

**ȘCOALA POSTLICEALĂ SANITARĂ
„CAROL DAVILA”**

**LUCRARE DE DIPLOMĂ
ÎNGRIJIREA PREOPERATORIE ȘI
POSTOPERATORIE A BOLNAVULUI CU
CANCER GASTRIC**

COORDONATOR:

FLORI ȘTEFĂNESCU

ELEV:

MINERVA-MONICA OGLUZ

- BUCUREȘTI -

2007

MOTTO

Sănătatea seamănă cu pacea.

Te poți bucura de ea numai dacă știi să o aperi.

ION BORDEANU

CUPRINS:

| | |
|--|-----------|
| PARTEA I-A Noțiuni despre anatomia stomacului | 4 |
| Structura stomacului..... | 6 |
| Vascularizația stomacului..... | 9 |
| Noțiuni teoretice despre cancerul gastric | 12 |
| Clasificarea cancerului gastric..... | 15 |
| Intervenții paraclinice..... | 18 |
| Tipuri de intervenții | 23 |
| Pregătirea preoperatorie a bolnavului suferind de cancer gastric | 24 |
| Pregătirea postoperatorie generală..... | 26 |
| Îngrijirea postoperatorie a bolnavului..... | 28 |
| Regimul alimentar în cancer gastric | 32 |
| PARTEA A-II-A Studiul de caz | 37 |
| <i>Cazul nr. 1</i> | 37 |
| <i>Cazul nr. 2</i> | 49 |
| <i>Cazul nr. 3</i> | 62 |
| PARTEA A-III-A Prezentarea tehnicilor | 73 |
| <i>Tehnica nr. 1</i> Efectuarea sondajului vezical | 73 |
| <i>Tehnica nr. 2</i> Recoltarea vărsăturilor | 76 |
| <i>Tehnica nr. 3</i> Efectuarea injecției intramusculare..... | 78 |
| Bibliografie | 81 |

PARTEA I

NOȚIUNI DESPRE ANATOMIA STOMACULUI

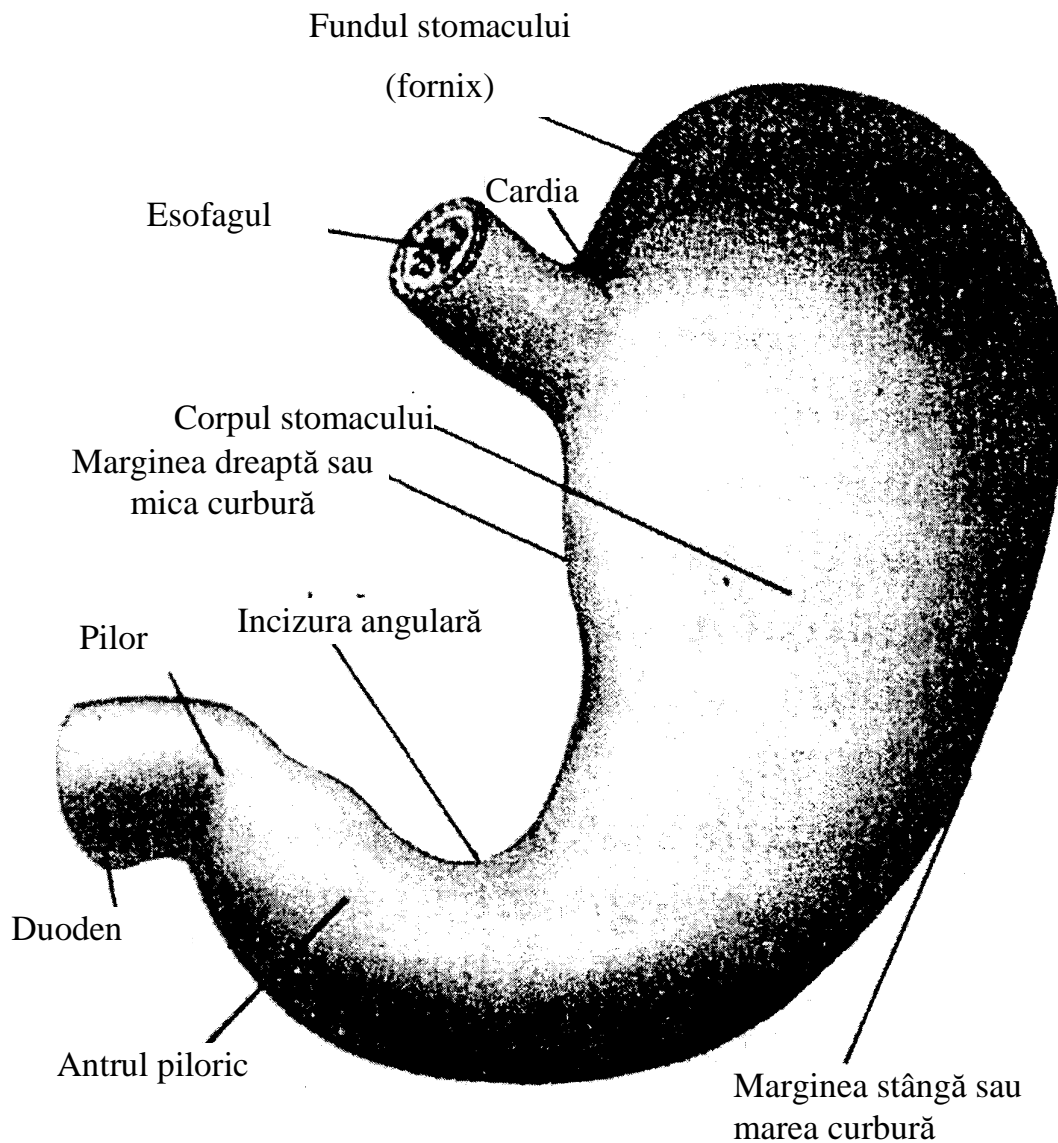
STOMACUL (ventriculus gaster) este segmentul cel mai lung al tubului digestiv.

AȘEZAREA: se află în cavitatea abdominală, în partea stângă, sub diafragmă, în loja gastrică (etajul supravezocolic) (*vezi figura nr. 1*).

La omul viu are poziția verticală, iar la cadavru este aproape orizontal.

RAPORTURI: aflându-se situat în regiunea supravezocolică, stomacul are în partea de sus, înainte și la dreapta, raporturi cu diafragma, ficatul și micul epiplon, la stânga cu splina, în jos cu colonul transvers, înainte cu peretele abdominal și înapoi cu pancreasul, rinichiul stâng și splina).

CONFIGURATIA EXTERNĂ: are forma literei "J", măsurând când este plin moderat 25 cm. lungime, 10 cm. lățime și 8 cm. grosime. Capacitatea mijlocie atinge 1300 ml.



Prezintă trei porțiuni:

- fundul sau marea tuberozitate este partea cea mai largă și privește spre diafragm. Reprezintă camera cu aer a stomacului și nu conține alimente.

- corpul este partea mijlocie;

- porțiunea pilorică sau porțiunea orizontală este partea inferioară, cea mai îngustă a stomacului și are două segmente:

- antrul piloric;

- canalul piloric.

Stomacul are:

a) două fețe: - anterioară;
- posterioară.

b) două margini sau cuburi:

- mica curbura concavă și orientată spre dreapta;
- marea curbura convexă și orientată spre stânga, având o lungime de

circa 40 cm.

Stomacul este în legătură, prin cele două extremități ale sale, cu esofagul și intestinul subțire.

Orificiul prin care stomacul comunică cu esofagul se numește cardia și este ușor dilatabil, având un mușchi sfincter slab dezvoltat.

Orificiul dinspre intestinul subțire se numește pilor și este închis printr-un mușchi - sfincterul piloric.

La nivelul pilorului, mucoasa stomacală prezintă o prelungire a cărei margine liberă este îndreptată spre intestin, formând valvula pilorică.

STRUCTURA STOMACULUI

Peretele stomacului este constituit din patru tunici, care, considerate de la exterior spre interior, sunt:

I. Tunica seroasă: - această tunică este formată din peritoneul visceral. Seroasa învelește stomacul aproape în întregime, lăsând neacoperită, la nivelul ligamentului gastrofrenic, numai o mică porțiune care vine în raport direct cu diafragma. Ea se continuă cu elementele de susținere și fixare ale stomacului alcătuind epiplonul gastrocolic, gastrohepatic și ligamentul gastrofrenic.

II. Tunica musculară: - este alcătuită din fibre musculare netede, așezate în trei straturi:

- stratul extern este format din fibre longitudinale, fiind continuare a fibrelor longitudinale ale esofagului;

- al doilea strat conține fibre așezate circular;
- al treilea strat, cel intern, este format din fibre dispuse oblic ("parabolice" sau "în ansă").

Paturile de fibre musculare alunecă unele față de altele ceea ce permite destinderea și relaxarea pereților stomacului atunci când acesta este plin sau gol.

III. Tunica submucoasă: - este formată din fibre conjunctive și fibre elastice.

IV. Tunica mucoasă: - numită și *mucoasa stomacală* este prevăzută cu numeroase cute longitudinale anastomozate, numite *plici gastrice*. Aceste cutări se datorează faptului că întinderea mucoasei este mai mare decât suprafața internă a stomacului, chiar când acesta este plin.

La nivelul curburii mici pliurile sunt mici, aici fiind *calea gastrică*).

Mucoasa are o grosime de circa 2 mm. și este formată *dintr-un epiteliu cilindric simplu*, printre care se află glandele unicelulare, care secretă mucus și dintr-un *corion*, în grosimea căruia se găsesc numeroase glande gastrice în număr de aproximativ 40.000.000, care alcătuiesc *aparatură secretor al mucoasei*.

După poziția lor, după structura și funcțiile pe care le îndeplinesc, glandele gastrice sunt de trei tipuri:

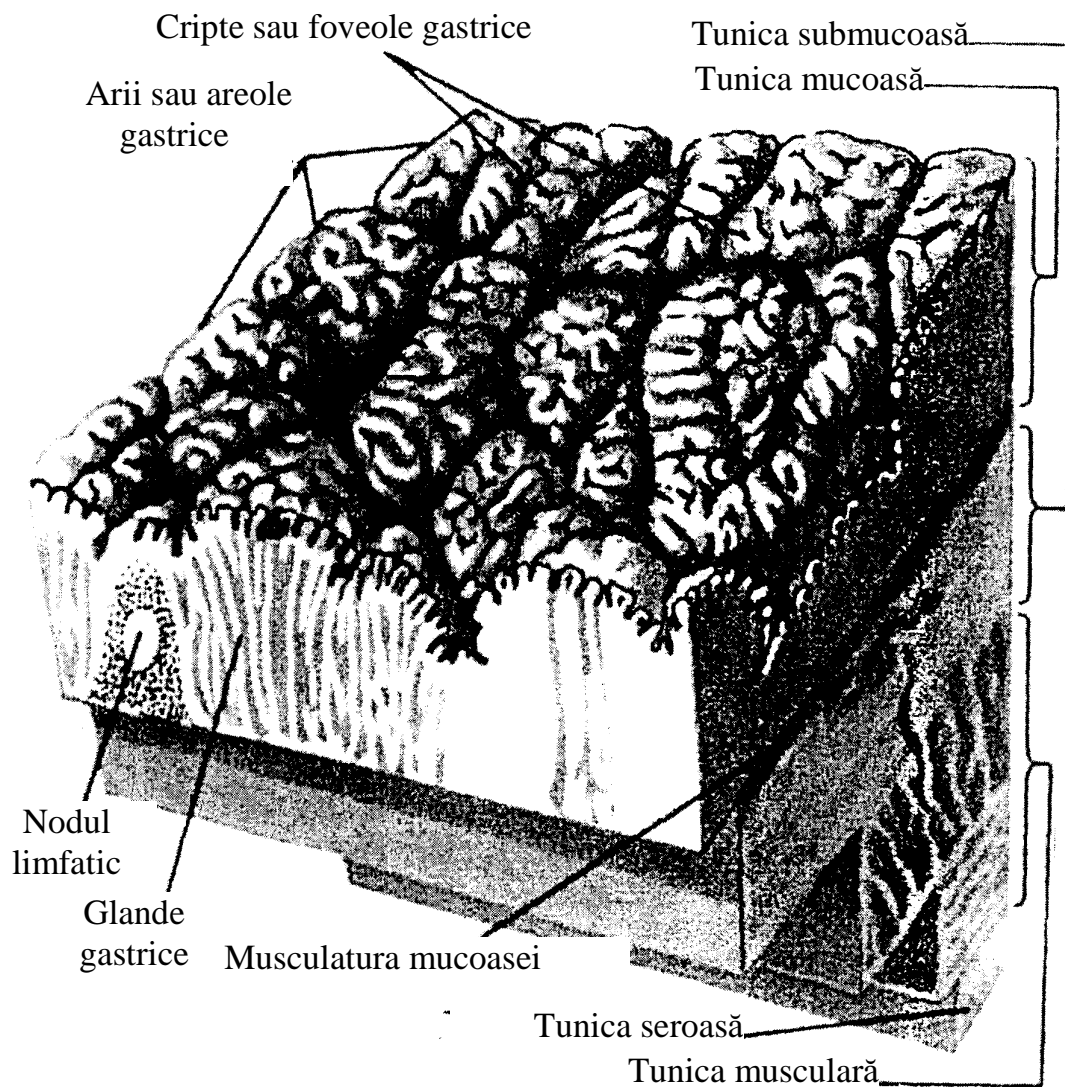
1. Glandele fundice: - sunt glandele principale ale stomacului - numite și glandele proprii se află situate în regiunea fundică a corpului stomacului.

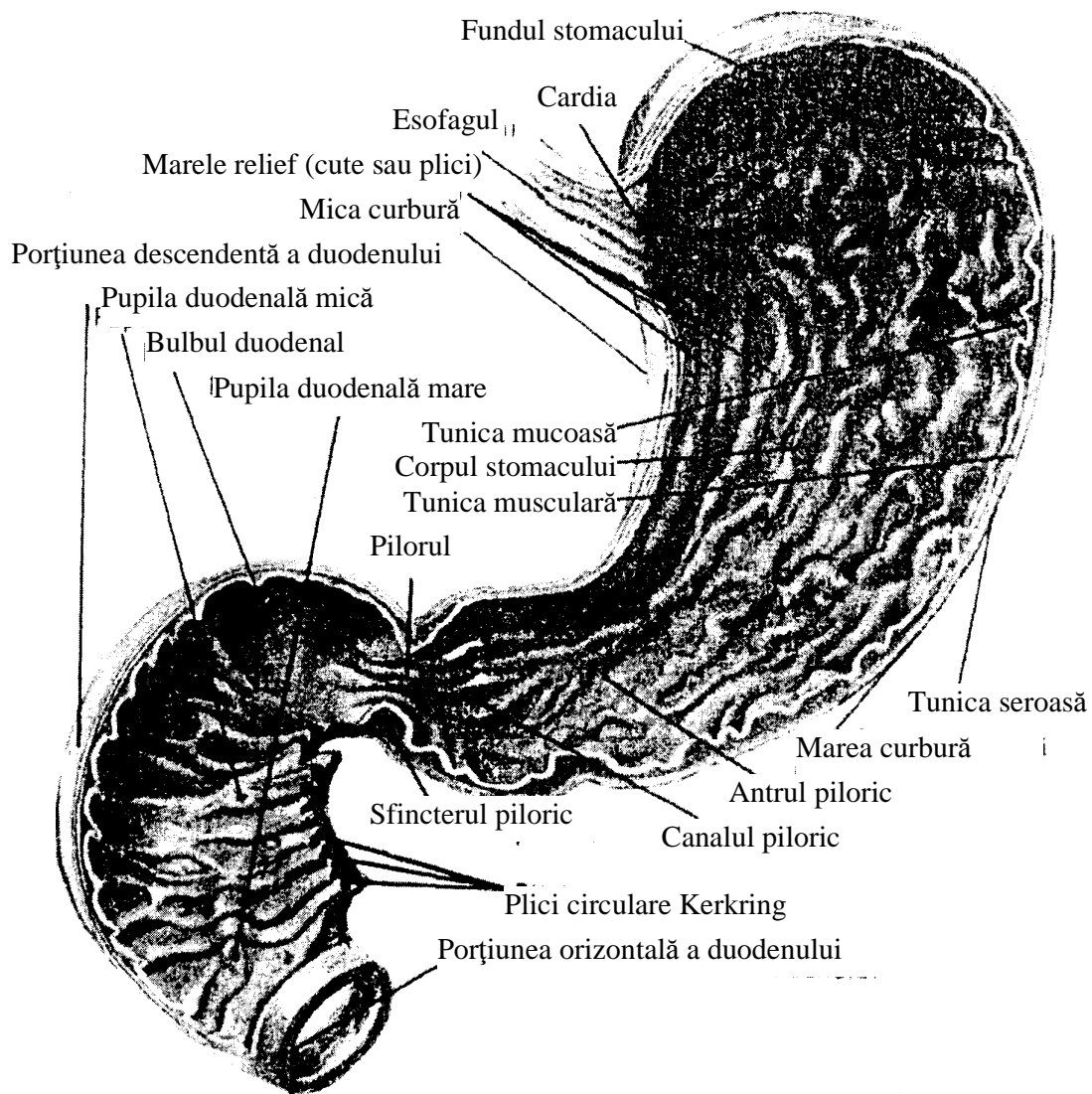
Ele sunt glande tubuloase, ramificate sau simple.

Secretă acid clorhidric, pepsina, labferment și mucină.

2. Glandele pilorice: - situate în regiunea pilorică sunt glande tubuloase, ramificate sau simple, secretă labferment și mucină.

3. Glandele cardiale: - situate în mucoasa regiunii orificiului cardia, sunt glande tubuloase, ramificate sau simple și secretă *lipaza stomacală*.





VASCULARIZATIA STOMACULUI

Stomacul este vascularizat de ramurile trunchiului celiac. Astfel, artera gastrică stângă și artera gastrică dreaptă se anastomozează de-a lungul miciei curburi a stomacului; artera gastroepiploică dreaptă se anastomozează cu artera gastroepiploică stângă de-a lungul mării curburi; arterele gastrice scurte, ramuri din artera splinică vascularizează fundul și fețele stomacului. Ramurile tuturor acestor artere se anastomozează și formează trei rețele:

- rețeaua seroasă;

- rețeaua musculară;
- rețeaua submucoasă.

Din capilarele acestor rețele se formează venele, care alcătuiesc un plex în subseroasă și apoi formează venele stomacului:

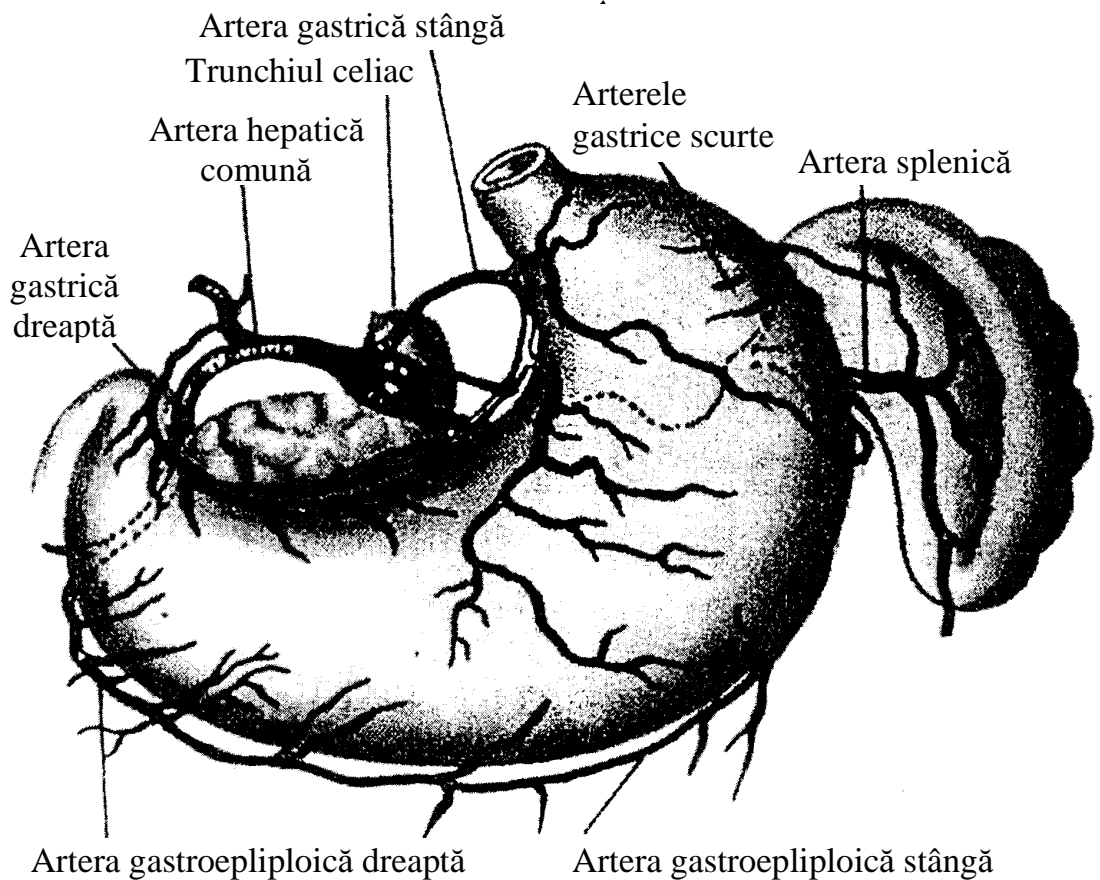
- vena coronară a stomacului;
- venele gastroepiloice (dreapta și stânga);
- venele scurte.

Toate aceste vene se varsă în vena porta sau ramurile ei.

LIMFATICELE stomacului formează o rețea mucoasă, o rețea subseroasă. Acestea sunt repartizate în mica curbură și în marea curbură. (*vezi figura II*).

INERVAȚIA

Stomacul are o inervație complexă. Ea este formată din fibre provenite din plexul solar, care sunt fibre simpatice și fibre parasimpatice (din nervii vagi).



Aceste fibre, pătrunzând în peretele stomacului, formează trei plexuri simpatico - parasimpatice:

- un plex slab dezvoltat, numit plexul subseros al suprafeței tunicii musculare;
- un plex mai dezvoltat, așezat în grosimea tunicii musculare, numit plexul Auerbach;
- un al treilea plex, de asemenea mai puțin dezvoltat, care se numește plexul Meissner, așezat în submucoasă.

Plexurile sunt formaie din fibre nervoase și celule nervoase.

NOTIUNI TEORETICE **DESPRE CANCERUL GASTRIC**

CANCERUL GASTRIC: este un proces proliferativ de neoformație a peretelui gastric.

INCIDENTA CANCERULUI GASTRIC

Cancerul gastric reprezintă cea mai frecventă formă de tumoră malignă a tractului digestiv din țara noastră, incidența prezentând însă mari variații geografice (cea mai ridicată în Banat). Afecțiunea survine de două ori mai frecvent la bărbați decât la femei. Deși numărul cazurilor apărute la tineri a crescut în ultimul timp, incidența maximă a cancerului gastric este la vârsta cuprinsă între 50 și 60 de ani (vârsta "cancerului gastric").

Incidența diferă mult de la o țară la alta (maximă în Chile, Japonia, China, Austria, Finlanda, Ungaria și minimă în Egipt, Malayezia, SUA) din motive rămase necunoscute.

ETIOPATOGENIE

Cauza cancerului rămâne încă necunoscută, deși în geneza lui au fost incriminați mai mulți factori dintre care amintim:

1. EREDITATEA

Există numeroase observații clinice în care membrii unei anumite familii (printre care și cea a lui Napoleon Bonaparte) sunt afectați în mod particular de cancer gastric.

De asemenea sunt suficiente dovezi care atestă persoanele cu grupa sanguină A II (nesecretanți de antigen de grup sanguin) sunt mai predispuse la cancer gastric decât cele cu alte grupe sanguine.

De asemenea bolnavii cu acanthosis nigricans (o afecțiune dermaiologică transmisă genetic) dezvoltă extrem de frecvent cancerul gastric.

2. FACTORI LOCALI (leziuni gastrice "precanceroase") Afirmația clasică a

lui Konjetzny "cancerul gastric nu apare niciodată pe o mucoasă sănătoasă" rămâne încă valabilă.

În mod particular, interesează acele leziuni ale mucoasei gastrice care într-o anumită proporție se malignizează, de unde denumirea lor de leziuni "precanceroase".

Din acești factori locali amintim:

- gastrita atrofică însoțită de aclorhidrie și anemie pemicioasă unde frecvența cancerului gastric este de cinci ori și respectiv de douăzeci de ori mai mare decât restul populației;

- metaplaziile intestinale;

- polipi glandulari;

- polipi vilozși.

Bolnavii cu gastrită Menetrier și rezecții gastrice după ulcer gastric sau duodenal, după 10 ani de intervenție, pot fi încadrați în grupa factorilor de risc;

Ulcerul gastric poate fi considerat stadiu precanceros cu o frecvență de malignizare până la 10%.

3. FACTOM DE MEDIU

- alimente;

- agenți infecțioși;

- conținutul solului în minerale - au fost incriminați pe baza incidenței mai mari a cancerului gastric în anumite regiuni ale lumii și în mediul urban față de cel rural, dar nu există dovezi suficiente în privința rolului în geneza acestei afecțiuni.

ANATOMIA PATOLOGICĂ

După sediu:

- 70% din cancerule gastrice au localizare antrală;

- 20% juxtacardială;

- 10% pe pereții stomacului sau în regiunea fundică.

Se disting mai multe forme *macroscopice*:

- a) *cancerul ulcerate* care ia aspectul unei ulcerații cu marginile neregulate

și adesea mamelonate. În profunzime invazia atinge destul de rapid submucoasa și determină hemoragii oculte care duc la anemii progresive;

b) cancerul vegetant sau polipoid se trădează printr-o masă proliferantă în lumenul gastric. În această formă cancerul poate să rămână un oarecare timp limitat la mucoasă și submucoasă ca apoi să prindă seroasa și visceralele vecine, ducând la un cancer gastric exuberant, caracterizat de o masă tumorală abdominală ușor palpabilă, mai mult sau mai puțin mobilă în funcție de extensia sa;

c) formele ulcero-vegetale rezultă din combinarea celor două forme descrise mai sus;

d) cancerul infiltrativ prezintă două aspecte, acela traversând straturile peretelui gastric până la seroasă și se însoțește adesea de o ulceratie și cel care progresa din aproape în aproape în stațiile submucoase, intermusculare și subseroase ale stomacului. Este vorba de schirusul stomacului sau linia plastică carcinomaioasă. Se poate întâmpla ca mucoasa să nu prezinte modificări în afara unei atrofii evidente. Peretele gastric este îngroșat și cărtonos.

Aspectele microscopice sunt diverse, astfel:

- adenocarcinomul, cancerul cel mai frecvent, prezentând un stadiu sigur de diferențiere glandulară;

- cancerul coloid caracterizat de o abundență a celulelor mucipare, cu aspectul icrelor de pește;

- cancerul anaplastice cu evoluție foarte rapidă.

SIMPTOMATOLOGIA

Simptomatologia cancerului gastric este necaracteristică.

Perioada inițială. Cancerul gastric debutează insidios, cu semne clinice neprecise. În această perioadă se disting următoarele forme clinice:

a) **Formele total latente** în care primul semn este dat de tumoarea epigastrică, sau o complicație de tipul hemaiemezei, perforației și stenozei, care poate să apară pe

lângă inoperabilitatea cazului respectiv. Uneori existența cancerului poate fi relevată de o metastază.

b) **Formele nedureroase** în cadrul cărora se disting:

- *forma de debut* progresiv , în care micile semne ale lui SAVITKI ("sindromul de alarmă") trebuie atent și corect interpretate. Inapetența sau anorexia selectivă nemotivată, pierderea ponderală, slăbirea forței fizice, scăderea capacității de muncă, modificarea tranzitului în sensul diareei sau constipației trebuie să atragă atenția;

- *forma dispeptică* în care bolnavii sunt etichetați ca biliari, constipați sau colitici;

- *formele complicate* cu hemoragie digestivă, disfagie, obstrucție pilorică și flebite sunt mai rare, complicația putând fi tardivă.

Formele dureroase

Deși sunt considerate frecvente, trebuie bine interpretată noțiunea de durere, deoarece nu orice disconfort gastric atrage atenția bolnavului. Aceste forme vor fi rezervate mai ales ulcero - cancerului.

Perioada de stare prezintă trei semne subiective de bază:

- durerea epigastrică manifestată prin greutate epigastrică permanentă;
- anorexia totală, urmată de slăbire progresivă;
- vărsăturile alimentare, însoțite de mici hemoragii sau "apa canceroasă".

CLASIFICAREA CANCERULUI GASTRIC

Clasificarea propusă și acceptată de Societatea Japoneză de Gastroenterologie cuprinde următoarele tipuri:

- **tipul I:** cancer protruziv (proeminența în lumenul gastric);
- **tipul II:** cancerul superficial (modificări ale reliefului mucos) cu subdiviziunile:

- II a: suprafața ușor ridicată cancer supradenivelat;
- II b: cancer plan (nu exista diferențe de nivel față de mucoasa din jur);

- II c: cancer subdenivelat (suprafața ușor deprimată).

- **tipul III:** cancer excavat (aspect ulceriform).

Clasificarea cuprinde și asocieri II c + III, III + II c, primul cod semnălând aspectul dominant.

Stadializarea stabilită de UICC (Geneva, 1979), după codul TNM.

Tumora se reprezintă cu patru grade de gravitate:

T1 - tumora este situată intramucos;

T2 - tumora atinge submucoasa;

T3 - tumora pătrunde în stratul muscular;

T4 - tumora încadrează peretele gastric în întregime atingând și seroasa.

La ganglionii limfatici sunt următoarele glande:

N0 - fără prinderea ganglionilor;

N1 - metastaze prin invazie limfatică de vecinătate;

N2 - N3 - invazie regională în creștere;

N4 - invazie ganglionară în afara regiunii.

Metastazele se notează astfel:

M0 - fără metastaze;

M1 - cu metastaze la distanță de tumora regională;

Mx - metastaze incerte.

Cancerul gastric intramucos (în situ) se codifică astfel:

- în stadiul I cu formula T1N0M0;

- în stadiul II cu formula T1 - 4N0 sau T1 - 4N1M0;

- în stadiul III cu formula T1 - 4N2M0;

- în stadiul IV cu formula T1 - 4N1 - 2M1 sau T4N4M1, ceea ce înseamnă

cancer gastric deschis adeseori inoperabil.

EXTENSIA CANCERULUI GASTRIC

Extensia locală din aproape în aproape este în general submucoasă, musculoasă și subseroasă. Invazia depășește limitele vizibile cu ochiul liber și posibilitățile palpatorii sau limitele anatomice ale viscerelor vecine (duodenul și esofagul). De obicei pilorul este limita invadării inferioare, pe când invadarea esofagului nu depășește 3 cm. Această extensie locală justifică legea oncologică de a depăși prin rezecție în sus limita macroscopică a tumorii a 6 - 10 cm., iar în jos, de a extirpa 2 - 3 cm. din duoden în cazul tumorilor localizate în vecinătatea pilorului. În cazul gastrectomiei totale sau polare superioare să se îndepărteze cel puțin 3 cm. din esofagul interior.

Extensia regională se face pe cale limfatică. Atingerea unor grupuri ganglionare, relee limfatice ale stomacului, este în funcție de localizare tumorii. Invazia limfatică se face în mai multe stadii succesive, astfel:

- *primul stadiu* este acela al adenopatiei imediate. De la început trebuie considerate trei grupuri ganglionare: grupul miciei curburi, grupurile sub și retropilorice, grupurile suprapilorice și pancreatice superioare;

- *al doilea stadiu* interesează grupul arterei hepatice, grupurile pancreatice, grupurile celiace de la emergența trunchiului celiac și grupurile splenice, mai ales când tumoarea este localizată la nivelul corpului gastric, de unde necesitatea splenectomiei în cazul gastrectomiilor totale și polare superioare;

- *al treilea stadiu* face cazul inoperabil. Sunt prinse grupurile ganglionare hepatice din hilul ficatului, grupul juxtacardial, grupurile mezenterice și lomboaortice (vezi figura nr. V).

Extensia la distanță (metastazară). Se face pe cale sanguină și atinge mai ales ficatul, plămânul, oasele, succesiv sau izolat. Uneori bolnavii mor înaintea aparițiilor metastazelor.

Pe cale limfatică pot fi invadați de la distanță ganglionii supra claviculari stângi din grupurile scalenice, dând adenopatia Wirchow-Traisier.

Metastazele pe cale peritoneală, cum sunt cele ovariene de tipul tumorilor

Krukenberg și metastazele etajate (Blumer) la perete sau viscerele bazinului.

Examenul obiectiv în faza inițială este negativ. Într-un stadiu avansat se observă:

- slăbire progresivă;
- paloarea teroasă a tegumentelor;
- tumoarea epigastrică;
- hepatomegalie dură și neregulată datorită metastazelor;
- examinarea regiunii supraclaviculare stângi poate evidenția metastaze ganglionare.

Nu exista întradevăr simptome indicatoare ale cancerului gastric. Trebuie să se suspecteze această boală când tulburările digestive și mai ales dispepsia, se însoțesc cu hipoclorhidrie și anemie și dacă există o anorexie selectivă (care se pot întâlni) față de unele alimente.

Alte semne obiective care se pot întâlni sunt:

- febra;
- ascita;
- edeme la membrele inferioare;
- tromboflebite.

INTERVENȚII PARACLINICE

1. Examenul radiologic - în forma vegetantă care este cea mai frecventă se observă imaginea lacunară la examenul baritat.

Diagnosticul radiologic este mai ușor când formațiunea se găsește pe una din curburi. Pentru localizările de pe fețele stomacului, devine necesară examinarea din mai multe incidente.

Pentru regiunea antropilorică imaginea lacunară poate fi îngustarea neregulată, amputarea cu canal strâmbat, tunel neregulat.

La nivelul cardiei esofagul terminal apare ca un defileu neregulat. Lacuna

superioară a micii curburi pledează pentru cancerul subcardial.

La nivelul mării tuberozități diagnosticul radiologic este mai greu fiind necesară examinarea cu dublu contrast și uneori în poziție Trentelenburg.

În forma ulcerativă este caracteristică imaginea din nișa cu aspect policiclic, cu marginile neregulate și implantare largă.

Nișa este înconjurată de imagini lacunare cu pliurile mucoasei întrerupte. Nișa poate fi "în platou" întinsă mai mult în suprafața decât în profunzime, undele peristaltice nestrăbătând această zonă. Se mai pot întâlni formele de nișa "încastrată", "triunghiulară", nișa în lacună sau în farfurie.

În formele de început, rigiditatea unui segment gastric poate face un radiolog versat să indice laparotomia.

În formele schiroase, stomacul apare ca un tub rigid și diagnosticul radiologic nu întâmpină dificultăți.

Examenul radiologic poate da și diagnosticul topografic al afecțiunii: cancerul atropiloric, cancerul cardiotuberozitar, cancerul corpului stomacului pe mica sau marea curbura, cancerul fețelor gastrice și cancerele multiple. (vezi figurile nr. III, IV, V).

Fig. III Imagine lacunară de cancer gastric al mării curburi

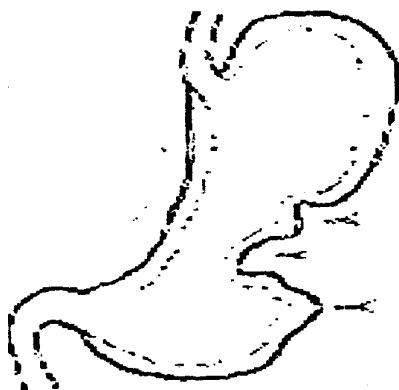


Fig. IV Imagine lacunară medio-gastrică de cancer gastric obținută prin examenul radiologic cu metoda dublului contrast

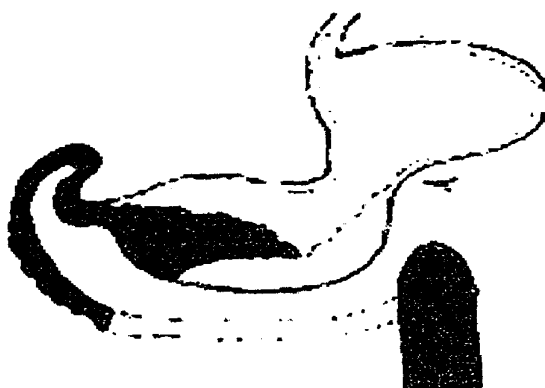
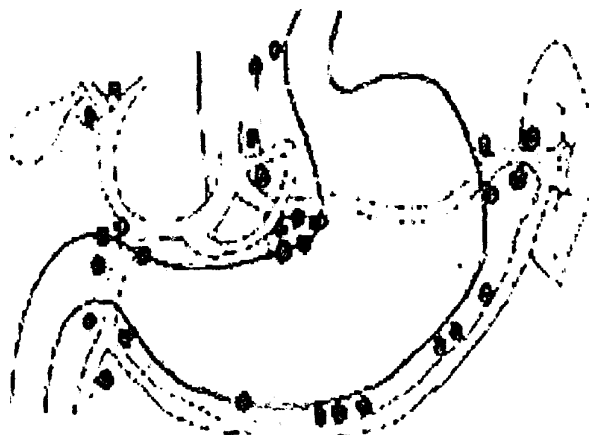


Fig. V Grupele ganglionare de extensie ale cancerului gastric



2. Secreția gastrică: studiul ei nu are prea mare valoare pentru diagnostic deși se cunoaște de mult timp că unele cancere sunt însoțite de aclorhidrie și creșterea concentrației LH, B-Glucoronidazei și acidului lactic în sucul gastric.

3. Examenul endoscopic (gastrofibroscopia) cu citologie și biopsie dirijată confirmă natura malignă a leziunii și reprezintă investigația esențială în special pentru diagnosticul cancerului gastric într-un stadiu precoce.

De asemenea este deosebit de utilă în leziunile maligne ale cardiei, care pot fi ușor omise la examenul radiologic dacă acesta nu este corect efectuat.

4. Examinarea citologică: a secreției gastrice sau testul de fluorescență a

celulelor în lavajul gastric pot avea un rol important în depistarea timpurie a bolii.

5. Alte investigații: majoritatea bolnavilor au anemie (de obicei feriprivă) și VSH-ul crescut. Hemoragiile oculte, permanente, sunt prezente la aproximativ 3/4 dintre bolnavi.

DIAGNOSTICUL

Pentru stabilirea diagnosticului cancerului gastric în stadiul precoce se va urmări:

a) identificarea bolnavilor cu "mare risc" pentru cancer gastric (gastrita atrofică cu aclorhidrie sau anemie pernicioasă, polipi gastrici, gastrita Menetier) care vor trebui să aibă anual un examen radiologic și endoscopic;

b) examinarea endoscopică cu citologie și biopsie "țintită" a tuturor ulcerelor gastrice depistate radiologic;

c) examen radiologic și endoscopic la bolnavii (mai ales după vârsta de 50 de ani) cu sindrom dispeptic persistent și neinfluențat de tratament, la cei cu rezecție gastrică pentru ulcerul gastric sau duodenal după 8 - 10 ani de la intervenție, și eventual, la cei care au antecedente familiale de cancer gastric.

Diagnosticul diferențial. Se face cu:

- tumorile benigne;
- ulcerul gastric;
- tuberculoza gastrică;
- sifilisul gastric.

EVOLUȚIA: în cazurile netratate este invariabil fatală. Au fost însă câteva cazuri în care s-a produs vindecarea "spontană" a leziunii, fie prin calcifiere, fie prin autosterilizare imunologică. În majoritatea cazurilor neoperate decesul se produce în mai puțin de un an de la data stabilirii diagnosticului.

Evoluția este în funcție de potențialitatea malignă, de sediul și de tendința la metastaze. La tineri evoluția este mai rapidă. Cancerul ulceros are o evoluție mai

lentă. Cancerele corpului și tuberozității mari nu dau tulburări mecanice funcționale. Ele evoluează multă vreme latent. O dată apărute simptomele, evoluția este rapidă.

COMPLICAȚII. Toate complicațiile grăbesc evoluția fatală a cancerului.

1. Hemoragia: hemaiemeza și melena sunt de scurtă durată și cantitativ reduse. Sângerările masive sunt (de scurtă durată și cantitativ reduse) rare (5%), duc la cașexie cu anemie pronunțată. Hemoragiile mari, mortale, survin rar în cancer.

2. Perforația spontană în cavitate liberă abdominală este rară. Se produce în ulcerele canceroase ale curburii mici. Prognosticul lor este grav. Perforația cronică se face în ligamentul gastro-hepatic, în organele vecine. Perforația în colon realizează fistula gastrocolică.

3. Stenoza pilorică survine în 50% din cancerele gastrice. Prezintă semne obișnuite ale obstrucției pilorului. Evoluția este rapidă, cu fenomene de denutriție, cu vărsături abundente, cu miros de putrefacție. La examenul obiectiv apare starea de denutriție, cu bombarea regiunii superioare a abdomenului și scobirea regiunii subombilicale. Diagnosticul se face după istoricul scurt, starea generală alterată, anemie, VSH accelerat, rezistență la tratament. Evoluția stenozei este rapidă, progresivă.

4. Metastaze: cancerul gastric produce numeroase metastaze, locale sau la distanță. Metastazele în ganglionii regionali retroperitoneali și mezenterici sunt precoce.

Cancerul gastric determină metastaze în:

- ficat (icter, ficat neregulat);
- plămâni (cu aspect miliar);
- oase (cu fenomene de compresiune sau fracturi spontane);
- creier (pareze cu tulburări psihice);
- ovar (tumori Kruckenberg);
- peritoneu (ascita cu caracter hemoragic, mase tumorale) etc.

PROGNOSTICUL: În general grav, depinde de stadiul în care s-a făcut intervenția.

TRATAMENT

În prezent singurul tratament eficace pentru cancerul gastric este cel chirurgical - gastrectomia subtotală sau totală. Trebuie subliniat faptul că nu există o strictă concordanță între examenul radiologic și procesul morfologic, așa încât aparenta întindere radiologică nu reprezintă o indicație sau contradicție pentru intervenția chirurgicală. În unele țări (SUA, Japonia) la tratamentul chirurgical se asociază radio terapie intraoperatorie în scopul sterilizării unor focare restante mici neeradicate în cursul rezecției totale (5 Fluorouracil + Mitomycin C sau alte diverse complicații) reprezintă doar o măsură paliativă. Imunoterapia încercată în ultimii ani a dat rezultate incerte.

TIPURI DE INTERVENȚII:

1. Rezecția polară inferioară lărgită cu anastomoza Pean- Billroth I sau una din variantele Billroth II este indicată în localizările antropilorice ale tumorii.

Se rezeacă în sus peste 6 cm. de la limita superioară a tumorii și în jos în jur de 3 cm. din duoden.

2. Rezecția polară superioară va fi indicată unor cazuri de localizare cardială și juxtacardială.

Refacerea continuității tubului digestiv se realizează prin esoanostomii termino-terminale, sau mai bine pe peretele anterior al antrului, esoanostomii termino - laterale Sweett, Kazanschi.

3. Gastrectomia totală va fi indicată în cancerule corpului, în cancerule extinse.

Refacerea tranzitului digestiv se face prin anastomoza esojejunală termino - laterală cu fistula Brown sau termino-teminală cu ansa în Y roux.

Reintegrarea duodenului în tranzit a ridicat problema anastomozelor eso-duodenale și alte operații de interoziție jejunală eso-duodenală. Aceste intervenții se folosesc în cazuri bine alese.

PREGATIREA PREOPERATORIE A BOLNAVULUI SUFERIND DE CANCER GASTRIC

Pregătirea preoperatorie a bolnavului de cancer gastric are în vedere multiple obiective, pe care chirurgul trebuie să le studieze atent odată cu internarea bolnavului în spital:

- alte afecțiuni preexistente manifestării neoplasmului: cardiace, pulmonare, hepatice, renale, pancreatice, diabet;
- coexistenta unor afecțiuni cronice, TBC, boli profesionale;
- vârsta bolnavului după cum se știe, frecvența mare a bolnavilor cu cancer gastric se întâlnește după deceniul cinci, culminată cu deceniile șase și șapte, deci bolnavii vârstnici;
- gradul de extindere al neoplasmului cointeresarea altor organe, metastaze hepatice, invazii pancreatico - colice etc., pierderile sanguine din procesul tumoral hipoproteinemie, tulburările hidroelectrolitice asociate;
- localizarea neoplasmului care antrenează uneori tulburări de asimilare și tranzit date de stenozele cardiotuberozitate, mediogastrice, antropilorice;
- gradul stenozei neoplazice, care poate avea repercusiuni, rapide asupra stării generale în stenozele complete sau aproape complete, des întâlnite din nefericire în practică.

În neoplasmul nestenozat, degradarea stării generale de sănătate se produce lent, prin melene repetate hipoproteinemie, anemie. Toate aceste tulburări duc bolnavii cu cancer gastric avansat la situația pe care o denumim astăzi "socul cronic". Acesta este caracterizat prin doi factori: unul somatic, pierderea în greutate și altul umoral (hipovolemia) Pierderile volumice în neoplasmul gastric sunt importante. Mecanismul este complex: pierderi sanguine din tumoră, elaborarea de factori

hemolotici în tumoră, consum mare de acizi aminați. Vărsăturile repetate din stenozele neoplazice antrenează deshidratări și deficiențe saline cu reducerea volumului plasmatic, deci cu hipotonie osmotică și hematocrit normal sau crescut.

La bătrâni sunt constante hipoproteinemii, hipovolemia, deshidratările cronice, antrenate de procesul tumoral, și datorită încetirii metabolismului în raport cu vârsta) Mortalitatea postoperatorie imediată la vârstnici, după intervenția pentru neoplasme gastrice, se cifrează la 20 %.

Toate aceste obiective trebuie atent subliniate și tratate postoperator pentru a se putea evita complicații grave postoperatorii. Pregătirea preoperatorie a bolnavului cu neoplasm gastric nu aparține numai chirurgului, este o activitate de echipă: chirurgi, anesteziști, medic de laborator.

În mod cu totul excepțional un neoplasm gastric impune o intervenție de urgență, deoarece o pregătire preoperatorie atentă este obligatorie la acești bolnavi, la care intervenția chirurgicală, de obicei foarte laborioasă, poate și trebuie să fie amânată până la rezolvarea afecțiunilor acute și subacute și până la corectarea dezechilibrelor volumice, hidroelectrolitice și proteice, aproape totdeauna prezente, deoarece din nefericire bolnavii aceștia se prezintă la tratament adesea în stadii avansate de boală.

În afara afecțiunilor acute sau subacute, pulmonare în special, corectarea dezechilibrelor proteice este în general greu de efectuat cu atât mai mult cu cât alimentația orală este deficitară sau uneori insuficientă în stenozele incomplete sau complete. În aceste situații pregătirea preoperatorie nu va fi amânată mai mult de șapte - zece zile, deoarece eforturile noastre nu pot niciodată completa pierderile, prin lipsa de aport proteic alimentar, prin mijloace parenterale ce le avem la îndemână; sub acest aspect trebuie să considerăm intervenția operație ca o "urgență amânată" dar nu prea mult timp.

PREGĂTIREA POSTOPERATORIE GENERALĂ

S-a observat o frecvență mare a complicațiilor pulmonare postoperatorii datorate de cele mai multe ori neglijenței decelării afecțiunilor pulmonare acute, subacute sau cronice. Nu se vor opera bolnavii care au prezentat o pneumopatie acută decât după cel puțin două săptămâni de tratament și după stingerea oricărui semn de suferință bronho-pulmonară. Risc crescut operator prezintă de asemenea bolnavii cu afecțiuni cronice, emfizemioși, asmaici, bronșitici cronici.

Tratamentul acestor afecțiuni vizează asanarea cauzelor, administrarea de bronhodilatatoare, aerosoli, aerosoli cu antibiotice și mai ales pentru afecțiunile cronice, gimnastica respiratorie. Pacienții cu plămâni umezi și cu sputa zilnică de peste 20 ml. vor fi operați numai când cantitatea sputei scade sub 20 ml. Interzicerea fumului este obligatorie cu cel puțin 7 zile preoperator. Asanarea focarelor de infecție oro-faringiene este de asemenea obligatorie pentru a nu vehicula flora microbiană în arborele traheo-bronșic în timpul intubației.

La toți pacienții peste 45 de ani se recomandă efectuarea unei electrocardiograme. În insuficiența cardiacă evidentă, decompensarea cardiacă anterioară și în cazul infarctelor în antecedente se recomandă administrarea preoperatorie de cardio-tonice.

Dezechilibrul hidroelectrolitic, ca și dezechilibrul acido-bazic, vor fi corectate în funcție de ionograma executată zilnic. Se va evita supraîncărcarea cordului drept care duce la edem pulmonar acut, mai ales la bolnavii în vârstă prin administrarea în exces a lichidelor de rehidratare, de aceea ritmul și cantitățile de lichide și electroliți administrate vor fi supravegheate.

Anemia și hipovolemia, totdeauna prezente în diferite grade, în funcție de localizarea și extinderea neoplasmului, vor fi tratate prin perfuzii de sânge. Se recomandă administrarea de 500 cm³ sânge pentru fiecare trei procente de hemaiocrit scăzut. Cantitatea de sânge perfuzat și ritmul perfuziilor va fi variabil de la caz la caz pentru a ajunge la cifre ale hemoglobinei între 60 - 90 % deziderat care se obține prin

perfuzii zilnice. La neoplazici, cantitățile de sânge administrate pentru obținerea unei cifre apropiate de normal, trebuie să fie duble față de calculele obișnuite.

Perfuziile de sânge par a fi cea mai eficientă metodă pentru diminuarea deficitului preoperator de proteine. În acest scop se vor mai utiliza perfuziile cu hidrolizate de proteina plasma, plasma uscată sau albumina umană 5%. Pentru o mai bună utilizare a soluțiilor perfuzate de acizi aminați se recomandă utilizarea acestora după perfuzii de glucoză sau fructoză la diabetici. Pregătirea generală preoperatorie va fi completată prin administrarea de vitamine, anabolizante și în absența fenomenelor de stenoza cu alimentație bogată în proteine, hidrați de carbon și multifracționată.

La diabetici, când glicozuria depășește 10 gr./l, se instituie tratament insulinic; doza se va titra până la dispariția completă a glicozuriei și acetonuriei. Se recomandă asocierea de hormoni androgeni care potențează efectul insulinei la bătrânii diabetici. Regimul și medicația diabetului va fi stabilit de comun acord cu internistul și medicul anestezist. În ziua operației se administrează parenteral hidrați de carbon sub forma soluției de fructoză împreună cu insulina corespunzătoare în raport cu controlul glicemiei. Diabeticul trebuie operat în primele ore ale dimineții pentru a evita o acidoză produsă de foame. În cadrul pregătirii generale folosim și simularea S.R.H. prin vaccin polimicrobian în doze crescânde la două zile, precum și imunoterapia cu Polidin, o fiolă la două zile în săptămâna pregătitoare operației.

PREGĂTIREA TUBULUI DIGESTIV

Se începe cu evacuarea bariului folosit pentru diagnosticul radiologic. Este de preferat să se facă în prima zi după examenul baritat, mai ales când există o stenoza antrală. Se vor face în continuare spălaturi gastrice repetate până la evacuarea completă a substanței baritate, controlate radiologic. De altfel spălaturile gastrice vor fi executate zilnic, sau cel puțin la două zile în stenozele neoplazice complete.

Clisma evacuatorie va urmări de asemenea eliminarea bariului din colon.

Nu rareori am avut ocazia să constatăm intraoperator baritoame organizate în

cadrul colic, cu un tranzit digestiv satisfăcător, care îngreunează evoluția postoperatorie, putând da naștere la complicații ocluzive grave.

Alimentația va fi permisă în funcție de gradul stenozei neoplazice. La neoplasmelor neînsoțite de tulburări de evacuare gastrică va fi consistentă, bogată în proteină, pluri funcționate la cei cu grad redus de stenoză, regim pasirat hidric, supe concentrate de carne etc.

Cu 24 de ore preoperator, recomandăm exclusiv regim hidric. La stenotici în seara ce precede intervenția facem spălătura gastrică, în dimineața intervenției evacuăm stomacul cu ajutorul unei sonde nazogastrice Einhorn, pe care o păstrăm intraoperator și postoperator.

Urmărirea atentă a tuturor obiectivelor în pregătirea preoperatorie a neoplazicilor gastrici, nu ne scutește de complicații postoperatorii, pe care acești bolnavi pluricarențiați le pot face cu ușurință. Oportunitatea, momentul intervenției vor fi stabilite de comun acord între chirurg și anestezistul reanimaor.

ÎNGRIJIREA POSTOPERATORIE **A BOLNAVULUI**

Numim perioada postoperatorie intervalul dintre sfârșitul operației și completa vindecare a bolnavului. Această perioadă durează de la câteva zile la câteva luni.

Obiectivele urmărite în îngrijirea postoperatorie:

1. Pregătirea salonului și a patului

Încă din timpul operației se pregătește salonul și patul pentru primirea bolnavului. Pentru a-i proteja sistemul nervos, după operație este bine să fie plasat într-o cameră cât mai izolată, cu puține paturi. Lumina să fie redusă și difuză; în primele ore se va păstra chiar o stare de semiobscuritate. Dacă intervenția s-a făcut în narcoză și bolnavul doarme în primele ore lumina semiobscură îl va ajuta în perioada de trecere la somnul fiziologic. Temperatura din salon nu va depăși 20°C. O temperatură prea ridicată produce transpirație și o ușoară tahipnee, ceea ce contribuie

la deshidratarea bolnavului. Patul se pregătește cu lenjerie curată, mușama, traversă și se încălzește cu termofoare electrice sau sticlă cu apă caldă, care se vor îndepărta din pat la sosirea bolnavului pentru a nu-i produce vasodilatație generalizată cu scăderea consecutivă a tensiunii arteriale sau arsuri.

Lângă patul bolnavului se pregătește sursa de oxigen cu umidificator, seringă și substanțe medicamentoase calmante, cariotonice, pansamente, garou, vată, alcool, punga cu gheata, tăvița renală, plosca, urinarul.

2. Transportul bolnavului de la sala de operație în salon se face cu targa sau căruciorul port-targă. Bolnavul este învelit cu grijă, fața va fi protejată cu tifon pentru a fi ferită de curenți de aer și a peântâmpina complicațiile pulmonare.

3. Îngrijirea bolnavului în perioada postnarcotică. În perioada postnarcotică, până la revenirea completă a cunoștinței, bolnavul va fi supravegheat. El nu poate fi lăsat nici-un minut singur, căci după narcoză pot surveni complicații:

- căderea înapoi a limbii;
- tulburări de respirație și circulație;
- asfixie.

Câteodată bolnavul are numai greață și face numai eventual eforturi pentru a vomă, alteleori elimină conținutul stomacal: suc gastric, bila, eventual mucozități faringiene.

Funcțiile scoarței cerebrale nefiind încă restabilite, bolnavul se poate scula, poate intra în agitație, încearcă să-și desfacă pansamentul.

4. Asigurarea unei poziții comode. Poziția bolnavului aflat încă sub influența anesteziei va fi cea orizontală, în decubit dorsal fără pernă. Această poziție este favorabilă în special pentru bolnavii care au fost operați cu rahianestezie. Poziția în decubit dorsal fund obositoare, după trezirea bolnavului el este așezat într-o poziție pe care o suportă mai ușor.

Încă din seara zilei în care s-a făcut operația se recomandă poziția FOWLER. Bolnavul are genunchii flectați (susținuți pe pernă moale, sub regiunea politee), poziția care asigură relaxarea musculaturii abdominale în scopul atenuării durerilor

locale.

5. Mobilizarea bolnavului. Se face cât mai precoce, gradat, chiar din prima zi după intervenția chirurgicală (pentru a preveni unele complicații pulmonare, renale etc.), este necesar mobilizarea membrelor inferioare însoțite de mișcări de respirație.

Cu ajutorul unor hățuri se va efectua mobilizarea activă în pat; se înlătură astfel contractura peretelui abdominal.

6. Compensarea pierderilor de lichide:

- se administrează pe cale parenterală soluții hidroelectrolitice cu aport caloric (glucoză 5%, ser fiziologic, clorură de potasiu);

- se administrează pe cale orală apă sau alte lichide (ceaiuri, compoturi), cu lingurița (600 - 700g).

7. Supravegherea funcțiilor vitale și vegetative. Se măsoară și se înregistrează zilnic în foaia de observație temperatura, pulsul, respirația, T.A., diureza.

8. Asigurarea regimului alimentar. În primele trei - patru zile după intervențiile intraabdominale nu se vor da lichide îndulcite, lapte (prin fermentație produc balonări).

După rezecție sau anastomoza jejunală regimul va fi constituit astfel:

a) în primele două zile bolnavul nu va ingera absolut nimic, administrându-i-se pe cale parenterală soluții cu electroliți și proteine;

b) în ziua a treia i se vor da bolnavului câteva înghițituri de ceai îndulcit (1/2 l. în 24 h.);

c) în zilele următoare i se vor da treptat ouă, iaurt, bulion de carne, în funcție de reluarea tranzitului intestinal.

ATENȚIE! După rezecția gastrică, bolnavii vor fi alimentați cu cantități mici de alimente calde, la intervale de două - trei ore.

9. Combaterea complicațiilor. Complicațiile digestive cele mai des întâlnite sunt vărsăturile și balonarea postoperatorie.

Vărsăturile cedează în majoritatea cazurilor repede după îngrijirile curente. Camera se aerisește, în jurul gâtului se pun comprese reci. Dacă vărsăturile nu cedează la aceste îngrijiri, la indicația medicului se administrează medicamente antivomitice (Emetiral, Torecan, Droperidol) sau prin administrarea de neuroleptice. Când voma este provocată de staza gastrică, se golește stomacul prin spălătura gastrică, îndepărtându-se în acest fel din stomac o cantitate mare de substanță narcotică, ceea ce dezintoxică organismul și restabilește motricitatea stomacului. Spălătura gastrică se poate repeta la nevoie de două - trei ori pe zi.

Balonările datorate parezei intestinului și hipertoniiei sfincterelor se combat prin introducerea tubului de gaze, prin administrarea intravenos a soluției de clorură de potasiu, prin administrarea extractului de lob posterior de hipofiză.

Sughitul se combate prin aplicarea pungii cu gheață pe regiunea epigastrică, prin comprimarea regiunii sino-carotidiene, prin administrarea peros de tinctură de valeriană (3 x 20 picături pe zi), prin administrarea intravenos a soluției de clorură de sodiu (20 - 60 ml. 20 %) sau administrarea de novocaină (1 % - 20 ml.).

Complicațiile pulmonare se previn prin efectuarea gimnasticii respiratorii, masajului la nivelul toracelui, schimbarea poziției, mobilizarea precoce, combaterea preoperator a infecțiilor (acute sau cronice) căilor respiratorii, prin administrarea de antibiotice, expectorante, aspirarea secrețiilor din căile respiratorii.

Eviscerația (se poate produce la sfârșitul primei săptămâni după intervenția chirurgicală, manifestându-se printr-o durere vie apărută brusc la nivelul plăgii imediat după un efort de tuse, strănut, vărsături) se previne printr-o comprimare moderată a plăgii operatorii cu palmele. În cazul în care s-a produs se impune refacerea imediată a straturilor, chirurgicale.

Pregătirea conștiințioasă a bolnavului pentru intervenție și îngrijirea lui atentă pentru operație previn majoritatea complicațiilor postoperatorii.

REGIMUL ALIMENTAR ÎN CANCER GASTRIC

REGIM PREOPERATOR

Cu câteva zile înainte de operație se vor administra mese mici, fracționate de preferință, lichide și semisolide, evitând alimentele greu digerabile (sosuri nedietetice, rântășuri, grăsimi, prăjeli, varză, castraveți, ridichi, sarmale), condimente, alcool și alimente bogate în celuloză care produc meteorism abdominal. Cu cel puțin 12 ore înaintea intervenției chirurgicale se suspendă alimentația orală și se administrează cărbune medicinal și Cisapride (sau cel puțin Metoclopramid sau Donperidonă).

Dacă bolnavul prezintă preoperator insuficiență evacuatorie gastrică sau numai vărsături care nu cedează după antiemetice va fi alimentat parenteral (cu soluții glucozate de NaCl 0,9 %, aminoacizi și lipide injectabile intravenoase) și se va introduce o sondă de aspirație gastrică. Vor fi corectate tulburările hidroelectrolitice și acidobazice. Dacă bolnavul are preoperator hemoragie digestivă superioară se suspendă de asemenea alimentația orală, este perfuzat parenteral, asigurându-se cel puțin 800 Kcal./zi, iar dacă anemia este severă (sub 8 g. ghemoglobină/100 ml. sânge) va fi transfuzat, de preferință cu masa eritocitară, iar dacă nu există, cu sânge integral izogrup, izo-Rh.

REGIMUL POSTOPERATOR

Două - trei zile postoperator alimentația se va face parenteral, având grija să asigurăm cel puțin 200 g. de hidrați de C, se vor administra soluții glucozate de NaCl 0,9 %, iar dacă avem posibilitatea și soluții de aminoacizi și lipide perfuzabile intravenos circa 1500 - 2000 ml./24 h.).

În următoarele două - trei zile se va începe realimentarea orală, inițial cu cantități mici de ceaiuri, lapte (50 ml. din două în două ore), supe strecurate de legume, ulterior mese mici cu piureuri, smântână, gris cu lapte, ouă moi, brânză de vaci, unt, iar după încă trei - patru zile se pot adauga pâine albă, biscuiți, carne albă

fiartă, sote de legume, budinci.

Dacă evoluția este favorabilă bolnavul va fi alimentat în continuare cu mese mici, fracționate (cinci - șase/zi) care să asigure un raport caloric de circa 920 - 1550 Kcal./zi, asemănător cu cel din boala ulceroasă în perioada de acalmie, dar cu evitarea consumului excesiv de lichide în timpul și imediat după masă, precum și alimentelor hiperosmolare (dulciuri concentrate, alimente sărate excesiv sau alimente bogate în celuloză dură) pentru a evita un sindrom postprandial precoce (DUMPING).

Alimente permise:

- pâine albă veche de o zi;
- cartofi piure, fierți, copti;
- paste făinoase;
- orez;
- griș;
- fructe fără coajă și fără sâmburi sub formă de compot, coapte sau crude, dar de preferință rase;
- legume tăiate și fierte;
- lapte de vacă, smântână, iaurt;
- carne slabă de vită, peste slab, găină fiartă sau friptură;
- brânză de vaci, telemea desărată;
- ulei, unt.

Alimentele nu vor fi consumate fierbinți și nici foarte reci (ideal la 48° C). Ele vor fi bine masticate.

Alimente interzise:

- condimente (piper, boia, hrean, oțet, muștar);
- alcool, tutun;
- sosuri nedietetice, răntășuri, grăsimi prăjite;

- cafea în exces;
- varză, castraveți, ridichi;
- fructe cu coajă sau sâmburi;
- miere și alte dulciuri concentrate.

După trei săptămâni de la operație rația calorică va fi adaptată în funcție de vârstă, sex, talie și profilul activității desfășurate.

ÎNGRIJIRI SPECIFICE

Asistenta medicală, pe lângă efectuarea tratamentului indicat de medic, are un rol foarte important în satisfacerea nevoilor bolnavului. Principalele nevoi ce trebuie satisfăcute în cadrul procesului terapeutic sunt:

1. Nevoia de a se mișca și de a avea o bună postură;
2. Nevoia de a se alimenta și hidrata;
3. Nevoia de a elimina.

1. Nevoia de a se mișca și de a avea o bună postură

Pentru satisfacerea acestei nevoi la un bolnav de cancer gastric asistentul trebuie să prevină tulburările provenite din imobilizare.

Să prevină atrofia musculară și să favorizeze mișcările permise.

Respectă planul de imobilizare activă și pasivă).

Combate staza venoasă.

Previne escarele de decubit, anchilozarea.

Efectuează mișcări active și pasive.

Exerciții de corectare a pozițiilor vicioase.

Determină valorile P, R, TA.

Individualizează programul specific fiecărui bolnav.

Informează și pregătește psihic pacientul pentru efectuarea progresivă a mișcărilor.

Evită reacțiile de apărare a pacientului neforțând exercițiile și dovedind răbdare.

Transportă pacientul pentru examinări și tratamente de specialitate.

Alege în mod optim timpul în care se efectuează mobilizarea pacientului.

2. Nevoia de a se alimenta și hidrata

Pentru satisfacerea acestei nevoi asistentul calculează necesarul de calorii pe 24 ore în funcție de starea și vârsta bolnavului.

Favorizează procesul de vindecare prin menajarea organelor bolnave.

Efectuează o alimentație cu scop terapeutic pentru a influența simptomatologia clinică progresul evolutiv prin regim rațional.

Asistentul efectuează o nutriție modificată prin subalimentație datorită capacității slabe de ingerare a bolnavului realizând un regim de crutare.

Recuperează deficitul ponderal respectând dieta impusă cunoscând grupele alimentare și conținutul în factori nutritivi.

Asistentul va alimenta artificial în situații speciale pacientul.

Diferențiază tulburările de apetit anorexie, disfagie, greață, inapetență.

Întocmește foaia de alimentație.

Cunoaște regimurile dietetice și modul de preparare al alimentelor.

Asigura condiții de mediu în vederea servirii hranei – norme de igienă, circuitul alimentelor.

Cunoaște modurile de alimentație – activă, pasivă, artificială aplicate.

Folosirea sondei gastrice a fistulei.

În evaluarea îngrijirilor asistentul observă prezența sau absența reflexului de deglutiție a nivelului de nutriție, modificările de apetit, obișnuințele alimentare tranzitul intestinal, greutatea corporală, nivelul de cunoștințe, sau alte semne asociate.

3. Nevoia de a elimina

Pentru satisfacerea acestei nevoi asistentul observă modificări ale eliminărilor de urina prin retenție - glob vezical, incontinență - totală funcțională, reflexă stimulantă sau de stres.

Potențial de deshidratare sau acumulare excesivă de lichide în țesuturi – edem.

Eliminări insuficiente.

Asistentul va acționa pentru ameliorarea tranzitului intestinal.

Ameliorează edemele periferice realizând o diureză normală.

Pacientul trebuie să elimine un scaun fără dificultate, să înceteze a fi incontinent.

Asistentul înregistrează diureza determinarea ei cantitativă.

Măsoară, interpretează și notează vărsăturile și îngrijește pacientul în aceasta situație, ia masuri de suplinire prin sondaje, spălaturi, clisme, puncții, drenaj, stoma.

Verifică dacă în final pacientul a ajuns la independență în satisfacerea nevoii, dacă apar modificări ale imaginii de sine ale statutului social, observă nivelul de cunoștințe sau alte semne asociate.

PARTEA A-II -A

STUDIUL DE CAZ

CAZUL NR. 1

Bolnavul A. M., născut pe data de 23.05.1940, pensionar, domiciliat în București, Str. Apeductului nr.120, bl.20, sc.A, sector 2, se internează în secția chirurgie pe data de 26.02.2005, ora 11.30.

Diagnostic la internare: Neoplasm gastric stenozat.

Diagnostic la 72 de ore:

1. Neoplasm gastric cvasitotal, stenozat, mediogastric, perforat cu peritonită generalizată și metastaze peritoneale (operat);
2. Cere vicios și fistula anastomotică postoperatorie;
3. Pneumonic bazala stânga.

Motivele internării:

- dureri epigastrice iradiate dorsal;
- vărsături post-prandiale tardive cu alimente vechi, nedigerate;
- slăbire în greutate.

Anamneza:

- a) **antecedente heredo-colaterale:** fără importanță;
- b) **antecedente personale:** neoplasm gastric depistat în secția Medicală I aprilie 2001;
- c) **condiții de muncă și viață:** corespunzătoare.

Istoricul bolii

În luna aprilie 2001 a fost tratat în secția Medicală II din cadrul Spitalului

Universitar București pentru o suferință dispeptico - dureroasă epigastrică și o anemie moderată). În urma explorărilor executate s-a stabilit diagnosticul de neoplasm gastric, pentru care a fost transferat în Serviciul Chirurgie, în vederea operației. Bolnavul însă refuză intervenția și părăsește spitalul fără acordul medicului curant. Continuă să prezinte dureri, nu se alimentează corespunzător, scade în greutate. Cu cinci zile înainte de internare durerile devin permanente și vomită după fiecare tentativă de alimentare. S-a prezentat la spital și a fost operat.

Examen clinic general:

- *tegumente și mucoase*: palide;
- *sistemul musculo-adipos*: normal reprezentat;
- *sistemul ganglionar-limfatic*: nu se palpează;
- *sistemul osteoarticular*. Integru;
- *aparatur respirator*: torace emfizematos, cu excursii respiratorii normale; vibrațiile vocale se transmit normal; hipersonoritate toracică; murmurul vezicular prezent, diminuat;
- *aparatur cardio-vascular*: șoc apexian în spațiul V intercostal stâng pe linia medioclaviculară; zgomotele cardiace ritmice, bradicardie fără sufluri;
- *puls*: 60 bătăi/minut;
- *aparatur digestiv*: abdomen suplu elastic, dureros la palpare în epigastru, subombilical; ficat și splina nepalpabile;
- *aparatur urogenital*: - micțiuni normale;
- urina limpede;
- lojile normale libere nedureroase la palpare;
- organele genitale externe normale.

Examenul preanesteziac

Diagnosticul de neoplasm gastric perforat la pacient în vârstă fără antecedente analgetice sau algice. Starea generală precară asociată cu cardiopatie ischemică cu frecvente extrasistolice ventriculare, semiinaniție neoplazică, paraclinic în curs de

investigare propus pentru laparatomie, operație impusă de urgență, risc VIII, acceptat anestezie generală tip analgetic.

Intervenție chirurgicală

1. Sutura perforației cu plombaj epiploic.
2. Biopsie gastrică. Triplu drenaj periodic.

Plan de îngrijire pe 24 de ore

Nevoia de a se mișca și de a avea o bună postură

| Diagnostic de nursig P.E.S. | Obiective | Intervenții tratamente | Evaluare |
|--|--|---|---|
| <p>P: – dureri epigastrice iradiate dorsal.</p> <p>E: - neintegrarea de alimente; - oboseala datorată transportului.</p> <p>S: - scade în greutate; - astenie; - inapetență; - paloare; - adinamie.</p> | <p>Preoperatorii</p> <p>- menajarea bolnavului de traumatisme psihice și lămurirea lui asupra felului cum decurge operația; - explorarea capacității de apărare a organismului, a gradului de rezistența față de șocul operației; - întărirea organismului prin echilibrare hidroelectrolitică;</p> | <p>- am măsurat P, R, TA, T și le-am notat în foaia de temperatură; - am recoltat sânge prim puncție venoasă pentru efectuarea examenelor de laborator; - am aerisit salonul și l-am pregătit pentru vizita medicală; - am asistat la vizita medicală; - am ajutat la servirea mesei</p> | <p>-evoluție clinică nesatisfăcătoare; - se mențin momente de stenoza; - vărsătura în zaț de cafea; -subfebril; -hemodinamic compensat; D = 2200 ml., Td. 37,2 C, Ts. 38,3 C, TA = 120/70. - abdomen suplu; - tranzit prezent pentru clismă; -drenaje</p> |

| Diagnostic de nursig P.E.S. | Obiective | Intervenții tratamente | Evaluare |
|-----------------------------|---|---|---|
| | <p>- favorizează mișcările permise.</p> <p>- transportă pacientul pentru examinări și tratamente de specialitate.</p> | <p>bolnavilor;</p> <p>- am ajutat la efectuarea clisimei evacuatorii;</p> <p>- am măsurat funcțiile vitale;</p> <p>- am efectuat mobilizarea bolnavului;</p> <p>- am asigurat respectarea tratamentului;</p> <p>- am montat o perfuzie;</p> <p>- am îndrumat bolnavul să-și recolteze expectorația;</p> <p>- am însoțit bolnavul la radiologie pentru examen baritat;</p> <p>- am măsurat funcțiile vitale.</p> <p><u>Tratamente:</u></p> <p>- glucoză 10%,</p> | <p>abdominale moderate cu caracter seros;</p> <p>- tuse muco - purulentă</p> <p>-pulmonar valur crepitante;</p> <p>-drenează „zaț de cafea”;</p> <p>-limba uscată</p> <p>D 1900 ml.</p> |

| Diagnostic de nursig P.E.S. | Obiective | Intervenții tratamente | Evaluare |
|------------------------------------|------------------|--|-----------------|
| | | aminosteril 1000 ml., sânge 250 ml., gr.: B3, rh+, fitomenadion. - 2f. gastrozepin 4 tb., vitamina C 2 f., vitamina A 1 f., KCL 74 100 ml., digoxin 1\2 f., xilină 10 ml., metronidazol 1,5 gr., penicilină 10 ml. u.i. | |

Plan de îngrijire pe 24 de ore
Nevoia de a se mișca și de a avea o bună postură

| Diagnostic nursing P. E. S. | Obiective | Intervenții tratamente | Evaluare |
|---|--|---|--|
| P: - dureri epigastrice iradiate dorsal; -contractură abdominală diminuarea capacității vitale. E: - caracterul invaziv al | Postoperatorii Pregătirea salonului și a patului - supravegherea bolnavului după operație - asigurarea unei poziții comode | - am aerisit salonul și l-am pregătit pentru vizita medicală; - am asistat la vizita medicală; - am măsurat P, R, TA, T și le-am notat în foaia de | - evoluție clinică nesatisfăcătoare - vărsături - sughiț - abdomen relativ suplu - tuse cu expectorație - febrilitate |

| Diagnostic nursing P. E. S. | Obiective | Intervenții tratamente | Evaluare |
|--|--|--|---|
| <p>intervenției chirurgicale.</p> <p>S: – scădere în greutate;</p> <p>-astenie;</p> <p>-inapetență;</p> <p>-paloare;</p> <p>-adinamism,</p> <p>tulburări de tranzit intestinal, durere abdominală violentă.</p> | <p>- mobilizarea bolnavului;</p> <p>- efectuarea mișcărilor active și pasive;</p> <p>- individualizarea planul specific pacientului.</p> <p><u>Tratamente:</u></p> <p>- sânge izogrup 250 ml.,</p> <p>digoxin 1\2 f.,</p> <p>ampicilină</p> <p>dipidolor 1 f.,</p> <p>ser fiziologic 1000 ml.</p> | <p>temperatură;</p> <p>- am măsurat funcțiile vitale;</p> <p>- am efectuat mobilizarea bolnavului;</p> <p>- am servit masa bolnavului;</p> <p>- am supravegheat bolnavul după operație;</p> <p>- am măsurat funcțiile vitale;</p> <p>- am asistat la efectuarea sondajului vezical;</p> <p>- am injectat novocaină;</p> <p>- am schimbat poziția bolnavului;</p> <p>- preven escarele de decubit,</p> <p>anchilozarea;</p> <p>- combat staza venoasă;</p> | <p>- tegumente moderat palide</p> <p>- extremitati calde;</p> <p>- abdomen suplu;</p> <p>- peste o oră bolnavul este adinamic afebril;</p> <p>- ventilat mecanic;</p> <p>-T.A. 110/60;</p> <p>- evoluție mediocră paloare;</p> <p>- stare generală alterată;</p> <p>- la cererea familiei bolnavul este externat.</p> |

| Diagnostic nursing P. E. S. | Obiective | Intervenții tratamente | Evaluare |
|------------------------------------|------------------|---|-----------------|
| | | - efectuez progresiv mișcările de mobilizare necesare atingerii independenței în satisfacerea nevoii. | |

Plan de îngrijire pe 24 de ore
Nevoia de a se alimenta și hidrata

| Diagnostic nursing P. E. S. | Obiective | Intervenții tratamente | Evaluare |
|---|---|--|---|
| <p>P: - inapetența; - dureri în zona epigastrului; - anxietate; - tulburări de asimilare; - deficit de acomodare; - inapetența selectivă pentru anumite mâncăruri.</p> <p>E: - transport inadecvat; - stenoza pilorică.</p> <p>S: - melena; - scădere în</p> | <p>Preoperatorii</p> <p>- lămurirea pacientului asupra felului cum decurge operația; - menajează organele bolnave; - calculează necesarul zilnic realizând regim de crutare; - favorizează mișcările permise; - transportă pacientul pentru examinări și</p> | <p>- am măsurat P, R, TA, T și le-am notat în foaia de temperatură; - am aerisit salonul și l-am pregătit pentru vizita medicală; - am asistat la vizita medicală; - am ajutat la servirea mesei bolnavilor; - am ajutat la efectuarea clismei evacuatorii;</p> | <p>- evoluție clinică nesatisfăcătoare; - se mențin momente de stenoză; - vărsătura în zaț de cafea; - subfebril; - abdomen suplu; - tranzit prezent pentru clismă; - limba uscată; - prezența în continuare a greței inapetenței; - rămâne</p> |

| Diagnostic nursing P. E. S. | Obiective | Intervenții tratamente | Evaluare |
|--|---|--|--|
| <p>greutate;</p> <p>- astenie;</p> <p>-paloare;</p> <p>- adinamism;</p> <p>- tuse.</p> | <p>tratamente de specialitate;</p> <p>- observă prezența reflexelor de deglutiție etc.;</p> <p>- asigură condiții de mediu favorabile unei bune ingestii;</p> <p>- efectuează o alimentație în scop terapeutic;</p> <p>- cunoaște regimurile dietetice.</p> | <p>- am măsurat funcțiile vitale;</p> <p>- am efectuat mobilizarea bolnavului;</p> <p>- am notat necesitatea regimului dietetic.</p> <p><u>Tratamente:</u></p> <p>- glucoză 10%, aminosteril 1000 ml., sânge 250 ml., gr: B3, rh+, fitomenadion – 2 f., gastrozepin 4 tb., vitamina C 2f.,vitamina A 1 f., KCL 74 100 ml., digoxin 1/2 f., xilină 10 ml. metronidazol 1,5 gr., penicilină 10 ml. u.i.</p> | <p>inadaptarea la noul regim dietetic.</p> |

Plan de îngrijire pe 24 de ore
Nevoia de a se alimenta și hidrata

| Diagnostic nursing P. E. S. | Obiective | Intervenții tratamente | Evaluare |
|--|--|---|--|
| <p>P: - inapetența; - dureri în zona epigastrului; - anxietate; - tulburări de asimilare; - deficit de acomodare.</p> <p>E: - stenoza pilorică.</p> <p>S: - melena; - scădere în greutate; - astenie; - paloare; - adinamism; - tuse.</p> | <p>Postoperatorii</p> <p>- observă prezența reflexului de deglutiție; - pregătirea salonului și a patului; - supravegherea bolnavului după operație; - asigurarea unei poziții comode; - mobilizarea bolnavului; - asigură condiții de mediu favorabile unei bune ingestii; - efectuează o alimentație în scop terapeutic; - cunoaște regimurile dietetice; - favorizează mișcările permise</p> | <p>- am măsurat funcțiile vitale; - am efectuat mobilizarea bolnavului; - am servit masa bolnavului; - am supravegheat bolnavul după operație; - preven vărsăturile post prandiale prin Emetiral; - am măsurat funcțiile vitale; - am efectuat mobilizarea bolnavului; - am asistat la efectuarea sondajului vezical; - am instalat sonda gastrică;</p> | <p>- evoluție clinică nesatisfăcătoare; - vărsături; - sughiț; - abdomen relativ suplu; - tuse cu expectorație; - febrilitate; - tegumente moderat palide; - extremități calde; - abdomen suplu; - evoluție mediocră paloare; - stare generală alterată; - la cererea familiei bolnavul este externat.</p> |

| Diagnostic nursing P. E. S. | Obiective | Intervenții tratamente | Evaluare |
|------------------------------------|---|---|-----------------|
| | <p>pentru obținerea unei poziții corecte în timpul mesei;</p> <ul style="list-style-type: none"> - cunoaște modurile de alimentație – activă pasivă artificială. | <ul style="list-style-type: none"> - am asigurat respectarea tratamentului și a regimului alimentar; - am schimbat poziția bolnavului; - efectuez o alimentație cu scop terapeutic; - am efectuat o perfuzie cu glucoză; - tratamentul este același. | |

Plan de îngrijire pe 24 de ore

Nevoia de a elimina

| Diagnostic nursing P. E. S. | Obiective | Intervenții tratamente | Evaluare |
|---|--|--|--|
| <p>P: - inapetență;</p> <ul style="list-style-type: none"> - dureri în zona epigastriului; - anxietate; - tulburări de asimilare; - inapetență | <p>Preoperatorii</p> <p>Asistentul va acționa pentru ameliorarea tranzitului intestinal;</p> <ul style="list-style-type: none"> - calculează | <ul style="list-style-type: none"> - am ajutat la efectuarea clisimei evacuatorii; - am aerisit salonul și l-am pregătit pentru vizita medicală; | <ul style="list-style-type: none"> - evoluție clinică nesatisfăcătoare; - se mențin momente de stenoază; - vărsătură în zaț de cafea; |

| Diagnostic nursing P. E. S. | Obiective | Intervenții tratamente | Evaluare |
|--|---|--|--|
| <p>selectivă ducând la un tranzit slăbit cu stază intestinală.</p> <p>E: - stenoză pliorică; - lipsa fibrelor.</p> <p>S: - melenă; - scăderea în greutate; - astenie; - paloare; - adinamism; - durere abdominală.</p> | <p>necesarul zilnic realizând regim de crutare; - lămurirea pacientului asupra felului cum decurge operația; - menajează organele bolnave; - asigură condiții de mediu favorabile unei eliminări lipsite de factori stresanți; - cunoaște regimurile dietetice care favorizează eliminarea.</p> | <p>- am asistat la vizita medicală; - am măsurat funcțiile vitale; - am efectuat mobilizarea bolnavului; - am notat necesitatea regimului dietetic.</p> <p><u>Tratamente:</u> - glucoză 10%, aminosteril 1000 ml., sânge 250 ml., gr: B3, rh+, fitomenadion – 2 f., gastrozepin 4 tb., vitamina C 2 f., vitamina A 1 f., KCL 74 100 ml., digoxin 1/2 f., xilină 10 ml., metronidazol 1,5 gr., penicilină 10 ml. u.i.</p> | <p>-subfebril; - abdomen suplu; - tranzit prezent pentru clismă; - inapetența; - tuse cu expectorație; - extremități calde; - vărsături în continuare datorită stenozei; - raluri bronșice - expectorație mucopurulentă.</p> |

Plan de îngrijire pe 24 de ore

Nevoia de a elimina

| Diagnostic nursing P. E. S. | Obiective | Intervenții tratamente | Evaluare |
|--|--|---|--|
| <p>P: - inapetență; - dureri în zona epigastrului; - anxietate; - tulburări de asimilare.</p> <p>E - caracterul invaziv al intervenției chirurgicale.</p> <p>S - scădere în greutate; - astenie; - inapetență; - paloare; - adinamism; tulburări de tranzit intestinal; - durere abdominală violentă.</p> | <p>Postoperatorii</p> <p>- măsoară interpretează și notează vărsăturile și îngrijește pacientul în această situație, ia masuri de suplinire prin sondaje spălaturi, clisme, puncții, drenaj, stoma; - verifică dacă în final pacientul a ajuns la independență în satisfacerea nevoii, dacă apar modificări ale imaginii de sine ale statutului social, observă nivelul de cunoștințe sau alte semne asociate; - ameliorează edemele periferice</p> | <p>- previn vărsăturile post prandiale; - am măsurat funcțiile vitale; - am efectuat o perfuzie cu glucoză; - am efectuat mobilizarea bolnavului; - am asistat la efectuarea sondajului vezical; - am instalat sonda gastrică - am asigurat respectarea tratamentului și a regimului alimentar; - am schimbat poziția bolnavului - efectuez o alimentație cu scop</p> | <p>- eliminări insuficiente; - potențial de deshidratare sau acumulare excesivă de lichide în țesuturi - edem; - tranzit prezent pentru clismă; - inapetență; - tuse cu expectorație; - extremități calde; - vărsături în continuare datorită stenozei - raluri bronșice - expectorație mucopurulentă.</p> |

| Diagnostic nursing P. E. S. | Obiective | Intervenții tratamente | Evaluare |
|------------------------------------|------------------------------|--|-----------------|
| | realizând o diureză normală. | terapeutic; - împiedic staza venoasă. | |

CAZUL NR. 2

Bolnavul T. P. născut pe data de 12.07.1935, domiciliat pe Str. Drumul Taberii nr. 148, bl. 100, sc. A, et. 3, ap. 30, sector 6, București, pensionar se transferă de la Medicală II în secția Chirurgie pe data de 27.01.2007.

Diagnostic la internare: neoplasm gastric.

Diagnostic la 72 de ore:

- neoplasm gastric extins;
- anemie secundară gravă;
- suspect de metastaze gastrice.

Diagnostic la externare:

- neoplasm gastric corporeoantral, formă vegetantă, stadiul III, p T4, p N1, p MO;
- decapsulare intraoperatorie a splinei.

Intervenție chirurgicală

1. gastrectomie subtotală T- L REICHEL - POLYA;
2. gastro - jejuno anastomoză;
3. splenectomie de necesitate. Dublu drenaj.

Motivale internării

- vărsături repetate;
- gust amar;
- astenie, adinamie;
- scăderea în greutate, 12 kg/ 3 luni;
- anorexie.

Anamneza:

- antecedente heredo-colaterale: Neagă antecedentele;
- antecedente personale: T.B.C. pulmonar 1975;
- condiții de muncă și viață:
 - pensionar de 10 ani;
 - a fumat 20 de țigări pe zi timp de 35 de ani;
 - consumator ocazional de alcool;
 - comportare față de mediu: activă.

Istoricul bolii

Boala actuală debutează în urma cu trei luni prin inapetența pentru toate alimentele, scădere în greutate 13 kg/ 3 luni, gust acru la 2 - 3 ore postalimentare. În urma cu trei săptămâni apar brusc vărsături alimentare însoțite de greață la 2 - 3 ore după ingestia de alimente.

Vărsăturile cresc în frecvență ajungând la 10 - 12/zi. Inițial sunt alimentare, apoi conțin suc gastric.

Examenul clinic general:

- stare generală alterată, astenie;
- faces necaracteristic;
- tegumentele și mucoasele palid - teroase;

- țesut celular subcutanat slab reprezentat (distrofie). Pliu cutanat persistent;
- sistemul ganglionar superficial - micricidenopatie laterocervicală;
- aparatul respirator:
 - torace alungit;
 - mișcări respiratorii simetrice;
 - murmur vezical înăsprit cu crepitante la bază;
- aparat cardiovascular: - zgomote cardiace, ritmice bine bătute, diminuate ca intensitate, fără sufluri;
- puls cu amplitudine mică, moale 84 bătăi/minut;
- T.A. 90 mm. Hg./60 mm. Hg.;
- aparatul digestiv: - abdomen suplu, spontan nedureros;
- formațiune tumorală epigastrică cu diametrul de 9 - 10 cm., dură, neregulată;
- absenta clapotajului;
- ficat 2 cm. sub rebord, margine neregulată, consistentă fermă, nedureros;
- splina nepalpabilă;
- aparatul urogenital: - lojii renale libere;
- micțiuni spontane;
- aparatul osteo-ligamentar: integru, mobil;
- sistemul nervos: orientat tempospațial.

Examen preanestezic

Diagnosticul de neplasm gastric la pacient vârstnic, fără antecedente anestezice sau alergice. Stare generală precară, denutriție neoplazică, anemie, insuficiență respiratorie obstructivă după T.B.C. pulmonar. Propus pentru laparotomie, rezecție gastrică, intervenție mare. Bolnavul acceptă operația. Risc anestezic IV.

Investigațiile paraclinice

Radiografia pulmonară:

- valoare difuză intens;
- 2/3 inferioare ale hemitoracelor ceva mai accentuate cu aspect de stază.

Examen de laborator:

- sideremie 15 mg. %;
- scaun Addler = pozitivă;
- morfologie eritocitară;
- reticulozități 0,7 %.
- proteinograma senică:
 - albumine (55 - 65 %) = 46,0 %
 - 1 globuline (3 - 5 %) = 7,6 %;
 - 2 globuline (7,5 - 9,5 %) = 12,8 %;
 - globuline (9 - 11 %) = 16,2 %;
 - globuline (13 - 18 %) = 17,4 %.

Raportul albumine/globuline (1,2 - 2 %) = 0,85 %.

Proteină totală = 5,7 g. %.

- VDRL = negativ;
- TGP = 15 u.i./ml.;
- TGO = 7 u.i./ml.;
- glicemie = 85 mg. %;
- VSH = 32 mm./h.;
- Hb = 11,14 g./dl.;
- HF = 35 %;
- ureea = 22 mg. %.
- Formula leucocitară:
 - neutrofile nesegmentate 6 %;
 - neutrofile segmentate 57 %;
 - euzinofile 3 %;
 - bazofile 0 %;
 - leucocite 27 %;

- monocite 7 %.

Evoluția postoperatorie favorabilă.

Se externează ameliorat.

Se recomandă:

- evitarea eforturilor fizice mari timp de 2 luni;
- regim igienico - dietetic;
- brofimen soluție 4 x 1 lingurițe/zi.

Plan de îngrijire pe 24 de ore
Nevoia de a se mișca și a avea o bună postură

| Diagnostic nursing P. E. S. | Obiective | Intervenții tratamente | Evaluare |
|---|---|---|--|
| P: - vărsături repetate; - anorexie; - stare generală alterată. E: - deshidratare; - dezinteres față de alimente. S: - astenie; - adinamie; - gust amar; - scădere în greutate; - murmur vazical; - tegumente palid teroase; - tulburări de | Preoperatorii - explorarea capacității de apărare a organismului a gradului de rezistență față de socul operației; - preven tulburările din imobilizare; - atrofia musculară combătută prin favorizarea mișcărilor permise, efectuarea de | - am pregătit salonul pentru vizita medicală; - am măsurat și notat P, R, TA, T; - am servit masa bolnavilor; - am asigurat respectarea tratamentului și a odihnei bolnavilor; - am ajutat bolnavul să se ridice din pat l-am ajutat în timpul vărsăturii i-am oferit cana cu apă | - stare generală mediocră se menține tratamentul parenteral; - vărsături cu o zi înainte, abdomen suplu nedureros, clapotaj gastric; - stare de hidratare bună; - tegumente palide; - reacție de dezinteres față de mobilizare și importanța tratamentului |

| Diagnostic nursing P. E. S. | Obiective | Intervenții tratamente | Evaluare |
|------------------------------------|---|--|---|
| tranzit. | <p>exerciții de pacient în acest sens;</p> <ul style="list-style-type: none"> - atenție deosebită pentru prevenirea escarelor a stazei venoase prin intermediul mișcărilor active și pasive; - individualizarea programului pentru fiecare pacient; - informează, evită acumularea stresului, transportă pacientul pentru examinări. | <p>pentru clătirea gurii;</p> <ul style="list-style-type: none"> - am pregătit patul pentru când va fi adus de la sala de operație - am asigurat condiții prielnice în cameră, semiobscuritate, temperatura de 20°C, liniște; <p><u>Tratament:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - metoclopramid 2 f., glucoză 10 % 1500 ml., sânge 1500 ml., calciu 1 f., vitamina C 2 f., kanamicină 1 g., penicilină 10 ml., miostin 3 f., atropină 2 f. | <p>preoperator, pierdere minoră în greutate;</p> <ul style="list-style-type: none"> - intră în supraveghere preoperatorie. |

Plan de îngrijire pe 24 de ore
 Nevoia de a se mișca și a avea o bună postură

| Diagnostic nursing P. E. S. | Obiective | Intervenții tratamente | Evaluare |
|---|--|--|--|
| <p>P: - stare de confuzie; - oboseală; - dureri abdominale.</p> <p>E: - stare tipică după intervenția chirurgicală.</p> <p>S: - scădere în greutate; - astenie; - inapetență; - paloare; - adinamism; - tulburări de tranzit intestinal; - durere abdominală violentă.</p> | <p>Postoperatorii</p> <p>Evitarea complicațiilor pulmonare care apar frecvent: - se recomandă EKG; - evitarea dezechilibrului hidro electrolitic a hipovolemiei; - folosirea medicației paranerale ca metodă de maximă eficiență pentru diminuarea deficitului de proteine; - se evacuează bariul prin spălături gastrice; - supravegherea bolnavului după operație;</p> | <p>- am măsurat funcțiile vitale; - am efectuat mobilizarea bolnavului; - am servit masa bolnavului - am supravegheat bolnavul după operație; - am măsurat funcțiile vitale; - am asistat la efectuarea sondajului vezical; - am injectat novocaină; - am schimbat poziția bolnavului; - previn escarele de decubit, anchilozarea; - combat staza venoasă; - efectuez</p> | <p>- tegumentele și mucoasa periferică palide, limba umedă, extremități calde, echilibrat hemodinamic - agitație în timpul nopții, apatie, adinamic, febril, se indică clisma, tub de gaze, apar vărsături - sughiț - prezența în continuare a greței și inapetenței - inadaptarea la noul regim dietetic.</p> |

| | | | |
|--|---|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - asigurarea unei poziții comode; - mobilizarea bolnavului; - efectuarea mișcărilor active și pasive. | <p>progresiv mișcările de mobilizare necesare atingerii independenței în satisfacerea nevoii;</p> <ul style="list-style-type: none"> - am efect IM pentru calmare - am mobilizat membrele inferioare; - am efectuat gimnastica respiratorie, masaj la nivelul toracelui, comprese reci pentru evitarea sughitului; | |
|--|---|---|--|

Plan de îngrijire pe 24 de ore
Nevoia de a se alimenta și hidrata

| Diagnostic nursing P. E. S. | Obiective | Intervenții tratamente | Evaluare |
|---|--|--|---|
| <p>P: - inapetență;</p> <ul style="list-style-type: none"> - anxietate; - tulburări de asimilare; - deficit de acomodare; - inapetență | <p>Preoperatorii</p> <ul style="list-style-type: none"> - lămurirea pacientului asupra felului cum decurge operația; - favorizează mișcările permise; | <ul style="list-style-type: none"> - am măsurat P, R, TA, T și le-am notat în foaia de temperatură; - am aerisit salonul și l-am pregătit pentru | <p>Analize:</p> <p>trombocite 150000, Ht. 26 %, Hb. 8,28 %, amilază 314, amilazurie 571, leucocite 15800.</p> <ul style="list-style-type: none"> - stare generală |

| Diagnostic nursing P. E. S. | Obiective | Intervenții tratamente | Evaluare |
|---|--|---|---|
| <p>selectivă pentru anumite mâncăruri.</p> <p>E: - stenoză pilorică;</p> <p>- transport inadecvat.</p> <p>S: - adinamism;</p> <p>- melena;</p> <p>- scădere în greutate;</p> <p>- astenie;</p> <p>- paloare;</p> <p>- tuse.</p> | <p>- menajează organele bolnave;</p> <p>- calculează necesarul zilnic realizând regim de crutare;</p> <p>- transportă pacientul pentru examinări și tratamente de specialitate;</p> <p>- observă prezența altor afecțiuni - gradul stenozei;</p> <p>- efectuează o alimentație în scop terapeutic;</p> <p>- cunoaște regimurile dietetice.</p> | <p>vizita medicală;</p> <p>- am ajutat la servirea mesei bolnavilor;</p> <p>- am ajutat la efectuarea clisimei evacuatorii;</p> <p>- am măsurat funcțiile vitale;</p> <p>- am efectuat mobilizarea bolnavului;</p> <p>- am notat necesitatea regimului dietetic.</p> <p>Tratamente:</p> <p>glucoză 10 % 1500 ml.,</p> <p>algocalmin 2 f.,</p> <p>MG SO4, 1 f.</p> <p>Kanamycină,</p> <p>penicilină 10 ml.,</p> <p>metronidazol 3 fl.,</p> <p>atropină 2 f.</p> | <p>relativ bună;</p> <p>- stare de hidratare bună;</p> <p>- tegumente palide;</p> <p>- pierdere minoră în greutate;</p> <p>- se mențin momente de stenoză;</p> <p>- vărsătura în zaț de cafea;</p> <p>- subfebril;</p> <p>- abdomen suplu;</p> <p>- tranzit prezent pentru clismă;</p> <p>- limba uscată;</p> <p>- intră în supraveghere preoperatorie.</p> |

Plan de îngrijire pe 24 de ore
Nevoia de a se alimenta și hidrata

| Diagnostic nursing P. E. S. | Obiective | Intervenții tratamente | Evaluare |
|--|---|---|--|
| <p>P: - inapetență; - dureri în zona epigastrului; - anxietate; - tulburări de asimilare; - deficit de acomodare.</p> <p>E: - efectele bolii de bază.</p> <p>S: - melena; - scădere în greutate; - astenie; - paloare; - adinamism; - tuse; - tulburări de tranzit; - tegumente palice.</p> | <p>Postoperatorii</p> <p>- observă prezența reflexului de deglutiție; - pregătirea salonului și a patului; - asigurarea unei poziții comode; - mobilizarea bolnavului; - asigurarea condițiilor de mediu favorabile unei bune ingestii; - efectuează o alimentație în scop terapeutic; - cunoaște regimurile dietetice; - favorizarea mișcărilor permise pentru obținerea unei poziții corecte</p> | <p>- am măsurat funcțiile vitale; - am efectuat mobilizarea bolnavului; - am servit masa bolnavului; - am supravegheat bolnavul după operație; - preven vărsăturile post prandiale; - am măsurat funcțiile vitale; - am efectuat mobilizarea bolnavului; - am asistat la efectuarea sondajului vezical; - am instalat sonda gastrică; - am asigurat</p> | <p>- evoluție clinică satisfăcătoare; - vărsături; - sughiț; - abdomen relativ suplu; - tuse cu expectorație; - febrilitate; - tegumente moderat palide; - extremități calde; - abdomen suplu; - prezența senzației de greutate; - se menține distensia pulmonară; - echilibrat hemodinamic.</p> |

| Diagnostic nursing P. E. S. | Obiective | Intervenții tratamente | Evaluare |
|------------------------------------|---|--|-----------------|
| | <p>în timpul mesei;</p> <ul style="list-style-type: none"> - cunoașterea modurilor de alimentație - activă, pasivă, artificială. | <p>respectarea tratamentului și a regimului alimentar;</p> <ul style="list-style-type: none"> - am schimbat poziția bolnavului; - efectuez o alimentație cu scop terapeutic; - am efectuat o perfuzie cu glucoză, <p>tratamentul este același.</p> | |

Plan de îngrijire pe 24 de ore

Nevoia de a elimina

| Diagnostic nursing P. E. S. | Obiective | Intervenții tratamente | Evaluare |
|---|---|---|--|
| <p>P: - apetența selectivă ducând la un tranzit slăbit cu stază intestinală;</p> <ul style="list-style-type: none"> - inapetență; - dureri în zona epigastrului; - anxietate; | <p>Preoperatorii</p> <ul style="list-style-type: none"> - asigură condiții de mediu favorabile unei eliminări lipsite de factori stresanți; - se va ameliora tranzitul intestinal; | <ul style="list-style-type: none"> - am ajutat la efectuarea clisme evacuatorii; - am ajutat să vomeze, i-am oferit cana pentru a se clăti; - am aerisit | <ul style="list-style-type: none"> - evoluție clinică nesatisfăcătoare; - vărsătura în zaț de cafea; - subfebril; - abdomen suplu; - tranzit prezent pentru clismă; |

| Diagnostic nursing P. E. S. | Obiective | Intervenții tratamente | Evaluare |
|---|---|---|--|
| <p>- tulburări de asimilare.</p> <p>E: - stenoză pilorică;</p> <p>- lipsa fibrelor.</p> <p>S: - melena;</p> <p>- scădere în greutate;</p> <p>- astenie;</p> <p>- paloare;</p> <p>- adinamism;</p> <p>- durere abdominală.</p> | <p>- calculează necesarul zilnic realizând regim de crutare;</p> <p>- lămurirea pacientului asupra felului cum decurge operația;</p> <p>- menajează organele bolnave folosind alimente permise;</p> <p>- cunoaște regimurile dietetice care favorizează eliminarea.</p> | <p>salonul și l-am pregătit pentru vizita medicală;</p> <p>- am asistat la vizita medicală;</p> <p>- am măsurat funcțiile vitale;</p> <p>- am efectuat mobilizarea bolnavului;</p> <p>- am notat necesitatea regimului dietetic pentru alimentarea postoperatorie.</p> | <p>- inapetență;</p> <p>- tuse cu expectorație;</p> <p>- extremități calde;</p> <p>- vărsături în continuare datorită stenozei;</p> <p>- raluri bronșice – expectorație mucopurulentă.</p> |

Plan de îngrijire pe 24 de ore

Nevoia de a elimina

| Diagnostic nursing P. E. S. | Obiective | Intervenții tratamente | Evaluare |
|---|--|--|--|
| <p>P: - tulburări de asimilare;</p> <p>- inapetență;</p> <p>- dureri în zona epigastrului;</p> <p>- anxietate.</p> | <p>Postoperatorii</p> <p>- măsoară, interpretează și notează vărsăturile și îngrijește pacientul în aceasta</p> | <p>- previn vărsăturile post prandiale;</p> <p>- am măsurat funcțiile vitale;</p> <p>- am efectuat</p> | <p>- eliminări insuficiente;</p> <p>- potențial de deshidratare sau acumulare excesivă de lichide în</p> |

| Diagnostic nursing P. E. S. | Obiective | Intervenții tratamente | Evaluare |
|--|--|--|---|
| <p>E: - caracterul invaziv al intervenției chirurgicale.</p> <p>S: - scădere în greutate;</p> <ul style="list-style-type: none"> - astenie; - inapetență; - paloare; - adinamism; - tulburări de tranzit intestinal; - durere abdominală violentă. | <p>situație, ia măsuri de suplinire prin sondaje, spălături, clisme, puncții, drenaj, stoma;</p> <ul style="list-style-type: none"> - verifică dacă în final pacientul a ajuns la independența în satisfacerea nevoii, dacă apar modificări ale imaginii de sine ale statutului social, observă nivelul de cunoștințe sau alte semne asociate; - ameliorează edemele periferice realizând o diureză normală. | <p>mobilizarea bolnavului;</p> <ul style="list-style-type: none"> - am asistat la efectuarea sondajului vezical; - am instalat sonda gastrică; - am asigurat respectarea tratamentului și a regimului alimentar; - am schimbat poziția bolnavului; - efectuez o alimentație cu scop terapeutic; - împiedic staza venoasă. | <p>țesuturi – edem;</p> <ul style="list-style-type: none"> - tranzit prezent pentru clismă; - inapetență; - tuse cu expectorație; - extremități calde; - vărsături în continuare datorită stenozei; - raluri bronșice - expectorație mucopurulentă; - dureri toracale. |

CAZUL NR. 3

Bolnavul C. F. șofer, născut la data de 03.05.1953, domiciliat pe Sos. Colentina, nr. 26, bl. 205, sc. A, et. 1, ap. 7, sector 3, București, se internează la data de 21.02.2004, transferându-se de la secția Contagioase adulți în secția Chirurgie a Spitalului Colentina.

Diagnostic la internare:

- neoplasm de cap de pancreas cu metastaze hepatice;
- icter mecanic;
- rinichi atrofic drept.

Diagnostic la externare:

- neoplasm al micii curburi gastrice invadat în canalul pancreasului cu metastaze hepatice multiple, extinse;
- icter mecanic prin obstrucție coledociană.

Intervenția chirurgicală:

- rezecție pulmonară superioară;
- coledocoduodenostomie L - L transversală;
- biopsie hepatică; drenaj subhepatic.

Motivele internării:

- astenie; fatigabilitate;
- dureri în ipohondrul drept;
- icter clero-tegmentar.

Anamneza:

- a) antecedente heredo-colaterale: fără semnificație clinică;

- b) antecedente personale: fără semnificație clinică;
- c) condiții de muncă și viață: corespunzătoare, consumator de alcool;
- d) comportament față de mediu: activ.

Istoricul bolii

Boala actuală a debutat insidios în urmă cu o lună prin astenie, fatigabilitate, grețuri, vărsături, dureri în hipocondrul drept. Asociat a prezentat de circa 10 zile apariția unui icter clero-tegmentar. A fost internat în Serviciul de boli contagioase unde în urma investigațiilor efectuate se transferă în secția Chirurgie.

Examen clinic general:

- tegumentele și mucoasele icterice;
- țesut celular subcutanat normal reprezentat;
- sistemul ganglionar nepalpabil;
- sistem osto-articular mobil, drept;
- aparatul respirator:
 - torace normal conformat;
 - sonoritate;
 - murmur vezicular.

Plan de îngrijire pe 24 de ore Nevoia de se mișca și de a avea o bună postură

| Diagnostic nursing P. E. S. | Obiective | Intervenții tratamente | Evaluare |
|---|---|---|---|
| P: - icter sclero tegumentar; - inapetență; - dureri în zona hipocondrului | Preoperatorii - asigură condiții de mediu favorabile; - se va ameliora | - am aerisit salonul și l-am pregătit pentru vizita medicală; - am efectuat o | - evoluție clinică nesatisfăcătoare; - vărsătura în zaț de cafea; -subfebril; |

| Diagnostic nursing P. E. S. | Obiective | Intervenții tratamente | Evaluare |
|--|---|---|--|
| <p>drept;</p> <p>- anxietate;</p> <p>- tulburări de asimilare.</p> <p>E: - oboșală;</p> <p>- alimentație insuficientă;</p> <p>- prezența vărsăturilor.</p> <p>S. – fatigabilitate;</p> <p>- scădere în greutate;</p> <p>- astenie;</p> <p>- paloare;</p> <p>- adinamism;</p> <p>- durere abdominală.</p> | <p>tranzitul intestinal;</p> <p>- calculează necesarul zilnic realizând regim de crutare;</p> <p>- lămurirea pacientului asupra felului cum decurge operația;</p> <p>- întărirea rezistenței organismului prin echilibrare hidroelectrolitică;</p> <p>- cunoaște modul de mobilizare a bolnavului;</p> <p>- pregătirea preoperatorie;</p> <p>- stabilirea datei intervenției.</p> | <p>injecție IM;</p> <p>- am mobilizat bolnavul;</p> <p>- am însoțit bolnavul la radiologie;</p> <p>- am dezinfecat suprafețele albe din salon;</p> <p>- am recoltat urina pentru urocultură</p> <p>- am montat o perfuzie;</p> <p>- am notat funcțiile vitale;</p> <p>- am efectuat masajul membrelor;</p> <p>- am schimbat poziția bolnavului.</p> | <p>- abdomen suplu;</p> <p>- tranzit prezent pentru clismă;</p> <p>- inapetență;</p> <p>- tuse cu expectorație;</p> <p>- extremități calde;</p> <p>- vărsături în continuare datorită stenozei;</p> <p>- raluri bronșice - expectorație mucopurulentă.</p> <p>tratamente</p> <p>- polidin 1 f., glucoză 10 %, algocalmin 4 f., diazepam 1 f., aspatofort 4 f., ampicilină multiglutin 6 f., kanamicină 1 g., polidin 2 f., vibramicină 2 g., strop expectorant 1 f.</p> |

Plan de îngrijire pe 24 de ore
Nevoia de a se mișca și de a avea o bună postură

| Diagnostic nursing P.E.S. | Obiective | Intervenții tratamente | Evaluare |
|---|---|--|---|
| <p>P: - dureri epigastrice iradiate în hipocondrul drept;</p> <p>- contractura abdominală;</p> <p>- diminuarea capacității vitale.</p> <p>E: - acțiunea anesteziei.</p> <p>S: - icter sclerotegmentar;</p> <p>- scădere în greutate;</p> <p>- astenie;</p> <p>- inapetență;</p> <p>- paloare;</p> <p>- adinamism;</p> <p>- tulburări de tranzit intestinal;</p> <p>- durere abdominală violentă.</p> | <p>Postoperatorii</p> <p>- pregătirea salonului și a patului;</p> <p>- supravegherea bolnavului după operație;</p> <p>- asigurarea unei poziții comode;</p> <p>- mobilizarea bolnavului;</p> <p>- efectuarea mișcărilor active și pasive;</p> <p>- individualizează planul specific pacientului.</p> <p>Tratamente:</p> <p>polidin 1 f., glucoză 10 %, algoalmin 4 f., diazepam 1 f., aspatofort 4 f., ampicilină multiglutin 6 f.,</p> | <p>- am aerisit salonul și l-am pregătit pentru vizita medicală;</p> <p>- am asistat la vizita medicală;</p> <p>- am măsurat P, R, TA, T și le-am notat în foaia de temperatură;</p> <p>- am măsurat funcțiile vitale</p> <p>- am efectuat mobilizarea bolnavului;</p> <p>- am servit masa bolnavului</p> <p>- am supravegheat bolnavul după operație;</p> <p>- am măsurat funcțiile vitale;</p> <p>- am asistat la efectuarea sondajului vezical;</p> | <p>- evoluție clinică bună;</p> <p>- vărsături;</p> <p>- sughiț;</p> <p>- abdomen relativ suplu;</p> <p>- pansament îmbibat;</p> <p>- febrilitate;</p> <p>- secreție bilioasă tulbure pe tub;</p> <p>- extremități calde;</p> <p>- abdomen suplu;</p> <p>- toleranța digestivă tranzit normal;</p> <p>- seara febril icter în remisie;</p> <p>- bolnavul se externează.</p> |

| Diagnostic nursing P.E.S. | Obiective | Intervenții tratamente | Evaluare |
|----------------------------------|--|--|-----------------|
| | kanamicină 1 g., polidin 2 f., vibramicină 2 g., strop expectorant 1 f. | - am injectat novocaină; - am schimbat poziția bolnavului; - preven escarele de decubit, anchilozarea; - combat staza venoasă; - efectuez progresiv mișcările de mobilizare necesare atingerii independenței în satisfacerea nevoii. Analize: urocultura negativă, bilirubina D 2,83, T 4,50, I 1,67. | |

Plan de îngrijire pe 24 de ore
Nevoia de a se alimenta și hidrata

| Diagnostic nursing P. E. S. | Obiective | Intervenții tratamente | Evaluare |
|---|--|--|--|
| P: - deficit de acomodare; - inapetență | Preoperatorii - lămurirea pacientului asupra | - am măsurat P, R, TA, T și le-am notat în foaia de | - stare generală relativ bună; - stare de |

| Diagnostic nursing P. E. S. | Obiective | Intervenții tratamente | Evaluare |
|---|---|---|--|
| <p>selectivă pentru anumite mâncăruri;</p> <ul style="list-style-type: none"> - inapetență; - anxietate; - tulburări de asimilare. <p>E: - stenoză pliorică;</p> <ul style="list-style-type: none"> - lipsa somnului. <p>S: - adinamism;</p> <ul style="list-style-type: none"> - melena; - scădere în greutate; - astenie; - paloare; - inapetență; - tuse; - surmenaj. | <p>felului cum decurge operația;</p> <ul style="list-style-type: none"> - favorizează mișcările permise; - calculează necesarul zilnic realizând regim de crutare; - transportă pacientul pentru examinări și tratamente de specialitate; - observă prezența altor afecțiuni - gradul stenozei; - cunoaște regimurile dietetice și modurile de alimentare. | <p>temperatură;</p> <ul style="list-style-type: none"> - am aerisit salonul și l-am pregătit pentru vizita medicală; - am ajutat la servirea mesei bolnavilor; - am ajutat la efectuarea clisme evacuatorii; - am măsurat funcțiile vitale; - am efectuat mobilizarea bolnavului; - am notat necesitatea regimului dietetic; - am însoțit bolnavul la radiologie; - am dezinfectat suprafețele albe din salon; - am recoltat | <p>hidratare bună;</p> <ul style="list-style-type: none"> - tegumente palide; - pierdere minoră în greutate; - vărsătura în zaț de cafea; -subfebril; - abdomen suplu; - tranzit prezent pentru clismă; - limba uscată; - inapetență; - tuse cu expectorație; - extremități calde; - vărsături în continuare; - intră în supraveghere preoperatorie. |

| Diagnostic nursing P. E. S. | Obiective | Intervenții tratamente | Evaluare |
|------------------------------------|------------------|--|-----------------|
| | | urina pentru urocultură; - am ajutat la transportul în sala de chirurgie. | |

Plan de îngrijire pe 24 de ore
Nevoia de a se alimenta și hidrata

| Diagnostic nursing P. E. S. | Obiective | Intervenții tratamente | Evaluare |
|--|---|--|---|
| <p>P: - deficit de acomodare; - inapetență; - dureri în zona epigastrului; - anxietate; - tulburări de asimilare.</p> <p>E: - efectul anesteziei și al intervenției.</p> <p>S: - astenie; - paloare; - adinamism; - tuse; - tulburări de tranzit;</p> | <p>Postoperatorii</p> <p>- observă prezența reflexului de deglutiție; - asigurarea unei poziții comode; - mobilizarea bolnavului; - asigurarea condițiilor de mediu favorabile unei bune ingestii; - cunoaște regimurile dietetice; - favorizarea mișcărilor permise</p> | <p>- am măsurat funcțiile vitale; - am efectuat mobilizarea bolnavului; - am servit masa bolnavului; - am supravegheat bolnavul după operație; - administrez Torecan pentru evitarea vărsăturilor; - am măsurat funcțiile vitale; - am asigurat</p> | <p>- evoluție clinică satisfăcătoare; - vărsături; - sughiț; - abdomen relativ suplu; - tuse cu expectorație; - febrilitate; - tegumente moderat palide; - extremități calde; - abdomen suplu; - prezența senzației de greață; - se menține</p> |

| Diagnostic nursing P. E. S. | Obiective | Intervenții tratamente | Evaluare |
|------------------------------------|--|--|--|
| - tegumente palice. | <p>pentru obținerea unei poziții corecte în timpul mesei;</p> <p>- cunoașterea modurilor de alimentație – activă, pasivă, artificială;</p> <p>- asigură bolnavului un regim hidric;</p> <p>- învață bolnavul să cunoască principiile alimentării;</p> <p>- învață pacientul să respecte numărul și orarul meselor.</p> | <p>respectarea tratamentului și a regimului alimentar;</p> <p>- am schimbat poziția bolnavului;</p> <p>- respect numărul și orarul meselor;</p> <p>- administrez injectabil vitaminoterapie, complexul de vitamine B;</p> <p>- la indicația medicului, dacă hidratarea este mai mare, administrez glucoză 5 %.</p> | <p>distensia pulmonară;</p> <p>- echilibrat hemodinamic.</p> |

Plan de îngrijire pe 24 de ore

Nevoia de a elimina

| Diagnostic nursing P. E. S. | Obiective | Intervenții tratamente | Evaluare |
|--|---|--|--|
| P: - apetența selectivă ducând la un tranzit slăbit cu stază intestinală; | Preoperatorii - asigură condiții de mediu favorabile unei eliminări | - am măsurat funcțiile vitale; - am ajutat la efectuarea clisme | - evoluție clinică nesatisfăcătoare; - vărsătura în zaț de cafea; |

| Diagnostic nursing P. E. S. | Obiective | Intervenții tratamente | Evaluare |
|---|---|--|--|
| <p>- inapetență; - dureri în zona epigastrului; - anxietate; - tulburări de asimilare.</p> <p>E: - stenoza pilorică; - lipsa fibrelor.</p> <p>S: - melena; - scădere în greutate; - astenie; - paloare; - adinamism; - durere abdominală.</p> | <p>lipsite de factori stresanți; - se va ameliora tranzitul intestinal; - calculează necesarul zilnic realizând regim de crutare; - lămurirea pacientului asupra felului cum decurge operația; - menajează organele bolnave folosind alimente permise; - cunoaște regimurile dietetice care favorizează eliminarea; - observ modificări ale eliminărilor de urina prin retenție – glob vezical.</p> | <p>evacuatorii; - am aerisit salonul și l-am pregătit pentru vizita medicală; - am asistat la vizita medicală; - am ajutat să vomeze, i-am oferit cana pentru a se clăti; - am efectuat mobilizarea bolnavului; - am notat necesitatea regimului dietetic pentru alimentarea postoperatorie; - măsoar, interpretez și notez vărsăturile.</p> | <p>-subfebril; - abdomen suplu; - tranzit prezent pentru clismă; - inapetență; - tuse cu expectorație; - extremități calde; - vărsături în continuare datorită afectării stomacului.</p> |

Plan de îngrijire pe 24 de ore

Nevoia de a elimina

| Diagnostic nursing P. E. S. | Obiective | Intervenții tratamente | Evaluare |
|---|---|---|--|
| <p>P: - tulburări de asimilare;</p> <p>- inapetență;</p> <p>- dureri în zona epigastrului;</p> <p>- anxietate.</p> <p>E: - caracterul invaziv al intervenției chirurgicale.</p> <p>S: - scădere în greutate;</p> <p>- astenie;</p> <p>- inapetență;</p> <p>- paloare;</p> <p>- adinamism;</p> <p>- tulburări de tranzit intestinal;</p> <p>- durere abdominală violentă.</p> | <p>Postoperatorii</p> <p>- măsoară, interpretează și notează vărsăturile și îngrijește pacientul în aceasta situație;</p> <p>- ia masuri de suplinire prin sondaje, spălaturi, clisme, puncții, drenaj, stoma;</p> <p>- verifică dacă în final pacientul a ajuns la independență în satisfacerea nevoii, dacă apar modificări ale imaginii de sine învață necesitatea tratamentului;</p> <p>- observă nivelul de cunoștințe sau alte semne asociate;</p> | <p>- preven vărsăturile post prandiale;</p> <p>- am măsurat funcțiile vitale;</p> <p>- am efectuat mobilizarea bolnavului;</p> <p>- am asistat la efectuarea sondajului vezical;</p> <p>- am instalat sonda gastrică;</p> <p>- am asigurat respectarea tratamentului și a regimului alimentar;</p> <p>- am schimbat poziția bolnavului;</p> <p>- efectuez o alimentație cu scop terapeutic;</p> <p>- împiedic atrofia musculară.</p> | <p>- apariția edemelor;</p> <p>- peste câteva ore devine necesară diureza;</p> <p>- eliminări insuficiente;</p> <p>- tranzit prezent pentru clismă;</p> <p>- inapetență;</p> <p>- tuse cu expectorație;</p> <p>- extremități calde;</p> <p>- mialgii;</p> <p>- cefalee;</p> <p>- inapetență;</p> <p>- greață;</p> <p>- dureri toracale;</p> <p>- pacientul a ajuns la independență - este posibilă externarea.</p> |

| Diagnostic nursing P. E. S. | Obiective | Intervenții tratamente | Evaluare |
|--|--|-----------------------------------|-----------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> - ameliorează edemele periferice realizând o diureză normală; - efectuează la indicația medicului perfuzii alimentare și notează eliminările. | | |

PARTEA A-III-A PREZENTAREA TEHNICILOR

TEHNICA NR. 1 EFFECTUAREA SONDAJULUI VEZICAL

SONDAJUL VEZICAL = introducerea unei sonde sau cateter prin uretră în vezica urinară.

SCOP:

- recoltarea unei cantități de urină pentru examene de laborator;
- golirea conținutului (dacă acesta nu se produce spontan);
- depistarea unor modificări patologice ale uretrei și vezicii urinare;
- executarea unor procedee de tratament prin sondă.

MATERIALE NECESARE:

- tava medicală;
- stativ cu 1 - 2 epruvete sterilizate, cu dop de vată (pentru urocultură);
- mediul de cultură în funcție de germenii căutați;
- două sonde sterile (una de rezervă) de latex, metal nichelat sau de sticlă, lungi de 15 cm.;
- ser fiziologic steril;
- casoleta mică cu tampoane de vată sterile;
- sticlă cu oxicianură de mercur 1/5000;
- casoleta mică cu mănuși de cauciuc sterile;
- un recipient/pungă pentru colectarea urinei;
- mușama și traversă;
- două pense sterile.

Materialele pentru toaleta organelor genitale sunt: săpun, lubrifiant (ulei de parafină steril - se fierbe 20 min. în baia de apă).

SONDAJUL VEZICAL LA BĂRBAT

Etapele de execuție:

1. Pregătirea instrumentelor și materialelor necesare:

- se pregătesc instrumentele și materialele necesare;
- se transportă lângă bolnav materialele și instrumentele pregătite.

2. Pregătirea psihică și fizică a bolnavului:

- se anunță bolnavul și i se explică necesitatea tehnicii;
- se anunță bolnavul să nu mănânce;
- când se efectuează în salon, se izolează patul bolnavului cu un paravan;
- se așează mușamaua și traversa;
- se așează bolnavul în decubit dorsal, cu genunchii ridicați și coapsele îndepărtate (poziție ginecologică);
- se îndepărtează perna de sub capul bolnavului, iar pătura se rulează la picioare;
- se acoperă bolnavul lăsând accesibilă numai regiunea vulvară;
- se așează tăvița renală între coapsele bolnavului;
- se efectuează toaleta regiunii vulvare cu apă și săpun.

3. Efectuarea tehnicii:

- spălarea pe mâini cu apă și săpun apoi se îmbracă mănuși de cauciuc;
- se spală bine glandul cu apă și săpun și se dezinfectează meatul urinar cu ser fiziologic și tampoane cu oxicianură de mercur;
- cu mâna dreaptă înmănușată se prinde sonda și se lubrefiază în ulei de parafină sterilă, în întregime;
- cu mâna stângă se întinde bine penisul la verticală și se introduce în meat sonda, cu curbura spre simfiza pubiană, circa 12 cm.;
- când - sonda a ajuns în vezică începe să curgă urina care se captează în tăvița renală, recipient sau epruvetă;
- când vezica s-a golit, sonda se îndepărtează, extremitatea extremă

comprimându-se;

- spălarea pe mâini cu apă curentă și săpun;
- se notează în foaia de observație sondajul, data, ora, cantitatea de urină

recoltată și numele celui care l-a efectuat.

4. Îngrijirea bolnavului după tehnică

- se efectuează toaleta și se îmbracă bolnavul;
- se schimbă lenjeria de pat, dacă s-a pătat cu urină.

5. Reorganizarea locului de muncă:

- se curăță și se spală cu apă curentă instrumentele folosite;
- după îndepărtare se verifică integritatea sondei;
- se așează sondele de sticlă sau metalice la sterilizat iar cele de latex se

aruncă; restul materialelor se pun la locul lor.

Observații:

- sondajul vezical se execută în condiții de asepsie riguroasă a materialelor, mâinilor și manevrelor;

- traumatismele chiar invizibile ale uretrei sau vezicii urinare pot constitui porți de intrare pentru infecții;

- în cazul apariției unei rezistențe în timpul sondajului, sonda se retrage și nu se forțează (se pot produce traumatisme și căi false);

- recoltarea urinei se face în vase sterile, în absența oricărei substanțe străine pentru a împiedica fermentația urinei care ar genera rezultate false ale examinărilor.

INCIDENTE ȘI ACCIDENTE:

- astuparea sondei se datorează cheagurilor de sânge intravezicale (sonda se destupă prin insuflare de aer sau câțiva ml. de soluție dezinfectantă);

- traumatisme, hemoragii și infecții.

TEHNICA NR. 2 **RECOLTAREA VĂRSĂTURILOR**

VĂRSĂTURA = conținut gastric care se elimina spontan; de regulă se produce în afecțiuni digestive, dar se însoțesc și unele simptome majore în alte situații (sarcină, alcoolism, tensiune intracraniană).

SCOP: explorator - se fac examinări microscopice, bacteriologice, chimice, în vederea stabilirii diagnosticului.

MATERIALE NECESARE:

- două tăvițe renale, curate și uscate;
- pahar cu soluție aromată pentru clătirea gurii;
- mușama;
- traversă;
- prosop.

ETAPELE DE EXECUȚIE:

- pregătirea instrumentelor și a materialelor necesare;
- pregătirea bolnavului;
- în timpul vărsăturilor bolnavul se așează în poziție șezândă; dacă starea lui nu permite, bolnavul va rămâne culcat și numai capul îi va fi întors într-o parte așezându-i sub cap un prosop;
- se protejează lenjeria de pat și corp, așezând o mușama și apoi o traversă și un prosop în fața bolnavului.

Efectuarea tehnicii:

- spălarea pe mâini cu apă și săpun; dacă bolnavul prezintă proteză dentară mobilă, se îndepărtează din cavitatea bucală;
- asistenta se așează în partea stângă a patului și oferă bolnavului tăvița

renală (sau i-o ține în cazul în care acesta nu poate) și susține fruntea bolnavului cu mâna dreaptă;

- dacă acesta prezintă vărsături după intervenții chirurgicale intraabdominale, se sfătuiește bolnavul ca în timp ce vomează să comprime ușor cu palma plaga operatorie, diminuându-i în felul acesta durerile și pericolul de desfacere a suturii;

- când bolnavul s-a liniștit se îndepărtează tăvița renală;

- se oferă bolnavului paharul pentru a-și clăti gura cu soluție aromată pe care o aruncă apoi într-o altă tăviță renală;

- spălarea pe mâini cu apă și săpun.

Îngrijirea bolnavului după tehnică:

- se șterge gura bolnavului;

- se îndepărtează mușamaua, traversa și prosopul;

- se așează bolnavul în pat în poziție comodă și se acoperă cu învelitoarea;

- se aerisește salonul;

- se supraveghează bolnavul în continuare.

Pregătirea produsului pentru laborator:

- se completează buletinul de recoltare și se trimite imediat la laborator (pe buletin se trece numele bolnavului și numărul salonului);

- se notează în foaia de observație data recoltării, numele celui care a efectuat recoltarea.

ATENȚIE! Nu se face spălătura stomacală înainte de a evacua conținutul acestuia pentru a-l trimite la laborator.

TEHNICA NR. 3 EFFECTUAREA INJECTIEI INTRAMUSCULARE

INJECTIA INTRAMUSCULARĂ constituie introducerea unor soluții izotonice, uleioase sau substanțe coloidale în stratul muscular prin intermediul unui ac atașat la seringă.

SCOP - introducerea în organism a unor substanțe medicamentoase.

LOCURI DE ELECTIE:

- regiunea superoexternă fesieră, deasupra marelui trohanter;
- fața externă a coapsei în treimea mijlocie;
- fața externă a brațului în mușchiul deltoid.

MATERIALE NECESARE:

- tăvița medicală;
- ace intramusculare (lungime 40 - 70 mm., diametrul 7/10 - 10/10 mm., bizou lung);
- seringă tip Record cu capacitate corespunzătoare;
- medicamentul de injectat.

ETAPELE DE EXECUȚIE:

- pregătirea instrumentelor și materialelor necesare;
- pregătirea psihică și fizică a bolnavului;
- stabilirea locului injectiei;
- se anunță bolnavul și i se explică necesitatea tehnicii;
- se așează bolnavul în decubit ventral, lateral, în poziție sezândă sau în picioare;
- se descoperă regiunea aleasă pentru injectie (locurile de elecție);

Pentru injectie în regiunea fesieră se reperează următoarele puncte:

- punctul Smamov la un o lungime de deget deasupra marelui trohanter și înapoia lui;

- punctul Barthelemy, la unirea treimii externe cu cele două treimi interne ale liniei care unește spina iliacă antero-superioară cu extremitatea superioară a șanțului interfesier;

- zona situată deasupra liniei care unește spina iliacă posterioară cu marele trohanter;

- pentru poziția șezând injecția se situează în toată regiunea fesieră deasupra punctului de sprijin;

Efectuarea injecției:

- spălarea mâinilor cu apă curentă și săpun;

- dezinfectarea mâinilor cu alcool;

- se montează seringă în condiții de asepsie corectă;

- se încarcă seringă cu substanța de injectat; după verificarea fișei, se elimină bulele de aer;

- se schimbă acul îndepărtându-l pe cel cu care a fost aspirată substanța și se atașează un ac potrivit pentru injecție;

- se degresează locul injecției cu eter și se dezinfectează cu alcool;

- se invită bolnavul să-și relaxeze musculatura și să stea liniștit; se întinde pielea între policele și indexul sau medianul mâinii stângi; se înțeapă perpendicular pielea (4 - 7 cm.) cu rapiditate și siguranță cu acul montat la seringă;

- se verifică poziția acului prin aspirare;

- se injectează lent lichidul;

- după injectare se scoate acul rapid numai pe direcția de introducere;

- se masează locul cu un tampon cu alcool pentru a disocia planurile țesuturilor străpunse activând circulația pentru a favoriza absorbția;

- se așează bolnavul în poziție comodă unde va sta în repaus fizic timp de 5 - 10 minute;

- spălarea pe mâini cu apă curentă și săpun.

Reorganizarea locului de munca:

- se aruncă la coș deșeurile de la injecții (fiole golite, tampoane de vată, seringă cu acul);

INCIDENTE ȘI ACCIDENTE:

1. Durere vie prin atingerea nervului sciatic sau a unei ramuri a acestuia; se impune retragerea acului și efectuarea injecției în altă regiune.
2. Paralizie prin lezarea nervului sciatic.
3. Hematom prin înțeparea unui vas sanguin.
4. Supurație aseptică datorită unor substanțe care nu se resorb.
5. Ruperea acului - se va extrage pe cale chirurgicală.
6. Embolie - introducerea accidentală într-un vas de sânge a unei substanțe uleioase sau în suspensie.
7. Abcese sau injectite - deficiențe grave de sterilizare.

OBSERVAȚIE - poziția acului, pentru soluțiile injectabile colorate, se verifică detașând seringă.

BIBLIOGRAFIE

- I.C. VOICULESCU, I.C. PETRICU- *"Anatomia și fiziologia omului"*
- Victor Emilian BANCU - *"Patologia chirurgicală "* Editura didactică și pedagogică, București 1979
- Constantin I. NEGOIȚĂ - Roman VLAICU, Dumitru DUMITRESCU *"Clinica medicală"*, Editura didactică și pedagogică, București 1983
- Alexandru POP - *"Elemente de chirurgie"* Editura H. Walther, Sibiu 1943
- Georgeta BALTĂ, Antoaneta METAXATOS, Aglaia KYOVOSKI *"Tehnici de îngrijire generală a bolnavilor"* Editura didactică și pedagogică, București 1983
- Prof. Dr. N. Gh. LUPU - *"Medicina internă"* Editura medicală, București 1956