturii și diurezei, -Se mai supraveghează drenajul și pansamentul - Administrarea de O <sub>2</sub> pe sondă endonazală.	-Menținerea liniei venoase, -Perfuzie cu glucoză 10%, și cu ser fiziologic, -Administrare de Cerucal f.I. în perfuzie venoasă pentru sedarea grețurilor, vărsătorilor postanestezice -TA = 100/60 mm Hg, P = 80'	-Administra-rea medicației: Penicilină 2 milioane, Gentamicină 1f, -Supraveghe-rea TA, P, R, -Pacienta liniștită, trează, colaborează, stă în repaus la pat, -Diureza 500 ml de urină clară, -Administra-rea de Prozin, Propranolol – 3 ml.i.m. și ser fiziologic.	-Repausul la pat continuă, la fel și perfuzia, -Întâlnirea cu cei dragi (familia), -Administra-rea analgetice Profenid f.I., -Mobilizarea din decubit dorsal în decubit lateral drept, -TA = 100/60 mmHg, P=82' -Toleranță digestivă bună -Pansament curat.	-Repausul la pat continuă împreună cu perfuzia, -Drenaj abdominal 50 ml serosanghi-nolent.

15 <sup>00</sup> - 16 <sup>00</sup>	16 <sup>00</sup> - 17 <sup>00</sup>	17 <sup>00</sup> - 18 <sup>00</sup>	18 <sup>00</sup> - 19 <sup>00</sup>	19 <sup>00</sup> - 20 <sup>00</sup>	20 <sup>00</sup> - 21 <sup>00</sup>	21 <sup>00</sup> - 22 <sup>00</sup>	22 <sup>00</sup> - 23 <sup>00</sup>	23 <sup>00</sup> - 24 <sup>00</sup>
<p>-Hidratare orală cu ceai în cantități mici cu paiul, -Repausul la pat continuă, -TA = 100/60 mmHg, -P = 86' -Diureză 250 ml de urină clară.</p>	<p>-Mobilizare, masaj al spatelui, în regiunea lombară, sacrală, -Mișcări ale membrilor inferioare, -TA = 100/60 mmHg, -Sedarea durerii cu Algocalmin f.II. intramuscular,</p>	<p>-Continuă perfuzia cu glucoză 10%, -Administrarea medicației: Prozin, Propranolol, Ser fiziologic câte 3 ml.i.m., -Pansament curat, -Drenaj abdominal funcțional, -Drenaj urinar funcțional,</p>	<p>-Termometrie: T<sub>s</sub> = 37,3<sup>0</sup>C, -TA = 100/60 mmHg, P=82' -Diureză 800 ml, -Abdomen ușor meteorizat sensibil la palpare, -Toleranță digestivă bună,</p>	<p>-Administrarea de analgetice: algocalmin f.I.i.m., -TA = 100/60 mmHg, P=86' -Pacienta agitată se plânge de dureri postoperatorii, -Se suprimă perfuzia, -Hidratare orală,</p>	<p>-Pregătirea pacientei pentru somnul de noapte, -Toaletă parțială pe regiuni: față, gât, axile, -Schimbarea lenjeriei de corp murdare, -Toaletă vulvară cu soluție de rivanol caldută, -Dezinfecția punctului de inserție al sondei cu betadină, -Administrarea de fenobarbital 1 f.i.m.</p>	<p>-Somnul de noapte, -Diureză 500 ml de urină clară,</p>	<p>-Somnul de noapte,</p>	<p>-Administrarea de antibiotice: Penicilină 2 milioane, i.m., Gentamicină f.I.i.m., Profenid f1.I.i.m., -Hidratare orală: TA = 100/60 mmHg -Diureză, -Administrare de Prozin, Propranolol și Ser fiziologic, câte 3 ml.i.m.</p>

## EXAMENE DE LABORATOR

Data	Medic	Proba de laborator	Rezultat
16.01.2002		Hemoglobină	9,7 g. %
		Glucoză	101 mg./dl
		Uree	26,6 mg./dl
		Creatinină	7 mg./dl
		TGO	19 U/L
		TGP	31U/L
		PT	12,0 %
		AP	96 %
		Fibrinogen	492 mg. %
		A.P.T.T.	40,i”
		Hematocrit	28,4 L
		PLT	170.000
		WBC	9.100
		Hematii	3.300.000
		VSH	14 div.
		V.D.R.L.	Negativ
		<b>Ex. sumar urină</b>	-Leu = neg. -Ph. = 6 -pro = neg. -glu = normal -erit = 250/μl

## EXAMENE PARACLINICE

<b>Data</b>	<b>Medic</b>	<b>Examen cerut</b>	<b>REZULTAT</b>
17.01.2002		<b>M.R.F.</b>  <b>ECHO</b> abdominal	- Pulmon normal;  - Corp uterin în poziție intermediară cu contur regulat; - Trompa dreaptă cu structură neomogenă de 6/7 cm. – lamă de lichid în pelvis.



## PARAMETRII FIZIOLOGICI

<b>Data</b>	<b>T.A.</b>	<b>R.</b>	<b>P.</b>	<b>Diurez ă</b>	<b>Temperatur a</b>	<b>Observații</b>
16.01.2002	120/70	18'	82'		36 <sup>0</sup> C	
17.01.2002	120/70	18'	82'			
18.01.2002	100/60 100/50	17' 18'	76' 76'		36 <sup>2</sup> 0C	-dureri postoperatorii -vărsături postanestezice
19.01.2002	100/60			2000 ml.	D = 36 <sup>2</sup> 0C S = 36 <sup>4</sup> 0C	-abdomen meteorizat -se suprimă soda Foley
20.01.2002	100/60	17'	82'		D = 36 <sup>4</sup> 0C S = 36 <sup>6</sup> 0C	-tranzit de gaze reluat
21.01.2002	100/61	18'	80'			-tranzit de gaze și mate- rii fecale reluat -plagă curată
22.01.2002	100/61	19'	86'			-stare generală bună -abdomen suplu
23.01.2002	110/60	19'	82'			-stare generală bună -afebrilă

## FOAIE DE EVOLUȚIE

Data	Evoluția
18.01.2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Operație ora 10<sup>30</sup> – Salpingectomie dreaptă sub anestezie generală I.O.T.</li> <li>• T.A. = 100/60 mmHg; P = 76/min; R = 17'; T = 36 °C</li> <li>• Se menține linia venoasă cu branulă, Sondă Foley a démeure</li> <li>• Abdomen sensibil, ușor meteorizat</li> <li>• Absența tranzitului de gaze</li> </ul>
18.01.2002 Ora 13 <sup>00</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vărsături postoperatorii și post – anestezice bilioase</li> <li>• T.A. = 100/50 mmHg; Puls = 76/min; F.R. = 18/min</li> <li>• Diureză: 250 ml – urină clară</li> </ul>
18.01.2002 Ora 18 <sup>00</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• T.A. = 100/50 mmHg</li> <li>• Diureză: 800 ml – urină clară</li> <li>• Drenaj: 150 ml – sero-sanghinolent</li> </ul>
18.01.2002 Ora 22 <sup>00</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• stare generală satisfăcătoare</li> <li>• T.A. = 100/60 mmHg</li> <li>• Pansament curat</li> <li>• Diureză: 500 ml – urină clară</li> </ul>
19.01.2002 Ora 6 <sup>00</sup> 19.01.2002 Ora 10 <sup>00</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diureză pe 24 de ore = 2000 ml</li> <li>• Stare generală bună</li> <li>• T.A. = 100/50 mmHg</li> <li>• Stare generală bună</li> <li>• Afebrilă</li> <li>• Abdomen ușor meteorizat</li> <li>• Drenaj parietocolic drept – mobilizat</li> <li>• Pierde sânge prin vagin în cantitate mică</li> <li>• Se suprimă sonda Foley</li> <li>• Pansament curat M</li> <li>• Se recomandă hemoglobină de control</li> <li>• T<sub>dimineața</sub> = 36<sup>2</sup> °C, T<sub>seara</sub> = 36<sup>4</sup> °C</li> </ul>
20.01.2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stare generală bună</li> <li>• T.A. = 100/60 mmHg; Puls = 82'; R = 17'</li> <li>• Abdomen sensibil la palpare</li> <li>• Tranzit de gaze reluat</li> <li>• Se suprimă tubul de dren</li> <li>• Plagă operatorie curată</li> <li>• T<sub>dimineața</sub> = 36<sup>4</sup> °C, T<sub>seara</sub> = 36<sup>6</sup> °C</li> </ul>

<b>Data</b>	<b>Evoluția</b>
21.01.2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stare generală bună, afebrilă</li> <li>• Abdomen suplu, mobil</li> <li>• Pansament curat</li> <li>• tranzit de gaze și materii fecale – prezent</li> <li>• T.A. = 110/70 mmHg; Puls = 80'; R = 18'</li> </ul>
22.01.2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stare generală bună, afebrilă</li> <li>• Micțiuni fiziologice, scaun prezent</li> <li>• Abdomen suplu, plagă curată</li> <li>• T.A. = 100/60 mmHg; Puls = 86'; R = 19'</li> </ul>
23.01.2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stare generală bună, afebrilă</li> <li>• Abdomen suplu, micțiuni fiziologice</li> <li>• Scaun prezent 1/zi</li> <li>• Plagă curată</li> <li>• T.A. = 110/60 mmHg; Puls = 82'; R = 19'</li> </ul>

## FOAIE DE TRATAMENT

Data	Tratament
18.01.2002	<p>POST – OPERATOR</p> <ul style="list-style-type: none"><li>•Penicilină 4 milioane, 2 milioane la 12 ore i.m.</li><li>•Gentamicină 2 f.: 1 f. la 8 ore i.m.</li><li>•Fenobarbital f.I, la nevoie – seara</li><li>•Profenid f.2, la nevoie i.m.</li><li>•Algocalmin f.4, la nevoie i.m.</li><li>•Propranolol 1 f.</li><li>•Prozin 3 ml la 6 ore, i.m.</li><li>•p.v. – NaCl 9% - 500 ml</li><li>•Glucoză 10% - 1500 ml</li><li>•Cerucal 1 f.</li></ul>
19.01.2002	<ul style="list-style-type: none"><li>•Penicilină 4 milioane, 2 milioane la 12 ore i.m.</li><li>•Gentamicină 2 f.: 1 f. la 8 ore i.m.</li><li>•Profenid f.2 la nevoie i.m.</li><li>•Algovalmin f.III la nevoie i.m.</li><li>•Propranolol 1 f. la 6 ore i.m.</li><li>•Prozin 3 ml la 6 ore i.m.</li><li>•Diazepam tb. 1</li></ul>
20.01.2002	<ul style="list-style-type: none"><li>•Penicilină 4 milioane, 2 milioane la 12 ore</li><li>•Gentamicină 80 mg</li><li>•Algocalmin f.III la nevoie i.m.</li><li>•Diazepam tb. 1</li></ul>
21.01.2002	<ul style="list-style-type: none"><li>•Penicilină 4 milioane, 2 milioane la 12 ore i.m.</li><li>•Gentamicină 80 mg</li><li>•Algocalmin f.III la nevoie i.m.</li><li>•Diazepam tb. 1</li></ul>
22.01.2002	<ul style="list-style-type: none"><li>•Penicilină 4 milioane, 2 milioane la 12 ore i.m.</li><li>•Gentamicină 80 mg</li><li>•Algocalmin f.III la nevoie i.m.</li><li>•Diazepam tb. 1</li></ul>
23.01.2002	<ul style="list-style-type: none"><li>•Algocalmin f.II la nevoie i.m.</li><li>•Diazepam tb. 1</li></ul>

## FOAIE DE ALIMENTAȚIE

**Alimente permise:** supe, ciorbe de legume, iaurt, lapte, brânză de vaci, carne de pui, vită, pește alb, compot de fructe, sucuri de fructe, ouă moi.

**Alimente interzise:** condimente, mezeluri, afumături, fasole, mazăre, varză, cafea.

Data	Medic	Sucesiunea meselor	Regimul alimentar
16.01.2002	B.C.	Mic dejun Supliment Prânz Cină	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ceai cu pâine prăjită, unt, gem</li> <li>• lapte bătut</li> <li>• supă de legume, pui cu paste făinoase</li> <li>• mămăligă cu brânză de vaci, ceai</li> </ul>
17.01.2002	B.C.	Mic dejun Supliment Prânz Cină	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pâine prăjită cu un ou moale, ceai</li> <li>• compot de prune</li> <li>• supă cu găluște, fasole verde cu carne de vită</li> <li>• macaroane cu sos tomat, ceai</li> </ul>
18.01.2002	B.C.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Regim hidro – zaharat – 1500 ml</b></li> </ul>
19.01.2002	B.C.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Regim hidro – zaharat – 1500 ml</b></li> <li>• Compot de mere</li> </ul>
20.01.2002	B.C.	Mic dejun Supliment Prânz Cină	<ul style="list-style-type: none"> <li>• iaurt 250 ml, biscuiți</li> <li>• compot de struguri</li> <li>• supă de legume</li> <li>• ceai, biscuiți</li> </ul> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 20px;">         } 1500 ml ceai în 24 de ore       </div>
21.01.2002	B.C.	Mic dejun Supliment Prânz Cină	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ou moale, ceai, pâine prăjită</li> <li>• lapte dulce</li> <li>• supă cremă de legume, piure de cartofi cu pui la grătar</li> <li>• lapte bătut, biscuiți</li> </ul>
22.01.2002		Mic dejun Supliment Prânz Cină	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ceai, pâine prăjită, unt gem</li> <li>• compot de cireșe</li> <li>• ciorbă de văcuță, pilaf de pui</li> <li>• mămăliguță cu brânză de vaci și smântâna, ceai.</li> </ul>

## FIȘĂ TEHNICĂ

### EXPLORAREA ECHOGRAFICĂ ÎN SARCINĂ EXTRAUTERINĂ TUBARĂ DREAPTĂ

**DEFINIȚIE:** Metodă imagistică de explorare “în vivo” a corpului uman cu ajutorul ultrasunetelor.

Imaginea echografică depinde de penetrația și rezoluția fascicolului de ultrasunete.

Echografia genitală folosește sonda abdominală și sonda transvaginală.

Explorarea echografică a pelvisului se execută prin secțiuni longitudinale și transversale din centimetru în centimetru.

Trompele uterine în mod normal nu se vizualizează echografic, ele se pot vizualiza în cazuri patologice precum sarcina extrauterină tubară, hematosalpinxul, piosalpinxul.

Echografia evidențiază și lamă de lichid în Douglas în sarcina extrauterină.

#### **INDICAȚIILE ECHOGRAFIEI SUNT:**

- suspiciunea de sarcină extrauterină;
- suspiciunea de sarcină intrauterină;
- diagnosticul diferențial între patologia ovariană și fibronul uterin;
- sarcină.

#### **PREGĂTIREA PACIENTEI:**

**Pregătirea psihică** – Pacienta trebuie să știe că este o metodă de examinare modernă, nedureroasă, neinvazivă.

**Pregătirea fizică** – Se explică pacientei să bea o cană de apă sau ceai înainte cu 30 minute și să nu golească vezica urinară.

Umplerea vezicală împinge ansele intestinale în sus realizând o veritabilă cale de acces “fereastră către pelvis”.

**Tehnica** – este efectuată de medic cu pacienta așezată în decubit dorsal cu genunchii flectați.

**Metoda transvaginală** – se efectuează cu sonda transvaginală protejată cu un prezervativ de unică folosință.

După terminarea examinării pacienta este condusă la pat și nu necesită îngrijiri speciale.

Nu sunt semnalate incidente și accidente ale acestei tehnici.

## CONCLUZIA GENERALĂ

Pacienta **B.S.** de 24 ani, sex feminin, se internează pe data de 16.01.2002 cu diagnosticul suspect: *Sarcină ectopică dreaptă.*

Se investighează clinic, laborator, paraclinic și se constată că:

### Concluzii ale examenului de laborator

Se recoltează:

- \*Glucoză = 101 mg/dl
  - \*Uree = 26,6 mg/dl
  - \*Creatinină = 7 mg/dl
  - \*TGO = 19 U/L
  - \*TGP = 31 U/L
  - \*Fibrinogen = 492 mg %
  - \*APTT = 40,1'
  - \*HGB = 9,7 L
  - \*HCT = 28,4 L
  - \*PLT = 170.000
  - \*WBC = 9100
  - \*Hematii = 3.300.000
  - \*V.S.H. = 14 div
  - \*VDRL = negativ
- Examen urină:
- \*Leu = neg
  - \*Ph = 6
  - \*pro = neg
  - \*glu = normal
  - \*erit = 250/μl.

Examenul local evidențiază: abdomen suplu, mobil.

Ex. valve – col de multipară fără leziuni prin care pierde sânge negricios în cantitate redusă.

T.V. (tușeu vaginal) – col închis. Corp uterin discret mărit de volum. Sensibil la mobilizare. Zona anexială stângă liberă. Anexa dreaptă mărită de volum, sensibilă la mobilizare.

Diagnostic: **suspect sarcină extrauterină dreaptă.**

Examenul clinic general evidențiază:

I.=1,68m; G=60 kg.

Tegumente și mucoase palide.

Sistem osteo-articular: normal reprezentat.

Sistem ganglionar: nepalpabil.

Aparat respirator – torace normal conformat, murmur vezicular prezent pe ambele arii pulmonare R = 18’.

Aparat cardio - vascular: zgomote cardiace ritmice. Șoc apexian. În soașul V intercostal stâng, TA = 120/70 mmHg, AV = 82’.

Aparat digestiv – ficat, splină în limite normale. Tranzit intestinal – prezent. Aparat uro – genital: loje renale libere. Micțiuni fiziologice. R.O.T.: orientat tempo – spațial T = 36 °C. Pe data de 17.01.2002 examenul echografic evidențiază corp uterin în poziție intermediară cu contur regulat fără sarcină. Trompa dreaptă cu structură neomogenă de 6/7 cm – lamă de lichid în Douglas. Se decide intervenție chirurgicală pe data de 18.01.2002 ora 8<sup>30</sup> sub anestezie generală I.O.T. și se constată salpinga dreaptă mărită de volum, violacee în regiunea ampula pavilionară de 6 – 8 cm. Se pune diagnosticul de sarcină extrauterină tubară ampula pavilionară dreaptă.

Hemoperitoneu.

Evoluție postoperatorie favorabilă sub protecție de antibiotice. Penicilină, Gentamicină timp de 5 zile.

Se menține linia venoasă cu branulă și se administrează postoperator imediat 2000 ml ser fiziologic și Glucoză 5%.

Diureza postoperatorie: 2000 ml, iar drenajul andominal – 150 ml sânge.

TA se menține între 100-110/60-70 mmHg, AV = 82’, afebrilă.

Se administrează postoperator medicație antiemetică: Cerucal, pentru reluarea tranzitului de gaze; Proxim f.I. și Propranolol f.I. și Ser fiziologic f.I. – 3 ml la 6 ore. Tranzitul de gaze se reia la 48 ore, cel de materii fecale la 72 ore.

Plaga operatorie vindecată.

Se scoate un rând de fire la 6 zile și al doilea la 7 zile.

Se hotărăște ca pacienta să fie externată cu indicațiile: de a reveni pentru scoaterea firelor; controlul la medicul specialist la 2 săptămâni; repaus fizic, psihic; repaus sexual timp de 30 zile.



NUMELE: I.

PRENUMELE: S.

VÂRSTA: 26 ani, sex feminin

DATA INTERNĂRII : 07.05.2002, ora 12<sup>30</sup>

DATA EXTERNĂRII:14.05.2002

DIAGNOSTIC LA INTRARE: \*Suspect sarcină extrauterină dreaptă

DIAGNOSTIC LA EXTERNARE:\*Sarcină extrauterină tubară dreaptă

INTERVENȚIE CHIRURGICALĂ: 10 mai 2002

\*Laparoscopie diagnostică

\*Salpingectomie dreaptă

\*Anestezie generală I.O.T

MOTIVELE INTERNĂRII:

- amenoree
- grețuri, vărsături apoase matinale
- pierde sânge negricios prin vagin în cantitate mică
- dureri pelviene, cu precădere în fosa iliacă dreaptă.

ANTECEDENTE PERSONALE:

- rujeolă la 6 ani
- scarlatină la 9 ani.

ANTECEDENTE PERSONALE FIZIOLOGICE:

- menstruația la 14 ani, flux moderat
- nașteri = 1
- Ab = 0
- chiuretaje = 0

ANTECEDENTE HEREDO-COLATERALE:

- mama cu diabet de maturitate

ANTECEDENTE SOCIALE:

- statut social – căsătorită
- profesie – absolventă de facultate cu studii economice – economistă
- mediu familial – familie cu un copil bine organizată cu locuință salubră

- obiceiuri alimentare – consumă 3 mese pe zi în grabă, consumă moderat condimente și alcool
- mijloace de relaxare – merge cu familia la părinții săi, ai soțului la țară în aer liber unde se eliberează de stresul cotidian.
- acces la informații – citește literatură, reviste, ascultă radioul și are acces la informații cu caracter cultural.
- relații cu rudele și prietenii – are relații armonioase în familie, în anturaj leagă cu ușurință prietenii.

#### ISTORICUL BOLII:

Pacienta relatează că a avut amenoree și de câteva zile pierde sânge negricios în cantitate mică prin vagin. Acuză grețuri și vărsături matinale apoase. Se prezintă la medicul specialis în policlinică și se internează pentru precizarea diagnosticului și tratament.

#### EXAMEN CLINIC GENERAL:

- tegumente și mucoase – normal colorate

SISTEM MUSCULO-ADIPOS: • bine reprezentat

SISTEM GANGLIONAR: • nepalpabil

SISTEM OSTEOARICULAR: • integru

APARAT RESPIRATOR: • torace normal conformat

- murmur vezicular prezent pe ambele arii pulmonare, R = 18' ritmice

APARAT C.VASCULAR: • cord în limite normale

- zgomote cardiace ritmice
- A.V. = 82'
- șoc apexian în spațiul V intercostal pe linia medioclaviculară
- TA = 120/70 mmHg

APARAT DIGESTIV: • abdomen suplu spontan și la palpare

- apetit capricios
- tranzit intestinal prezent
- ficat și splină în limite normale.

APARAT UROGENITAL: •loje renale libere  
•micțiuni fiziologice 4/zi, 1/noaptea

S.N. •echilibrată, orientată temporo-spațial

R.O.T. •prezente bilateral

## EXAMEN LOCAL

### EXAMEN VALVE

- col de multipară fără leziuni
- pierde sânge negricios în cantitate mică

T.V. •corp uterin ușor mărit de volum în poziție intermediară, mobil  
•anexa stângă sensibilă, mărită de volum  
•anexa stângă nepalpabilă  
•anexa dreaptă sensibilă la mobilizare

## ÎN OBSERVAȚIE PENTRU SARCINĂ EXTRAUTERINĂ DREAPTĂ

### CONCLUZII ALE EXAMENULUI DE LABORATOR:

- Hb. = 11 g %
- L. = 6.300 mmc.
- Ht. = 12g %
- Trombocite = 290.000 mmc.
- VSH = 8 div./1 oră
- Glicemie = 80 mg %
- Uree = 26 mg %
- V.D.R.L. = negativ
- Grup sanguin Rh. = O I, Rh+.

-Ex. sumar urină: {  
-densitate: 1015  
-Ph. = 7,2  
-sediment: {  
-albumină absentă  
-rare leucocite  
-rare hematii

### CONCLUZII ALE EXAMENELOR PARACLINICE

- MRF – pulmon normal

- examen cardiologic – clinic sănătoasă se poate opera

#### EVALUAREA CUNOȘTINȚELOR PACIENTEI DESPRE:

- Boală – pacienta are cunoștințe, a citit despre sarcina extrauterină
- factori predispozanți – nu cunoaște că avortul este un factor predispozant al sarcinii extrauterine
- *Tratament profilactic și medicamentos:*
  - știe că nu există tratament profilactic și medicamentos. A aflat că rezolvarea sarcinii extrauterine este numai chirurgical sau pe cale celioscopică.
  - cere informații despre celioscopie
- *Dorința și bunăvoința de a învăța* – pacienta bolnavă este dornică să știe cât mai multe despre boala sa, pune întrebări.

## CULEGEREA DATELOR PE CELE 14 NEVOI FUNDAMENTALE PENTRU ZIUA DE 10..05.2002

Pacienta **I.S.**, sex feminin de 26 ani cu diagnostic:

- Sarcină extrauterină dreaptă
- Operația: La paroscopie diagnostică urmată de salpingectomie dreaptă celioscopică sub anestezie generală I.O.T.

### **1. A RESPIRA**

- senzație de sufocare postanestezică
- mucoasa respiratorie – umedă, secreție abundentă după decurarizare
- frecvența respiratorie R = 18'
- frecvența pulsului P = 80 bătăi/minut – ritmic
- TA = 100/60 mmHg
- tegumente palide – uscate

### **2. A MÂNCA, A BEA**

- cavitate bucală cu dentiție completă
- mucoasă bucală umedă fără leziuni
- gingiile sunt aderente dinților
- reflex de deglutiție – prezent
- pacienta prezintă restricție alimentară 24 ore postoperator imediat ca măsură terapeutică după intervenția chirurgicală recentă
- pacienta se hidratează parenteral prin perfuzie I.V. și pe cale orală – în cantitate mică cu paiul

### **3. A ELIMINA**

- vărsături postanestezice și postoperatorii bilioase circa 300 ml în amestec cu suc gastric
- transpirație minimă la plici
- sondă vezicală Foley a démeure – instalată anterior intervenției chirurgicale
- urină clară – circa 2000 ml/24 ore
- abdomen sensibil, ușor meteorizat
- tranzit de gaze și materii fecale – absent

### **4. A DORMI, A TE ODIHNI**

- somnolență postanestezică, dar răspunde la întrebări
- somn perturbat, 6 ore cu întreruperi din cauza durerilor și a tratamentului
- adoarme și se trezește datorită durerilor
- pacienta nu este satisfăcută de somn, nu se poate odihni suficient
- somnul este superficial, neodihnitor, o deranjează lumina din salon și zgomotele din secție

## **5. A TE MIȘCA, A AVEA O BUNĂ POSTURĂ**

- stă în pat în decubit dorsal, nu se poate întoarce din cauza perfuziei
- se menține în această poziție timp de 2 ore apoi, ajutată se întoarce în decubit lateral stâng sau drept
- schimbările de poziție sunt dureroase

## **6. A TE ÎMBRĂCA, A TE DEZBRĂCA**

- poartă tricou alb, curat adus de acasă
- hainele de spital sunt alese cu gust adecvate talie (statură și climatului)
- este ajutată să-și schimbe lenjeria de corp ori de câte ori este nevoie

## **7. A MENȚINE TEMP. CORPULUI ÎN LIMITE NORMALE**

- temperatura corpului măsurată în axilă: D =  $36^{\circ}\text{C}$ , S =  $37^{\circ}\text{C}$
- pielea este palidă, cu transpirație minimă la plici
- temperatura ambientală:  $22^{\circ}\text{C}$

## **8. A FI CURAT, ÎNGRIJIT, A-ȚI PROTEJA TEGUMENTELE ȘI MUCOASELE**

- păr curat, tuns scurt
- urechi cu pavilioane curate, cu configurație normală
- cavitate bucală cu dentiție completă, curată fără carii
- tegumente curate, fără leziuni, fără modificări de culoare
- mucoasa gingivală, bucală fără leziuni, roz aderentă dinților
- unghiile îngrijite, curate, tăiate scurt
- are deprinderi igienice sănătoase, se spală pe dinți de 2-3 ori pe zi, face duș zilnic

## **9. A EVITA PERICOLELE**

- prezintă incizie recentă postoperatorie
- anxietate moderată cauzată de medicația anestezică și analgetică
- salonul are temperatura de 22 °C cu poluare fonică
- nu are abilitatea de a se proteja din cauza intervenției chirurgicale și a rahianesteziei
- nu are control lejer asupra mediului înconjurător
- are dureri postoperatorii pe care le semnalizează și care îi dau o agitație, iritabilitate
- este vulnerabilă pentru infecții nazocomiale din cauza intervenției chirurgicale

## **10. A COMUNICA**

- acuitate auditivă și vizuală – normală
- vorbire târăgănată postoperator, datorită medicației anestezeice, apoi comunică normal cu familia ei
- își exprimă ușor emoțiile, temerile
- are capacitatea de a angaja relații ușor cu cei din jur AMG, medic, infirmiere
- relații armonioase în anturajul nou creat – salon

## **11. A-ȚI PRACTICA RELIGIA**

- pacienta este de religie ortodoxă
- preoperator și-a spus rugăciunea și s-a închinat
- crede în Dumnezeu tatăl și Iisus Christos-fiul
- se închină seara la culcare și își spune rugăciunea

## **12. A FI UTIL, A TE REALIZA**

- având studii comunică ușor cu cei din jur
- nu se simte utilă pentru că în sala de operație ea este cea care are nevoie de sprijin moral
- nu poate fi utilă celor din jur având în vedere că se află în postoperatorul imediat

## **13. A TE RECREEA**

- înainte de a intra în sala de operație s-a recreat citind reviste și a conversat pe diverse teme cu colegele de salon
- după operație – capacitatea fizică nu-i permite să se destingă
- are dorința să fie ajutată să se relaxeze

#### **14. A ÎNVĂȚA**

- pacienta are studii superioare, este dornică să știe cât mai multe despre felul acestor intervenții chirurgicale
- în sala de operație înaintea intervenției chirurgicale a dorit detalii asupra metodei de intervenții – cerioscopia
- pacienta pune întrebări despre avantajele și dezavantajele aplicate ei – înțelege corect mesajul
- pacienta cunoaște multe amănunte despre afecțiunea sa
- pacienta știe că trebuie să se prezinte la medic în timp util, deasemenea cunoaște și regimul de viață după intervenția chirurgicală.





Plan orar al pacientei **I.S.** în vârstă de 26 de ani cu diagnosticul:

**SARCINĂ EXTRAUTERINĂ TUBARĂ DREAPTĂ  
PENTRU DATA DE: 09.05.2002**

6 <sup>00</sup> - 7 <sup>00</sup>	7 <sup>00</sup> - 8 <sup>00</sup>	8 <sup>00</sup> - 9 <sup>00</sup>	9 <sup>00</sup> - 10 <sup>00</sup>	10 <sup>00</sup> - 11 <sup>00</sup>	11 <sup>00</sup> - 12 <sup>00</sup>	12 <sup>00</sup> - 13 <sup>00</sup>	13 <sup>00</sup> - 14 <sup>00</sup>	14 <sup>00</sup> - 15 <sup>00</sup>
-Toaletă generală: spă – lat pe dinți, torace, axile toaleta intimă; -Refacerea patului după somnul de noapte; -Schimbarea lenjeriei de noapte cu cea de zi; -Aerisirea salonului.	-Termometrizarea; -Recoltarea de analize; -Micul dejun.	-Pregătirea pentru vizita medicală; -Repaus la pat.	-Vizita medicului la saloane.	-Examenele paraclinice: MRF, Examenul cardiologic.	-Examen preanestezic în vederea intervenției chirurgicale de mâine; -Programare pentru intervenția chirurgicală; -Primește informații de la medic și AMG, despre operație, dietă și pregătiri igienice.	-Repaus la pat; -Ingeră 100 ml de manitol 10%, în 500 ml apă pentru pregătirea operației.	-Vizita familiei, a mamei și a soțului.	-Somnul de după amiază

15 <sup>00</sup> – 16 <sup>00</sup>	16 <sup>00</sup> – 17 <sup>00</sup>	17 <sup>00</sup> – 18 <sup>00</sup>	18 <sup>00</sup> – 19 <sup>00</sup>	19 <sup>00</sup> – 20 <sup>00</sup>	20 <sup>00</sup> – 21 <sup>00</sup>	21 <sup>00</sup> – 22 <sup>00</sup>	22 <sup>00</sup> – 23 <sup>00</sup>	23 <sup>00</sup> - 24 <sup>00</sup>
-Hidratare cu ceai; -Ascultă radioul; -Răsfoiește ziare, reviste.	-Repaus la pat.	-Termometrizarea pacienței; -Toaleta vulvară: raderea pilozităților.	-Hidratare cu ceai; -Duș scurt cu spălarea abdomenului cu betadină; -Schimbarea cu lenjerie curată călcată de acasă.	-Pregătirea pentru somnul de noapte; -Aerisirea salonului; -Se administrează 1 tb de Diazepam.	-Se stinge lumina în salon.	-Repaus nocturn – somn.	-Somn.	-Somn.

## EXAMENE DE LABORATOR

<b>Data</b>	<b>Medic</b>	<b>Proba de laborator</b>	<b>Rezultat</b>
08.05.2001		Hemoglobină Leucocite Hematocrit Trombocite VSH Glicemie Uree V.D.R.L. Grup sanguin Rh.	11 g % 6300 mmc 12 g % 290.000 mmc 8 div/lh 80 mg % 26 mg % negativ O I, Rh+
		Examen urină	Densitate – 1015 Ph. = 7,2 Albumină – absent Sediment – rare leucocite, – rare hematii.

## EXAMENE PARACLINICE

<b>Data</b>	<b>Medic</b>	<b>Examen cerut</b>	<b>Rezultat</b>
08.05.2002		<b>M.R.F.</b> Examen cardiologic	– Pulmon normal. – clinic sănătoasă și se poate opera.

## PARAMETRII FIZIOLOGICI

<b>Data</b>	<b>T.A.</b>	<b>R.</b>	<b>P.</b>	<b>Diureză</b>	<b>Temperatura</b>	<b>Observații</b>
07.05.2002	110/60				D = 36,2 °C S = 36,4 °C	
08.05.2002	110/60				D = 36,2 °C S = 36,4 °C	
09.05.2002	100/60				D = 36,3 °C S = 36,8 °C	
10.05.2002 Ora 12 Ora 14 Ora 16 Ora 18 Ora 20 Ora 22 Ora 24	100/60 100/60 100/60 100/60 100/60 100/60 100/60	18'    18'	79' 82' 80' 82' 82' 80' 80'	300 ml  200 ml  500 ml  500 ml		-acuză dureri post-operatorii. -diureză pe sondă Foley a démeure.
11.05.2002	110/60	17'	82'	2000 ml	D = 36,6 °C S = 36,8 °C	-se suprimă Sonda jul urinar Foley.
12.05.2002	120/70	16'	80'	2000 ml	D = 36,4 °C S = 36,6 °C	-tranzit de gaze.
13.05.2002	110/60	16'	86'	2000 ml	D = 36,2 °C S = 36,9 °C	-tranzit de gaze și materii fecale reluat.

## FOAIE DE EVOLUȚIE

Data	Evoluția zilnică	Tratament
07.05.2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>• stare generală bună</li> <li>• afebrilă; <math>T^D = 26,2 \text{ } ^\circ\text{C}</math>, <math>T^S = 26,4 \text{ } ^\circ\text{C}</math></li> <li>• abdomen suplu</li> <li>• tranzit de gaze și materii fecale prezenz</li> <li>• TA = 110/60 mmHg</li> <li>• pierde sânge negricios prin vagin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diazepam tb.1</li> </ul>
08.05.2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>• stare generală bună</li> <li>• afebrilă; <math>T^D = 36 \text{ } ^\circ\text{C}</math>, <math>T^S = 36,4 \text{ } ^\circ\text{C}</math></li> <li>• grețuri, vărsături matinale apoase</li> <li>• pierde sânge negricios prin vagin în cantitate mică</li> <li>• TA = 110/60 mmHg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dazepam tb.1</li> </ul>
09.05.2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>• stare generală bună</li> <li>• afebrilă; <math>T^D = 36,3 \text{ } ^\circ\text{C}</math>, <math>T^S = 36,8 \text{ } ^\circ\text{C}</math></li> <li>• abdomen suplu sensibil în loja anexială dreaptă</li> <li>• TA = 100/60 mmHg</li> <li>• pregătire operatorie pentru Laparoscopie diagnostică: dietă hidrică 100 ml Manitol 10%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diazepam tb.1</li> </ul>
10.05.2002	<p>Ora 08<sup>00</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• spălătură vaginală</li> <li>• toaleta vaginală cu soluție de betadină</li> <li>• sondaj vezical Foley în circuit închis</li> <li>• TA = 110/60 mmHg</li> </ul>	<p>Intraoperator:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mialgin f.1</li> <li>• Atropină f.2</li> <li>• Nesdonal f.1</li> <li>• Lystenon f.1</li> </ul>

Data	Evoluția zilnică	Tratament
10.05.2002	<p>Ora 08<sup>30</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•preanestezie: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Atropină 1 mg</li> <li>-Mialgin 50 mg</li> </ul> </li> <li>•perfuzie cu branulă: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ser fiziologic 500 ml</li> </ul> </li> <li>•preoperator: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Lifurox 1,5 g în p.v.</li> </ul> </li> </ul> <p>Ora 09<sup>00</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•pacienta trează colaborantă răspunde la întrebări</li> <li>•se tranferă în salonul postoperator</li> <li>•se supraveghează: TA, P, R, T, diureza</li> <li>•diureza intraoperatorie – 300 ml urină clară</li> </ul> <p>Ora 12<sup>00</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•stare generală bună</li> <li>•vărsături postanestezice și postoperatorii bilioase cca. 300 ml</li> <li>•TA = 100/60 mmHg, P = 80'</li> </ul> <p>Ora 14<sup>00</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•continuă perfuzie</li> <li>•stare generală bună</li> <li>•diureză 200 ml, urină clară</li> <li>•TA = 100/60 mmHg, P = 80'</li> </ul> <p>Ora 16<sup>00</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•pansament curat, acuză dureri abdominale</li> <li>•TA = 100/60 mmHg, P = 82'</li> </ul> <p>Ora 18<sup>00</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•afebrilă, diureză – 500 ml</li> <li>•TA = 100/60 mmHg, P = 82'</li> </ul> <p>Ora 20<sup>00</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•stare generală bună</li> <li>•toleranță digestivă bună</li> <li>•TA = 110/60 mmHg, P = 80', R = 16'</li> </ul> <p>Ora 24<sup>00</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•stare generală bună</li> <li>•dureri postoperatorii</li> <li>•TA = 110/60 mmHg, P = 80'</li> <li>•diureză – 500 ml urină clară</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Pavilan f.2</li> <li>•Fortral f.1</li> <li>•Miostin f.1</li> <li>•Miofilin f.1</li> <li>•Ser fiziologic – 1000 ml</li> <li>•Glucoză 5% - 500 ml</li> <li>•Ser Ringer – 500 ml</li> </ul> <p>10.05.2002</p> <p>Postoperator:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Lifurox 1,5 g ora 18 i.v.</li> <li>•Profenid f.II.i.m. la nevoie</li> <li>•Algocalmin f.II.i.m. la nevoie</li> <li>•Fenobarbital f.I.i.m. seara</li> <li>•Glucoză 10% 1000 ml</li> <li>•Ser fiziologic 500 ml</li> <li>•Cerucal f.I.</li> <li>•Cerucal f.I. în perfuzie</li> </ul> <p>} per fu zie</p>



<b>Data</b>	<b>Evoluția zilnică</b>	<b>Tratament</b>
11.05.2002	<p>Ora 06<sup>00</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• stare generală bună</li> <li>• afebrilă</li> <li>• pansament curat</li> <li>• TA = 110/60 mmHg, R = 16'</li> <li>• Diureză pe 24 de ore – 1500 ml</li> <li>• T<sup>D</sup> = 26,4 °C, T<sup>S</sup> = 36,6 °C</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profenid f.II.i.m. la nevoie</li> <li>• Diazepam tb.1</li> </ul>
12.05.2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>• stare generală bună</li> <li>• afebrilă</li> <li>• tranzit de gaze reluat</li> <li>• abdomen suplu</li> <li>• TA = 120/70 mmHg, P = 74', R = 16'</li> <li>• plagă fără semne de inflamație</li> <li>• T<sup>D</sup> = 36,4 °C, T<sup>S</sup> = 36,6 °C</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Algocalmin f.II.i.m. la nevoie</li> <li>• Diazepam tb.1</li> </ul>
13.05.2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>• stare generală bună</li> <li>• afebrilă</li> <li>• tranzit de gaze și materii fecale reluat</li> <li>• TA = 110/60 mmHg, P = 74', R = 16'</li> <li>• plagă fără semne de inflamație</li> <li>• T<sup>D</sup> = 36,2 °C, T<sup>S</sup> = 36,9 °C</li> <li>• se externează, revine pe 15.05.2002</li> </ul>	

## FOAIE DE ALIMENTAȚIE

**Alimente permise:** lapte, brânză de vaci, iaurt, carne de pasăre, vită, pește alb, legume fierte, salate, supe, ciorbe, sucuri de fructe, compoturi.

**Alimente interzise:** fasole, mazăre, varză, mezeluri, afumături, condimente, alcool, cafea.

<b>Data</b>	<b>Medic</b>	<b>Sucesiunea meselor</b>	<b>Regimul alimentar</b>
07.05.2002	B.C.	Mic dejun Supliment Prânz Cină	<ul style="list-style-type: none"><li>• pâine prăjită, ou, ceai</li><li>• un pahar de lapte bătut</li><li>• supă de legume, pilaf cu carne de pasăre</li><li>• mămăligă cu brânză de vaci, ceai</li></ul>
08.05.2002	B.C.	Mic dejun Supliment Prânz Cină	<ul style="list-style-type: none"><li>• pâine prăjită, unt, ceai</li><li>• un pahar de iaurt cu biscuiți</li><li>• supă cremă cu crutoane, fasole verde cu carne de vită</li><li>• budincă de paște, ceai</li></ul>
09.05.2002	B.C.	Mic dejun Supliment Prânz Cină	<ul style="list-style-type: none"><li>• pâine cu margarină, ceai</li><li>• compot de prune</li><li>• ciorbă de zarzavat, pâine de cartofi cu pui</li><li>• tocană de legume, ceai</li></ul>
10.05.2002	B.C.	Mic dejun Supliment Prânz Cină	<ul style="list-style-type: none"><li>• Regim hidro-zaharat, ceai 1500 ml</li></ul>
11.05.2002	B.C.	Mic dejun Supliment Prânz Cină	<ul style="list-style-type: none"><li>• Regim hidro-zaharat, ceai 1500 ml</li></ul>

<b>Data</b>	<b>Medic</b>	<b>Sucesiunea meselor</b>	<b>Regimul alimentar</b>
12.05.2002	B.C.	Mic dejun Supliment Prânz  Cină	<ul style="list-style-type: none"> <li>• iaurt 125 gr, biscuiți</li> <li>• compot de mere</li> <li>• supă cremă de legume, piure de cartofi cu pui la grătar</li> <li>• ceai, biscuiți</li> </ul>
13.05.2002	B.C.	Mic dejun Supliment Prânz  Cină	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pâine prăjită, ou moale, ceai</li> <li>• o cană de lapte</li> <li>• supă de pasăre cu găluște, sote de legume cu carne de pasăre</li> <li>• iaurt, biscuiți</li> </ul>

# FIȘA TEHNICĂ

## PERFUZIA

**DEFINIȚIE:** Introducerea picătură cu picătură pe cale intravenoasă a soluțiilor medicamentoase. Este considerată linia vieții în acordarea ajutorului de urgență.

**SCOP:** Echilibrarea hidroelectrolitică a organismului și administrarea medicamentelor cu efect prelungit.

OBIECTIVE	TIMPI DE AXECUȚIE
<b>MATERIAL NECESAR</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• tavă medicală acoperită cu câmp steril</li><li>• trusă sterilă de perfuzie</li><li>• ace de metal de unică folosință</li><li>• soluții perfuzabile</li><li>• seringi de unică folosință (5 – 10 ml)</li><li>• ace sterile</li><li>• casoletă cu comprese sterile</li><li>• mănuși sterile pentru asistență</li><li>• romplast</li><li>• garou</li><li>• tăviță renală</li><li>• tampoane sterile de unică folosință</li><li>• alcool</li><li>• mușama și aleză</li><li>• săpun și prosop</li></ul>
<b>TEHNICA PERFUZIEI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• nursa se spală pe mâini cu apă și săpun, se dezinfectează cu alcool, desface căpăcelul protector al flaconului de perfuzat și dezinfectează cu alcool locul de unde se aplică perfuzia</li><li>• scoate trusa de perfuzie din sacul de polietilenă, îndepărtează tubul protector după ac și pătrunde cu acul în dopul de cauciuc al flaconului de perfuzat, păstrând închis circuitul trusei cu ajutorul prestubului</li><li>• se îndepărtează teaca protectoare de la cpătul proximal al trusei și se ridică trusa de perfuzie deasupra nivelului flaconului, se deschide ușor prestubul și se lasă să curgă în cicuitul trusei substanța medicamentoasă până când se elimină</li></ul>

OBIECTIVE	TIMPI DE EXECUȚIE
<p><b>TEHNICA PERFUZIEI</b></p>	<p>complet aerul și bulele de aer din circuit;  <ul style="list-style-type: none"> <li>• se închide apoi prestubul și se acoperă capătul proximal al trusei cu teaca protectoare.</li> </ul> </p>
<p><b>PREGĂTIREA PSIHICĂ A PACIENTEI</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• se anunță pacienta</li> <li>• i se explică tehnica</li> <li>• i se solicită colaborarea</li> </ul>
<p><b>PREGĂTIREA FIZICĂ A PACIENTEI</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• se așează pacienta pe pat în decubit dorsal cu brațul în extensie</li> <li>• sub brațul pacientei i se așează mușamaua, aleza</li> <li>• se acoperă pacienta cu o pătură</li> <li>• ne asigurăm că înainte de montarea perfuziei, pacienta și-a golit vezica</li> </ul>
<p><b>TEHNICA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nursa se spală pe mâini cu apă și săpun, examinează starea și calitatea venelor, își pune mănușile de cauciuc, aplică garoul deasupra plicii cotului și dezinfectează pe o suprafață de 10-15 cm</li> <li>• se solicită pacientei să închidă – deschidă pumnul, se efectuează puncția venoasă cu acul atașat la trusă introducându-l în mijlocul venei cu bizoul în sus, în direcția axului longitudinal al venei</li> <li>• se împinge acul de-a lungul venei, se verifică poziția acului în venă, se îndepărtează garoul</li> <li>• se deschide prestubul și se reglează viteza de curgere după medicația medicului</li> <li>• se supraveghează permanent perfuzia</li> <li>• operația de schimbare a pungii sau flaconului trebuie să se facă în condiții de perfectă asepsie, dezinfectând dopul</li> <li>• după terminarea perfuziei, se închide prestubul, se pregătește o compresă sterilă îmbibată în alcool și se extrage acul din venă printr-o mișcare bruscă</li> <li>• se efectuează un pansament steril și se fixează cu romplast.</li> </ul>

**DE REȚINUT:** Menținerea locului de perfuzie la pacienți se face schimbând pansamentul la 24 ore, inspectând locul pentru inflamație, schimbarea tubulaturii la max. 72 h, toate substanțele perfuzabile trebuind etichetate cu data, ora și medicația adăugată.

## CONCLUZIA GENERALĂ

Pacienta **I.S.** de 26 ani, sex feminin, se internează pe data de 07.05.2002, ora 12<sup>30</sup> cu diagnosticul suspect: *Sarcină extrauterină dreaptă*.

Motivul internării sunt: amenoree, grețuri, vărsături apoase matinale, pierde sânge negricios prin vagin, dureri pelviene în special în fosa iliacă dreaptă.

Din istoricul bolii reiese: că pacienta a avut amenoree, și de câteva zile pierde sânge negricios în cantitate mică prin vagin, acuză grețuri și vărsături matinale apoase.

Se internează pentru precizare de diagnostic și tratament.

Antecedentele personale evidențiază că pacienta a avut rujeolă la 6 ani și scarlatină la 9 ani.

Antecedentele personale fiziologice evidențiază că pacienta a avut prima menstruație la 14 ani cu flux moderat, o naștere, avort = 0, chiuretaje = 0.

Examenul clinic general evidențiază:

- tegumente și mucoase normale colorate
- sistem muscular bine reprezentat
- sistem ganglionar nepalpabil
- sistem osteo – articular integru

Aparat respirator – torace normal conformat, murmur vezicular prezent pe ambele arii pulmonare, R = 18'.

Aparat cardiovascular – cord în limite normale, zgomote cardiace ritmice, AV = 82'. Șoc apexian în spațiul 5 intercostal pe linia medioclaviculară, TA = 120/70 mmHg.

Aparat digestiv – abdomen suplu, apetit capricios, tranzit intestinal prezent. Ficat și splină în limite normale.

Aparat urinar – loje renale libere, micțiuni fiziologice 4 pe zi și 1 pe noapte.

S.N. echilibrată, orientată temporo – spațial.

R.O.T. prezente bilateral.

Se investighează paraclinic:

- M.R.F. – pulmon normal.

Examen cardiologic – clinic sănătoasă, se poate opera.

Se recoltează:

- Hb = 11 g %
- L = 6.300 mmc
- Hematocrit = 12 g %

- Trombocite = 290.000 mmc
- VSH = 8 div/1 h
- Glicemie = 80 mg %
- Uree = 26 mg %
- V.D.R.L. = negativ
- Grup sanguin Rh. = O I, Rh +

Examen urină: • Densitate = 1015, • Ph = 7,2  
 • Albumină = absent  
 • Sediment: -rare leucocite  
 -rare hematii.

În data de 09.05.2002 se decide Laparoscopie diagnostică și se constată o sarcină extrauterină extrauterină tubară dreaptă. Se practică salpingectomie dreaptă celioscopică.

Evoluția postoperatorie favorabilă sub protecție de antibiotice: Lifurox 1,5 gr la 12 ore i.v., analgetice: algocalmin f.II.i.m. la nevoie, Profemid f.II.i.m. la nevoie.

Starea generală este bună, TA se menține la 110/60 mmHg, P = 82', R = 18'. Diureza pe 24 ore – 1500 ml, urină clară pe sondă Folez. La 24 ore se suprimă drenajul urinar.

Pansamentul curat, abdomen suplu. Se reia tranzitul de gaze la 48 de ore și de materii fecale la 72 de ore.

Plaga operatorie în curs de cicatrizare. Pacienta se externează la 3 zile de la intervenție urmând să revină pe data de 15 mai 2002 pentru scoaterea firelor.

Se recomandă:

- evitarea eforturilor fizice
- concediu medical 2 săptămâni
- control la medicul specialist la 10 zile
- repaus sexual 30 de zile.



NIMELE: N.

PRENUMELE: C.

VÂRSTA: 30 ani, sex feminin

DATA INTERNĂRII : 20.11.2001 ora 18<sup>10</sup>

DATA EXTERNĂRII: 28.11.2001

DIAGNOSTIC LA INTERNARE: \*Sarcină ectopică dreaptă

DIAGNOSTIC LA EXTERNARE: \*Sarcină extrauterină tubară ampula pavilionară dreaptă. Chist ovarian drept.

MOTIVELE INTERNĂRII:

- grețuri, vărsături matinale
- pierde sânge negricios în cantitate mică prin vagin
- dureri colicative în fosa iliacă dreaptă
- lipotimie

INTERVENȚIE CHIRURGICALĂ: 22.11.2001

\*Operația – Anexectomie dreaptă sub anestezie generală I.O.T.

ANTECEDENTE PERSONALE:

- oreion, varicelă
- P.M. = 13 ani, cuclu regulat

ANTECEDENTE PERSONALE FIZIOLOGICE:

- nașteri = 1            U.M. = 07.10.2001
- Ab. = 0
- Chiuretaje = 2

ANTECEDENTE SOCIALE:

- statut socio-economic – căsătorită
- profesie – vânzătoare
- mediu familial – consumatoare de cafea
- obiceiuri alimentare – regim adecvat
- nivel de educație – 12 clase
- mod de relaxare – tricotează, citește reviste
- acces la informații – ascultă radioul, se uită la TV
- relații cu rudele și prietenii – corespunzătoare

## ISTORICUL BOLII:

Pacienta relatează că nu are menstruație – U.M. pe data de 07.10.2001, acuză dureri colicative în fosa iliacă dreaptă, grețuri, vărsături apoase matinale. Pierde sânge negricios prin vagin în cantitate mică. Se prezintă la medicul specialist care recomandă internare – după ce pacienta a fost internată a avut o stare de lipotimie. Pacienta este suspectă de: **sarcină ectopică dreaptă**.

## EXAMEN CLINIC GENERAL:

- Î = 1,64 m; Gr. = 62 kg.

## CONCLUZII ALE EXAMENULUI FIZIC:

- tegumente și mucoase – palide

SISTEM MUSCULO – ADIPOS:      •normal reprezentat

SISTEM GANGLIONAR:              •nepalpabil

SISTEM OSTEO – ARTICULAR:      •integru

APARAT RESPIRATOR:              •torace normal conformat  
•murmur vezicular prezent pe ambele arii pulmonare, R = 18' ritmică

APARAT C. VASCULAR:              •cord în limite normale  
•zgomote cardiace ritmice  
•AV = 80'  
•șoc apexian în spațiul V intercostal stâng pe linia medio-claviculară

APARAT DIGESTIV:                  •abdomen suplu, sensibil în fosa iliacă dr.  
•apetit păstrat  
•tranzit intestinal prezent  
•ficat și splină în limite normale

## CONCLUZII ALE EXAMENELOR DE LABORATOR: 20.11.2001

<b>EXAMENE DE LABORATOR</b>		Valori în lim. normale
Hemoglobină	11,5	8 – 15
Glucoză	107 mg/dl	65 – 120
Uree	23,6 mg/dl	15,0 – 45,0
Creatinină	6 mg/dl	6 – 1,3
T.G.O.	21 U/L	15 – 50
T.G.P.	25 U/L	15 – 65
P.T.	12,0 %	
A.P.	96 %	
Fibrinogen	862 mg %	180 – 350 %
APTT	20,4''	26 – 36''
V.D.R.L.	Negativ	

### CONCLUZII ALE EXAMENELOR PARACLINICE:

- MRF = pulmon normal  
20.11.2001
- ECHO: -corp uterin de volum normal fără conținut  
-la nivelul tubei drepte sac cordon embrionar
- Ex. cardiologic = clinic sănătoasă, se poate opera.

### CULEGEREA DATELOR PE CELE 14 NEVOI FUNDAMENTALE pentru data de 20.11.2001

Pacienta **N.C.** în vârstă de 30 ani cu diagnostic de: **sarcină ectopică dreaptă.**

#### 1. A RESPIRA

- torace normal conformat
- se destind ambele hemitorace ritmic
- frecvența respiratorie R = 18'
- pauze egale între respirații
- tip de respirație costal superior cu mucoasă respiratorie fără secreții
- puls ritmic = 82 bătăi/minut

- TA = 100/60 mmHg
- tegumente ușor palide uscate la periferie

## **2. A MÂNCA, A BEA**

- dentiție completă
- mucoasă bucală faringiană fără letiuni
- limbă încărcată dimineața
- masticăție ușoară, bună
- reflex de deglutiție – prezent
- se hidratează cu lichide în funcție de senzația de sete – consumă circa 1500 ml de: apă plată, sucuri de fructe
- prezintă grețuri, vărsături apoase – dimineața
- apetitul este normal, servește 3 mese pe zi

## **3. A ELIMINA**

- vărsături apoase matinale 4 pe zi și 1 noaptea
- transpirație minimă la plici
- urină de aspect normal
- metroragie cu sânge negricios prin vagin în cantitate mică
- constipație
- scaun prezent la 3 zile

## **4. A DORMI, A TE ODIHNI**

- durata somnului este de cca. 5 ore pe noapte
- adoarme, se trezește în cursul nopții, durerea colicativă îi deranjează somnul
- se liniștește și adoarme din nou după ce i se administrează o fiolă de algocalmin i.m.
- se plânge că nu se poate odihni corespunzător, și din cauza durerilor postoperatorii

## **5. A TE MIȘCA, A AVEA O BUNĂ POSTURĂ**

- acțiune sinergică și coordonată a aparatului locomotor, muscular și sistemul nervos
- mișcările sunt coordonate, armonioase și incomplete
- pacienta este mai puțin activă, nu în îndeplințarea puterilor sale
- uneori durerea din fosa iliacă dreaptă o face să rămână în pat ghemuită

## **6. A TE ÎMBRĂCA, A TE DEZBRĂCA**

- poartă haine curate, alese cu gust în culori vii – cămașa de noapte, halat, papuci
- hainele sunt adecvate taliei, staturii și anotimpului și reliefează un statut social-economic bun
- pacienta este ordonată, își ține hainele aranjate pe un scaun
- are capacitatea fizică și psihică de a se îmbrăca și dezbrăca singură, fără ajutor

## **7. A MENȚINE TEMP. CORPULUI ÎN LIMITE NORMALE**

- temperatura corpului măsurată în axilă: D = 36,2 °C, S = 36,7 °C
- pielea este ușor palidă, călduță cu transpirație minimă

## **8. A FI CURAT ÎNGRIJIT, A-ȚI PROTEJA TEGUMENTELE ȘI MUCOASELE**

- păr lung, suplu, curat
- urechi cu configurație normală, curate
- nas cu secreții minime
- cavitate bucală cu dentiție albă
- se spală pe dinți cu periuța și pasta după fiecare masă
- unghiile tăiate scurt, curate, cu pielițele tăiate, date cu oă
- tegumentele cu colorație normală, curate, fără leziuni
- se spală zilnic până la brâu
- își efectuează toaleta vulvară de 2-3 ori pe zi cu apă caldă și săpun
- menține un torșon curat în regiunea vulvară

## **9. A EVITA PERICOLELE**

- dureri colicative ce cedează la antialgice
- salon curat, dezinfectat, aerisit cu temperaturi de 24 de grade
- este susceptibilă de a-i fi afectată integritatea fizică prin creșterea sarcinii în afara uterului în trompă – ruptura trompei (hemoperitoneu)
- nu are capacitatea fizică și nici psihică de a împiedica acest incident
- acuză dureri colicative în fosa iliacă dreaptă
- este anxioasă, iritabilă din cauza situației: internare, operație, anestezie
- exprimă o percepere negativă legată de pierderea trompei și de posibilitatea de a nu mai putea avea copii

## **10. A COMUNICA**

- funcționarea adecvată a organelor de simț: auz, văz, pipăit
- relatează despre boală cu un debit verbal cu limbaj clar, are un facies expresiv
- integritate optimă a aparatului locomotor
- își exprimă ușor dorințele, temerile legate de boala sa, de operație
- are personalitate, este încrezătoare și stabilește ușor legături cu persoanele din jur: medic, Amg
- are capacitatea de a se angaja și menține relații cu cei din jur – are relații armonioase în familie

## **11. A-ȚI PRACTICA RELIGIA**

- pacienta este o femeie credincioasă, de religie ortodoxă
- crede în ființa supremă Dumnezeu, poartă la gât o cruciuliță
- este onestă și are încredere în dreptatea și iertarea lui Dumnezeu
- când are timp, în zilele de sărbătoare se duce la biserică, postește
- își spune rugăciunea seara la culcare și se închină la Dumnezeu

## **12. A FI UTIL, A TE REALIZA**

- pacienta colaborează ușor cu cei din jur, intervine imediat, atât cât îi este posibil, să-i ajute pe cei din salon cu ea. Le aduce un pahar cu apă, le susține

pe cele mai în vârstă, le ajută să meargă la toaletă, în felul acesta, ea se simte utilă

### **13. A TE RECREEA**

- pacienta este dinamică, psihică, adaptabilă
- pacienta se relaxează citind: presa, literatură și ascultă radioul
- pacienta tricotează foarte frumos diferite modele la un pulovăr și această îndeletnicire o face să se recreeze

### **14. A ÎNVĂȚA**

- pacienta are dorința și este interesată să învețe cum să-și îngrijească sănătatea, să evite astfel de schimbări neplăcute
- cere informații despre operație, anestezie, tratament
- se documentează, întreabă, dorește să dobândească cunoștințe noi despre mijloacele specifice de îngrijire în colectivități
- pune întrebări despre perioada de convaleșcență și despre anticoncepție.

Plan orar al pacientei **N.C.** în vârstă de 30 de ani cu diagnostic de:  
**SARCINĂ EXTRAUTERINĂ DREAPTĂ**  
**PENTRU DATA DE 21.11.2001**

06 <sup>00</sup> – 07 <sup>00</sup>	07 <sup>00</sup> – 08 <sup>00</sup>	08 <sup>00</sup> – 09 <sup>00</sup>	09 <sup>00</sup> – 10 <sup>00</sup>	10 <sup>00</sup> – 11 <sup>00</sup>	11 <sup>00</sup> – 12 <sup>00</sup>	12 <sup>00</sup> – 13 <sup>00</sup>	13 <sup>00</sup> – 14 <sup>00</sup>	14 <sup>00</sup> – 15 <sup>00</sup>
-Trezirea de după somnul de noapte, -Toaletă generală: spălat pe dinți, torace, axile -Toaleta intimă, -Periutul părului, - Schimbare a lenjeriei de noapte, cu cea de zi, -Aerisirea salonului	-Termome – trizarea, -Recoltarea de analize, -Micul dejun	-Pregătirea pentru vizita medicală, -Repaus la pat	-Vizita medicului la saloane	-Examenele paraclinice: MRF,ECHO	-Examen preanestezic în vederea intervenției chirurgicale de mâine, -Programare pentru intervenția chirurgicală, -Primește informații de la medic și AMG, despre operație, dietă și pregătiri igienice	-Repaus la pat, -Dietă hidrică	-Vizita familiei, a soțului	-Somnul de după amiază



15 <sup>00</sup> – 16 <sup>00</sup>	16 <sup>00</sup> – 17 <sup>00</sup>	17 <sup>00</sup> – 18 <sup>00</sup>	18 <sup>00</sup> – 19 <sup>00</sup>	19 <sup>00</sup> – 20 <sup>00</sup>	20 <sup>00</sup> – 21 <sup>00</sup>	21 <sup>00</sup> – 22 <sup>00</sup>	22 <sup>00</sup> – 23 <sup>00</sup>	23 <sup>00</sup> – 24 <sup>00</sup>
-Hidratare cu ceai, -Citește ziare și reviste	-Repaus la pat	-Termome – trizarea pacienței -Toaleta vaginală: raderea pilozităților	-Hidratare cu ceai, -Duș scurt cu spălarea abdomenului cu betadină, -Schimbarea lenjeriei cu una curată călcată de acasă	-Pregătirea pentru somnul de noapte, -Aerisirea salonului, -Se administrează 1 tb. de Dizepam	-Ascultă radioul, schimbă impresii cu colegile de salon	-Repaus nocturn, -Se stinge lumina în salon	-Somn	-Somn



## EXAMENE DE LABORATOR

<b>Data</b>	<b>Medic</b>	<b>Proba de laborator</b>	<b>Rezultat</b>
20.11.2001		Hemoglobină Glucoză Uree Creatinină TGO TGP PT AP Fibrinogen A.P.T.T V.D.R.L.	11,5 g % 107 mg/dl 23,6 mg/dl 6 mg/dl 21 U/L 25 U/L 12,0 % 96 % 862 mg % 20,4 negativ

## EXAMENE PARACLINICE

<b>Data</b>	<b>Medic</b>	<b>Examen cerut</b>	<b>REZULTAT</b>
20.11.2001		<b>M.R.F.</b>	-Pulmon normal
		<b>ECHO</b>	-corp uterin de volum normal fără conținut; -la nivelul tubei drepte sac cordon embrionar

## PARAMETRI FIZIOLOGICI

<b>Data</b>	<b>T.A.</b>	<b>R.</b>	<b>P.</b>	<b>Diureză</b>	<b>Temperatura</b>	<b>Observații</b>
20.11.2001	110/70		80'		T = 36 °C	
21.11.2001	110/70		80'		T = 36 °C	
22.11.2001	110/60		80'		D = 36,2 °C S = 36,7 °C	-acuză dureri post-operatorii
23.11.2001	110/60	18'	80'	2000 ml	D = 36,2 °C S = 36,4 °C	-acuză dureri post-operatorii -diureză pe sondă Foley a démeure
24.11.2001	110/70	17'	82'	2000 ml	D = 36,3 °C S = 36,5 °C	-se suprimă Sonda jul urinar Foley
25.11.2001	110/70	16'	84'	2000 ml	D = 36,4 °C S = 36,6 °C	-tranzit de gaze reluat
26.11.2001	110/60	16'	84'	2000 ml	D = 36,3 °C S = 36,7 °C	-tranzit de gaze și materii fecale reluat
27.11.2001	110/70	18'	85'	2000 ml		-abdomen suplu -pansament curat

## FOAIE DE EVOLUȚIE ȘI TRATAMENT

Data	Evoluția zilnică	Tratament
21.11.2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>• stare generală bună</li> <li>• afebrilă, T<sup>D</sup> = 36,2 °C, T<sup>S</sup> = 36,4 °C</li> <li>• abdomen suplu, mobil cu respirația</li> <li>• tranzit de gaze și materii fecale prezent</li> <li>• TA = 110/70 mmHg</li> <li>• AV = 80'</li> <li>• pierde sânge negricios în cantitate mică prin vagin</li> <li>• pregătire preoperatorie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diazepam tb. 1</li> </ul>
22.11.2001	<p>Ora 12<sup>00</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pacienta trează răspunde la simuli externi</li> <li>• grețuri, vărsături bilioase postanestezice</li> <li>• acuze abdominale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Operația: anexectomie dr.</li> <li>• Anestezie generală I.O.T. -medicație anestezică</li> <li>• Antropină f.2</li> <li>• Diazepam f.1</li> <li>• Nesdonal f1.I</li> <li>• Lystenon f.I</li> <li>• Fentanyl f1.I</li> <li>• Pavalon f.I</li> <li>• Fortral f.I</li> <li>• Miostin f.I</li> <li>• Glucoză 5% - 1000 ml</li> <li>• Soluție Ringer – 500 ml</li> <li>• Ser fiziologic – 500 ml</li> </ul>

Data	Evoluția zilnică	Tratament
22.11.2001	<p>Ora 13<sup>00</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pansament curat</li> <li>• drenaj abdominal funcțional cca.50 ml sânge</li> <li>• drenaj urinar pe sondă Foley – urină clară 600 ml</li> <li>• TA = 110/60 mmHg, P = 86'</li> </ul> <p>Ora 15<sup>00</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vărsături postoperatorii bilioase cca. 150 ml</li> </ul> <p>Ora 17<sup>00</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TA = 110/60 mmHg</li> <li>• stare generală bună</li> <li>• pansament curat</li> <li>• urină de aspect normal = 600 ml</li> <li>• drenaj abdominal = 100 ml sânge</li> </ul> <p>Ora 18<sup>00</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• stare generală bună</li> <li>• afebrilă</li> <li>• abdomen sensibil, ușor meteorizat</li> <li>• absența trabsitului de gaze</li> <li>• pansament curat</li> <li>• drenaj abdominal = 100 ml</li> <li>• urină de aspect normal = 400 ml</li> <li>• T<sup>D</sup> = 36,2 °C, T<sup>S</sup> = 36,7 °C</li> </ul> <p>Ora 22<sup>00</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TA = 100/60 mmHg</li> <li>• diureză = 400 ml, urină cu aspect normal</li> <li>• pansament curat</li> <li>• drenaj abdominal funcțional = 100 ml sânge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penicilină 4 mil., 2 mil. La 12 ore i.m.</li> <li>• Gentamicină f.II, 1f la 12 ore i.m.</li> <li>• Plegomazin f.1 } 3 ml la 6</li> <li>• Propranolol f.1 } ore i.m.</li> <li>• Profenid f.II.i.v. la nevoie</li> <li>• Fenobarbital f.II.i.m. seara</li> <li>• Glucoză 10% 1000ml } per</li> <li>• Ser fiziologic 500ml } fuzie</li> <li>• Cerucal f.I în perfuzie</li> </ul>

Data	Evoluția zilnică	Tratament
23.11.2001	<p>Ora 6<sup>00</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• stare generală bună</li> <li>• afebrilă</li> <li>• abdomen sensibil, ușor meteorizat</li> <li>• TA = 110/60 mmHg</li> <li>• P = 86', R = 16'</li> <li>• T<sup>D</sup> = 36,2 °C, T<sup>S</sup> = 36,4 °C</li> <li>• diureză totală în decurs de 24 ore = 2000 ml urină de aspect normal</li> <li>• pansament curat</li> <li>• drenaj abdominal = 150 ml sânge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penicilină 4 mil, 2 mil la 12 ore i.m.</li> <li>• Gentamicină f.II, 1f la 12 ore i.m.</li> <li>• Plegomazin f.1 } 3 ml la 6</li> <li>• Propranolol f.1 } ore i.m.</li> <li>• Profenid f.II, dim. și seara, i.m. la nevoie</li> <li>• Fenobarbital f.II.i.m. seara</li> </ul>
24.11.2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>• stare generală bună</li> <li>• afebrilă</li> <li>• se suprimă drenajul abdominal și drenajul urinar</li> <li>• abdomen suplu</li> <li>• TA = 110/60 mmHg, R = 17', P = 82'</li> <li>• diureza pe 24 ore = 2000 ml urină clară</li> <li>• tranzit de gaze basent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penicilină 4 mil, 2 mil la 12 ore i.m.</li> <li>• Gentamicină f.II, 1f la 12 ore i.m.</li> <li>• Plegomazin f.1 } 3 ml la 6</li> <li>• Propranolol f.1 } ore i.m.</li> <li>• Profenid f.II, dim. și seara, i.m. la nevoie</li> <li>• fenobarbital f.II.i.m. seara</li> </ul>
25.11.2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>• stare generală bună</li> <li>• afebrilă</li> <li>• tranzit de gaze și materii fecale reluat</li> <li>• abdomen suplu, mobil cu respirația</li> <li>• TA = 110/70 mmHg, P = 84', R = 16'</li> <li>• pansament curat</li> <li>• T<sup>D</sup> = 36,3 °C, T<sup>S</sup> = 36,5 °C</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penicilină 4 mil, 2 mil la 12 ore i.m.</li> <li>• Gentamicină f.II, 1f la 12 ore i.m.</li> <li>• Algocalmin f.I la nevoie</li> <li>• Diazepam tb. 1 seara</li> </ul>



Data	Evoluția zilnică	Tratament
26.11.2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>• stare generală bună</li> <li>• afebrilă</li> <li>• abdomen suplu, mobil cu respirația</li> <li>• tranzit de gaze și materii fecale prezent</li> <li>• TA = 110/60 mmHg, P = 84', R = 16'</li> <li>• plagă operatorie în curs de cicatrizare</li> <li>• T<sup>D</sup> = 36,2 °C, T<sup>S</sup> = 36,9 °C</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penicilină 4 mil, 2 mil la 12 ore i.m.</li> <li>• Gentamicină f.II, 1f la 12 ore 12 i.m.</li> <li>• Algocalmin f.I la nevoie</li> <li>• Diazepam tb. 1 seara</li> </ul>
27.11.2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>• stare generală bună</li> <li>• afebrilă</li> <li>• abdomen suplu, mobil cu respirația</li> <li>• tranzit de gaze și materii fecale prezent</li> <li>• TA = 110/70 mmHg, P = 85', R = 18'</li> <li>• pansament curat</li> <li>• T<sup>D</sup> = 36,2 °C, T<sup>S</sup> = 36,4 °C</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diazepam tb. 1 seara</li> </ul>

## FOAIE DE ALIMENTAȚIE

**Alimente permise:** lapte, brânză de vaci, iaurt, carne de pasăre, vită, pește alb, legume fierte, salate, supe, ciorbe, sucuri de fructe, compoturi.

**Alimente interzise:** fasole, mazăre, varză, mezeluri, afumături, condimente, apă gazoasă, sucuri conservate, alcool, cafea.

<b>Data</b>	<b>Medic</b>	<b>Sucesiunea meselor</b>	<b>Regimul alimentar</b>
20.11.2001	R.I.	Micul dejun Supliment Prânz  Cină	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ceai, pâine prăjită, margarină</li> <li>• un pahar de lapte bătut</li> <li>• supă de zarzavat cu crutoane, pilaf cu carne de pasăre</li> <li>• mămăligă cu brânză de vaci și smântână, ceai</li> </ul>
21.11.2001	R.I.	Micul dejun Supliment Prânz Cină	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ceai, ou moale, pâine</li> <li>• un borcan de iaurt cu biscuiți</li> <li>• supă de legume</li> <li>• ceai – 1500 ml pregătire operatorie</li> </ul>
22.11.2001	R.I.	Micul dejun Supliment Prânz Cină	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Regim hidro-zaharat, ceai 1500 ml</b></li> </ul>
23.11.2001	R.I.	Micul dejun Prânz Cină	<ul style="list-style-type: none"> <li>• iaurt</li> <li>• supă de legume</li> <li>• ceai – 1500 ml</li> </ul>
24.11.2001	R.I.	Micul dejun Supliment Prânz  Cină	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pâine prăjită, unt, ceai</li> <li>• compot de prune</li> <li>• supă de legume, sote de legume cu piept de pui</li> <li>• biscuiți, brânză de vaci, ceai</li> </ul>

<b>Data</b>	<b>Medic</b>	<b>Sucesiunea meselor</b>	<b>Regimul alimentar</b>
25.11.2001	R.I.	Mic dejun Supliment Prânz  Cină	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pâine prăjită, margarină, ceai</li> <li>• un pahar cu lapte</li> <li>• ciorbă de vacuță, fasole verde cu carne de vită</li> <li>• budincă de macaroane cu brânză de vaci, ceai</li> </ul>
26.11.2001	R.I.	Mic dejun Supliment Prânz  Cină	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pâine prăjită, gem, lapte</li> <li>• compot de mere</li> <li>• ciorbă de legume, paste cu sos de roșii cu piept de pasăre</li> <li>• legume fierte, pâine prăjită, ceai</li> </ul>

## FIȘĂ TEHNICĂ

### SONDAJ VEZICAL FOLEY (LA FEMEI)

**Definiție:** Evacuarea vezicii urinare cu ajutorul unei sonde, introdusă în meat, uretră.

- Indicații:**
- în retenție acută de urină
  - intervenție chirurgicală în micul bazin, pe organele genitale ale femeii
  - permite prelevarea unei urini în condiții sterile în vederea obținerii unei uroculturi corecte

**În scop** terapeutic: introducerea deficitelor substanțelor în vezică:

- antiseptice
- antibiotice
- chimioterapeutice

**Contraindicații:**

- infecții acute ale uretrei
- ruptură traumatică a uretrei
- stricturi ureterale.

OBIECTIVE	TIMPI DE EXECUȚIE
Pregătirea materialului necesar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sonda vezicală Foley, sterilă</li> <li>• mănuși sterile</li> <li>• soluții dezinfectante (hipermanganat de potasiu 1/4.000)</li> <li>• soluție de cloramină</li> <li>• ulei de vasilină, parafină</li> <li>• recipient pentru colectarea urinei</li> <li>• eprubetă sterilă pentru colectarea urinei pentru urocultură</li> </ul>
Pregătirea psihică	<ul style="list-style-type: none"> <li>• se explică pacientei necesitatea efectuării tehnicii și i se solicită colaborarea</li> </ul>
Pregătirea fizică a pacientei	<ul style="list-style-type: none"> <li>• se anunță pacienta, explicându-i importanța tehnicii</li> <li>• se așează pacienta în pat în decubit dorsal, cât mai comod cu antebrațul în extensie și pronție</li> <li>• sub brațul ales se așează o pernă tare acoperită cu mușamaua și câmp steril</li> <li>• se acoperă bolnavul cu o pătură</li> <li>• i se solicită pacientului participarea</li> </ul>

<b>OBIECTIVE</b>	<b>TIMPI DE EXECUȚIE</b>
<p style="text-align: center;">Tehnica propriu – zisă</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• asistenta se spală pe mâini cu apă și săpun, se dezinfectează cu alcool iodat, își pune mănuși sterile</li> <li>• se așează în partea dreaptă a pacientei, cu degetele de la mâna stângă desface labiile și pune în evidență meatul urinar, cu un tampon steril înmuiat în soluție de hipermanganat de potasiu, dezinfectează meatul urinar</li> <li>• șterge meatul cu o compresă uscată, se prinde sonda lubrefiată cu ulei de parafină și se introduce cu vârful în meat</li> <li>• când sonda a ajuns în vezică, vine urina sub presiune</li> <li>• la capătul proximal al sondei se poate adapta o pungă sterilă gradată pentru a colecta urina în sistem închis</li> </ul>
<p style="text-align: center;">Incidente accidente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• soluție de continuitate a vezicii, datorită manevrelor brutale</li> <li>• hemoragie prin golirea bruscă a vezicii comprimare bruscă</li> </ul>
<p style="text-align: center;">Accidente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• frison cu ascensiune termică datorat unei bacteriemii produsă prin lezarea mucoasei ureterale la o pacientă cu urină infectată</li> </ul>
<p style="text-align: center;">Incidente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sonda nu progresează, dacă nu este corespunzătoare</li> </ul>

## CONCLUZIA GENERALĂ

Pacienta **N.C.** de 30 ani, sex feminin se internează pe data de 20.11.2001 ora 8<sup>00</sup> cu diagnosticul: **suspect de sarcină extrauterină dreaptă.**

Motivul internării sunt:

- grețuri, vărsături apoase – matinale
- pierderi de sânge negricios prin vagin în cantitate mică
- dureri colicative în fosa iliacă dreaptă
- lipotimie.

Din istoricul bolii reiese că pacienta a avut U.M. pe data de 07.10.2001, dureri colicative în fosa iliacă dreaptă, grețuri, vărsături apoase matinale. Pierde sânge negricios prin vagin în cantitate mică. Medicul specialist opinează pentru internare – după ce pacienta a avut o stare de lipotimie.

Antecedentele personale, evidențiază că pacienta a avut o naștere, Av=0, Cj=2.

Antecedentele personale fiziologice evidențiază că pacienta a avut P.M.= 13 ani, cu ciclu regulat, U.M.=07.11.2001.

Examenul clinic general evidențiază:

Î = 1,64 m, G = 62 kg.

Tegumente și mucoase palide.

Sistem osteo – articular = integru.

Aparat respirator – torace normal conformat, murmur vezicular prezent pe ambele arii pulmonare, R=18'.

Aparat cardiovascular – zgomote cardiace ritmice, șoc apexian în spațiul V intercostal stâng, pe linia medioclaviculară.

TA = 110/70 mmHg, AV = 80'.

Aparat digestiv – abdomen suplu, sensibil în fosa iliacă dreaptă, apetit păstrat. Splină, ficat în limite normale. Tranzit prezent.

Aparat urinar – loje renale libere. Micțiuni frecvente.

R.O.T. – prezente, T = 36 °C.

Se investighează paraclinic:

M.R.F. = pulmon normal

ECHO = corp uterin de volum normal fără conținut. La nivelul tubei drepte sac cordon embrionar.

Se recoltează: HGB = 11,5; Uree = 23,6 mg/dl; T.G.O. = 21 U/L; Glucoză = 107 mg/dl; Creatinină = 6mg/dl; T.G.P.= 25 U/L; P.T. = 12,0 %; A.P. = 96 %; Fibrinogen = 862 mg %; A.P.T.T. = 20,4; V.D.R.L. = negativ.

Pe data de 20.11.2001 se constată o sarcină extrauterină tubară dreaptă.  
Se practică: *Anexectomie dreaptă* sau *Anestezie generală I.O.T.*

Evoluția postoperatorie favorabilă sub protecție de antibiotice: Penicilină 4 mil, 2 mil la 12 ore i.m. și Gentamicină f.II, 1f la 12 ore i.m., analgetice: Profenid f.II.i.m. la nevoie.

Se menține postoperator linia venoasă și se administrează glucoză 10% - 1000 ml, ser fiziologic 500 ml, și antiemetice: Cerucal 1 f.i.v.

Starea generală este bună, TA = se menține 110/60 mmHg, P = 86', R = 17'. Diureza pe 24 ore – 2000 ml. urină caldă pe sondă Foley. La 48 ore se suptimă drenajul urinar.

Pansament curat, abdomen suplu, se reia tranzitul de gaze și de materii fecale după 72 ore de la intervenția chirurgicală.

Plaga operatorie fără semne de inflamație, în curs de cicatrizare.

Se scot firele la 6 zile.

Pacientei i se recomandă:

- evitarea eforturilor fizice
- concediu medical 2 săptămâni
- control la medicul specialist la 10 zile
- repaus sexual 30 zile.

## EDUCAȚIA SANITARĂ ÎN SECTORUL OBSTETRICĂ GINECOLOGIE

Rețeaua de obstetrică ginecologie prezintă un teren excelent, favorabil muncii de educație sanitară.

Importanța educației sanitare constă în sfaturile medicului și asistenței medicale generaliste la care pacienta să fie receptivă pentru a evita complicațiile.

Asistența medicală educă despre:

- evoluția normală a sarcinii
- prevenirea sarcinilor nedorite
- planificarea sarcinii
- igienă individuală, sexuală
- prevenirea bolilor venerice: lues, gonoree
- prevenirea bolilor cu transmitere pe cale sexuală: HIV, SIDA,

Hepatita B.

Cu pacienta, asistența medicală trebuie să lămurească felul cum se va îngriji postoperator – la domiciliu, să pregătească pacienta pentru reîntoarcerea acasă, să lămurească pacienta despre regimul de viață ce trebuie continuat acasă cel puțin 21 de zile, pansament, igienă sexuală, controlul medical la specialist la 21 de zile.





MANIFESTĂRI DE DEPENDENȚĂ	DIAGNOSTIC DE NURSING P.E.S	OBIECTIV DE ÎNGRIJIRE	INTERVENȚII CU ROL AUTONOM INTERVENȚII CU ROL DELEGAT	EVALUARE
nu are tranzit de gaze și materii fecale	<ul style="list-style-type: none"> <li>absența tranzitului de gaze și materii fecale din cauza Densului dinamic postoperator</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>pacienta să aibă tranzit de gaze în decurs de 24 ore și de materii fecale în 48 ore</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>se observă starea abdomenului – ușor meteorizat, ușor sensibil</li> <li>se administrează la indicația medicului: Proxin, Propranolol în amestec cu serul fiziologic</li> <li>se exprimă drenajul vezical la indicația medicului</li> <li>se observă la cât timp pacienta și-a reluat tranzitul</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Propranolol f.I) 3 ml</li> <li>Prozin } la 6</li> <li>Ser fiziologic } ore</li> <li>cea ce facilitează tranzitul de gaze, după care pacienta are o stare de confort.</li> </ul>
doarme 5-6 ore pe noapte	<ul style="list-style-type: none"> <li>somn perturbat din cauza zgomotelor și a lipsei de confort</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>pacienta să doarmă, să se odihnească 7 ore pe noapte și 1 la amiază în termen de 1 săptămână</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>se evaluează somnul pacientei și se observă că nu doarme din cauza zgomotelor din salon, a lipsei de confort și a tratamentelor de la miezul nopții</li> <li>se pregătește pacienta pentru somnul de noapte</li> <li>se ajută pacienta să meargă la grupul sanitar să-și efectueze îngrijiri igienice parțiale</li> <li>se schimbă lenjeria de corp de zi cu cea de noapte</li> <li>se administrează la indicația medicului o tabletă de Diazepam</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>pacienta doarme și se simte odihnită după o tabletă de Diazepam administrată la ora 19<sup>00</sup></li> </ul>
plagă operată transversală suprapubiană	<ul style="list-style-type: none"> <li>modificări în aspectul tegumentelor din cauza intervenției chirurgicale, manifestată prin plaga transversală suprapubiană</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>pacientei să-i fie făcute îngrijiri ale plăgii</li> <li>să prezinte o plagă curată cicatrizată în termen de o săptămână</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>se desface pansamentul să se inspecteze plaga pentru inflamație</li> <li>se mobilizează la indicațiile medicului tablul de drenoparietocolic drept</li> <li>se efectuează un pansament adeziv</li> <li>se administrează medicația antiinfecțioasă de protecție: Penicilină, Gentamicină</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>pansamentul schimbat prin tehnici aseptice și administrarea de Penicilină 2 mil la 12 ore i.m. și Gentamicină 1f la 12 ore i.m., face să scadă riscul infecțios al plăgii.</li> </ul>
ileus dinamic infecție urinară infecție peritoneală	<ul style="list-style-type: none"> <li>risc de complicații infecțioase datorită absenței tranzitului de gaze și prezenței drenajului abdominal urinar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>pacienta să fie ferită de complicații pe toată perioada spitalizării</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>se spală punctul de inserție al sondei și se dezinfectează cu betadină după care se suprimează drenajul urinar la indicația medicului</li> <li>se mobilizează tablul de dren folosind tehnici aseptice</li> <li>se administrează cu acuratețe medicația alfabetablocantă pentru reluarea tranzitului și se observă că pacienta are scaun zilnic</li> <li>se folosesc tehnici aseptice la proceduri invazive: injecții, recoltări, pansamente</li> <li>se urmărește zilnic curba tehnică dimineața și seara</li> <li>se urmărește zilnic tens. Arterială și pulsul</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>curba tehnică nu indică semne de infecție</li> <li>T<sup>D</sup> = 36,8 °C, T<sup>S</sup> = 37,2 °C</li> <li>TA = 110/60 mmHg, P = 82'</li> <li>starea generală a pacientei este satisfăcătoare</li> </ul>

MANIFESTĂRI DE DEPENDENȚĂ	DIAGNOSTIC DE NURSING P.E.S	OBIECTIV DE ÎNGRIJIRE	INTERVENȚII CU ROL AUTONOM INTERVENȚII CU ROL DELEGAT	EVALUARE
senzație de sufocare secreții abundente eroase	<ul style="list-style-type: none"> <li>dificultatea de a respira cauzată de medicația anestezică</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>pacienta să respire eficient în termen de 1 oră</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>se așează pacienta în salonul de postoperator în decubit dorsal cu capul într-o parte</li> <li>se administrează O<sup>2</sup> pe sonda endonazală, umidificat 6 l pe minut</li> <li>se supraveghează funcțiile vitale: TA, P, R</li> <li>se șterg secrețiile cu o compresă</li> <li>se menține supravegherea până când pacienta respiră normal</li> <li>se administrează intravenos lent o fiolă de Miofilin la indicația medicului</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>TA = 110/70 mmHg</li> <li>P = 90' ritmic</li> <li>R = 20' după administrare de Miofilin i.v., pacienta respiră ușor</li> <li>starea de sufocare ameliorată</li> </ul>
hidratare parenterală hidratare orală la 2 ore după intervenția chirurgicală	<ul style="list-style-type: none"> <li>modificări în alim. și hidratare din cauza restricțiilor alimentare și a intervenției chirurgicale recente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>pacienta să fie hidratată corespunzător parenteral și să înceapă hidratarea orală în termen de 4-6 ore</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>se menține linia venoasă cu branulă</li> <li>se așează mâna pacientei într-o poziție comodă în așa fel ca să nu se obstrucționeze ritmul de scurgere</li> <li>se supraveghează perfuzia și starea pacientei pe parcursul hidratării parenterale</li> <li>se administrează intravenos Cerucal pentru a diminua vărsăturile</li> <li>se începe hidratarea orală cu cantități mici de ceai cu lungurița apoi cu paiul cca. 1000 ml în timp de 24 ore</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>starea pacientei este satisfăcătoare, limba umedă</li> <li>hidratare parenterală cu glucoză 5% / 500 ml soluție Hartman – 500 ml și orală 1000 ml – echilibrată hidroelectrolitic</li> </ul>
elimină pe gură suc gastric amestecat cu bila 300 ml	<ul style="list-style-type: none"> <li>vărsături din cauza medicației anestezice și a intervenției chirurgicale recente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>pacientei să-i fie sedate vărsăturile în termen de 6 ore</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>se protejează patul cu mușamaua, aleza etc.</li> <li>se pune la dispoziția pacientei o tăviță renală care se susține la gura pacientei</li> <li>se sunține fruntea pacientei cu palma în timpul vărsăturilor</li> <li>se solicită pacientei să-și clătească gura după terminarea vărsăturilor</li> <li>se administrează 1% Cerucal i.v.</li> <li>se măsoară cantitatea vărsăturilor, se observă aspectul și se înscrie în foaia de observație</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>pacienta varsă suc gastric amestecat cu bila cca. 300 ml</li> <li>se administrează intravenos 1f. Cerucal, după care vărsăturile încetează</li> <li>pacienta are o stare de confort și se poate hidrata oral cu paiul.</li> </ul>
urina ușor hipercromă	<ul style="list-style-type: none"> <li>modificări ale modalităților de eliminare din cauza sondei vezicale Foley</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>pacienta să elimine normal urina în decurs de 24-48 ore</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>se menține postoperator sonda Foley</li> <li>se măsoară cantitatea de urină la 24 ore și se notează în foaia de observație, se mai notează aspectul și cantitatea</li> <li>se controlează și se menține în poziție de drenaj decliv punga de urină</li> <li>se controlează starea abdomenului pentru meteorism</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>diureza 1500 ml urină clară</li> <li>sonda se suprimă la 24 ore</li> <li>abdomen ușor meteorizat, dureros și spontat la palpare</li> </ul>

doarme insuficient 5-6 ore	<ul style="list-style-type: none"> <li>•somn perturbat din cauza durerii, zgomotului din secție</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•pacienta să se odihnească noapte 7 ore în termen de o săptămână</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•se creează condiții ambientale pentru somnul de noapte</li> <li>•se aerisește salonul, pacienta să fie bine învelită</li> <li>•se șterge pacienta în axile</li> <li>•se efectuează o toaletă vulvară și se dezinfectează cu betadină locul de inserție al sonde Foley în vezică</li> <li>•se schimbă lenjeria de corp murdară</li> <li>•se întinde bine cearceaful de pat</li> <li>•se învelește pacienta, se stinge lumina și se încearcă diminuarea zgomotelor din secție</li> <li>•se administrează la indicația medicului la ora 21<sup>00</sup> 1f. de Fenobarbital i.m. și se observă că pacienta adoarme câteva ore – apoi se trezește din nou din cauza durerilor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•pacienta are o stare de confort fizic după acordarea îngrijirilor igienice</li> <li>•reușește să doarmă 4 ore după administrarea de Fenobarbital 1f i.m., apoi se trezește din cauzadurerii și a zgomotelor din secție.</li> </ul>
agitație, neliniște	<ul style="list-style-type: none"> <li>•anxietate din cauza medicației, anesteziei și a durerii</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•pacienta să exprime diminuarea anxietății în termen de 24 ore</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•se schimbă poziția pacientei în pat la 2 ore</li> <li>•se acordă masaj al spatelui, regiunii dorsolombare</li> <li>•se asigură pacientei că asistenta medicală va fi în permanență alături de ea și-i va satisface nevoile</li> <li>•se administrează la indicația medicului Algocalmin, apoi Piafen</li> <li>•se informează pacienta că se poate plânge de durere și este rugată să semnaleze durerea la apariția ei</li> <li>•se folosesc tehnici aseptice la proceduri invazive – injecții, perfuzii, sondaj vezical</li> <li>•se administrează medicație antiinfecțioasă: Lifurox 1,5 gr.i.v.la 12 ore interval.</li> <li>•se i-au măsuri de protecție speciale: câmp operator cu betadină, instrumentar sterilizat timp de 1 oră, măști de protecție, halate, papuci sterili, pansament ocluziv, protecție cu cefalosporină, preoperator</li> <li>•se supraveghează curba termică</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•pacienta are o stare de confort fizic și psihic</li> </ul>
gemete, se plânge de durere	<ul style="list-style-type: none"> <li>•durere cauzată de intervenția chirurgicală recentă, manifestată prin gemete și văicăreli</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•pacientei să-i fie sedată durerea pe parcursul a 24 – 48 ore</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•se administrează la indicația medicului Algocalmin, apoi Piafen</li> <li>•se informează pacienta că se poate plânge de durere și este rugată să semnaleze durerea la apariția ei</li> <li>•se folosesc tehnici aseptice la proceduri invazive – injecții, perfuzii, sondaj vezical</li> <li>•se administrează medicație antiinfecțioasă: Lifurox 1,5 gr.i.v.la 12 ore interval.</li> <li>•se i-au măsuri de protecție speciale: câmp operator cu betadină, instrumentar sterilizat timp de 1 oră, măști de protecție, halate, papuci sterili, pansament ocluziv, protecție cu cefalosporină, preoperator</li> <li>•se supraveghează curba termică</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•durerea este sedată cu Algocalmin f.II.i.m., Piafen f.I.i.m. și beneficiază de medicație de protecție: Lifurox 1,5 g i.v.</li> <li>•tehnicile aseptice folosite și protecția cu cefalosporine pre și postoperator, micșorează riscul de infecție.</li> </ul>
hipertermie peritonită postoperatorie	<ul style="list-style-type: none"> <li>•risc de complicații cauzat de tehnica invazivă, durata mare a operației, intervenția pe abdomen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•pacienta să fie ferită de complicații postoperatorii</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•se supraveghează curba termică</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•tehnicile aseptice folosite și protecția cu cefalosporine pre și postoperator, micșorează riscul de infecție.</li> </ul>

MANIFESTARI DE DEPENDENȚĂ	DIAGNOSTIC DE NURSING P.E.S.	OBIECTIV DE ÎNGRIJIRE	INTERVENȚII CU ROL AUTONOM INTERVENȚII CU ROL DELEGAT	EVALUARE
doarme 5 ore pe noaptea somn neodihnitor	•insomnie cauzată de durerea colicativă în fosa iliacă stângă	•pacienta să doarmă 7 ore pe noapte și o oră în timpul zilei în termen de o săptămână	<ul style="list-style-type: none"> <li>•se liniștește, pacienții se explică că durerea îi se va diminua în timp</li> <li>•se administrează Diazepam 1 tb. seara la culcare</li> </ul>	•Diazepamul administrat pe cale orală îi dă o stare de confort și pacienta se odihnește mai bine
plângeri verbale despre durere  hemoperitoneu șoc hemoragic	•durerea abdominală colicativă cauzată prin creșterea în volum a trompei drepte	•pacientei să-i fie diminuată durerea în termen de 24-48 ore	<ul style="list-style-type: none"> <li>•se administrează la indicația medicului Algoalmin</li> <li>•se supraveghează funcțiile vitale: TA, P, R la interval de 3 ore și starea clinică a pacientei</li> <li>•se explică pacientei că va fi operată și se începe pregătirea operatorie pentru intervenția chirurgicală: toaleta vulvoperineală cu apă și săpun și se menține în regiunea vulvară torson steril</li> <li>•se educă pacienta să nu mănânce și să se hidrateze cu ceai, apă plată 1500 ml în decurs de 24 ore</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•durerea se diminuează după administrarea cu Algoalmin 1 f.i.m.</li> <li>•constantele fiziologice: TA = 100/70 mmHg și P = 80' se mențin la limite normale</li> <li>•starea clinică nu se modifică</li> <li>•se pregătește pacienta psihic, fizic, digestiv și igienic pentru operație în ziua următoare</li> </ul>
conținut gastric apos	•vărsături matinale datorită tulburărilor digestive din primul trimestru de sarcină	•pacientei să-i fie diminuate vărsăturile în termen de o săptămână	<ul style="list-style-type: none"> <li>•se explică pacientei că vărsăturile matinale apoase sunt semne de sarcină și că ele sunt prezente dimineața apoi în cursul zilei senzația de greață digestivă au aceeași cauză</li> <li>•se învață pacienta ca după ce varsă să-și clătească gura cu apă aromatizată</li> <li>•se cateterizează o venă și se recoltează analizele: HGB, glicemie, urea, creatinină, TGP, TGO, fibrinogen, A.P.T.T.</li> <li>•se ia TA și se notează în foaia de observație</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•funcțiile vitale: TA = 110/70 mmHg și P = 80' sunt supravegheate</li> <li>•vărsăturile sunt matinale, apoase</li> <li>•în cursul zilei nu mai varsă</li> <li>•probele de laborator indică: HGB = 11,5; glicemie = 107 mg/dl; uree = 23,6 mg/dl; creatinina = 6 mg/dl; TGP = 25 U/L; TGO = 21 U/L; fibrinogen = 862 mg %; A.P.T.T. = 20,4.</li> </ul>

<p>pierde sânge negricios prin vagin</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>•metragia cauzată de tulburările hormonale manifestate prin pierderi vaginase cu sânge negricios</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•pacienta să nu mai piardă sânge în termen de o săptămână</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•se pregătește pacienta pentru examen local: toaleta cu apă și săpun a organelor genitale externe, golirea vezicii urinare prin micțiune spontană</li><li>•se pregătește materialul necesar pentru examenul local: trusa cu valve, mănuși sterile</li><li>•se conduce pacienta în sala de tratament și este ajutat medicul să efectueze un examen local cu valve, T.V.</li><li>•se menține în regiunea vulvară un torson steril</li><li>•se educă pacienta ca în timp de 1 oră să consume 500 ml lichid</li><li>•se conduce pacienta la ECHOgrafie</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•examenul local indică pierderi de sânge negricios prin vagin</li><li>•zona anexială dreaptă sensibil mărită de volum</li><li>•ECHO abdominal indică corp uterin fără conținut. Tuba dreaptă mărită de volum cu sac embrionar.</li></ul>
--	--	---	--	--