

**MOD DE COMPORTAMENT
STARE DE CONSTIENTA**

DEFINITII:

| | |
|-----------------------|---|
| 1)TORPOAREA | -vine de la lat. ”torpor”=toropeala -stare de amortire generala fizica si psihica,insotita cel mai des de momente de atipire |
| 2)OBNUBILAREA | -e forma cea mai usoara de tulb.a constientei -bolnavul e dezorientat,somnolent -executa vagi unele comenzi -rap.la inr.cu dificultate |
| 3)SINCOPA | -pierderea brusca si de scurta durata a cunostintei -abolirea totala a functiilor vitale(circulatia,respiratia),datorita opririi trecatoare si reversibila a circulatiei cerebrale SINCOPA=ISCHEMIE CEREBRALA |
| 4)LIPOTIMIA | =lesin -forma minora a sincopei -pierderea incompleta,usoara a constientei cu mentinerea circulatiei si a respiratiei |
| 5)COLAPSUL CIRCULATOR | -e un sdr.in care functiile vegetative (circulatia,resp.)sunt mult diminuate si o data cu ele,functiile de relatie -cunostinta bolnavului e pastrata |
| 6)COMA | -abolirea starii de cunostinta,sau constienta,asociata cu alterarea functiilor vegetative,tulb.de respiratie,circulatie,sfincteriene si semne vegetative |

Def.nr.1=prin constienta ,sau cunostinta se intelege ,capacitatea organismului de a fi informat despre mediul inconjurator,de a fi „treaz”sau „prezent”la tot ceea ce se desfasoara in jur.

Def.nr.2=constiinta -e o reflectare subiectiva a lumii obiective
-e o filtrarea prin gandire a relatiilor inconjuratoare

Ex:constiinta civica,politica.

Pierderea starii de cunostinta se datoreaza suferintei,leziunii unei zone anatomiche de trezire fiziologica,numita **FORMATIUNEA RETICULARA**(care e dispusa in zona trunchiuluila nivelul bulbului rahidian,trecand prin puntea lui Valerio,strabatand mezencefalul si se termina catre diencefal,catre zona hipotalamusului.

!!DE RETINUT!!

-leziunea spre segmentele superioare ale trunchiului cerebral(mezencefalul),cu atat e coma mai superficiala ,mai putin profunda

-leziunile neurologice localizate spre zonele inferioare ale trunchiului cerebral,bulb rahidian,cu atat sdr.comatos e mai grav,coma e profunda

Au fost propuse numeroase criterii de apreciere a gravitatii unui sdr.comatos.

Ex:**C.Arsenie si colaboratorul lui impart starea comatoasa in 5 grade de gravitate**

| GRADUL COMEI | STAREA DE CUNOSTINTA | FUNCTIILE VITALE | REFLEX DE APARARE LA STIMULI NERVOSI | REFLEX DE DEGLUTITIE | REFLEXUL TUSEI |
|--------------|----------------------|------------------|--------------------------------------|----------------------|----------------|
| Gr.1 | Abolita | ± normal | Normal | Normal | Prezent |
| Gr.2 | Abolita | ±normal | Abolit | Intarziat | Prezent |
| Gr.3 | Abolita | Alterate | Abolit | Absent | Prezent |
| Gr.4 | Abolita | F.alterate | Abolit | Absent | ±Prezent |

Gr.5 Coma de profunzime,sau moarte clinica,supravietuirea cu ajutorul aparatelor de sustinere a functiilor respiratorii si circulatorii sangvine.

Coma de gr.1 si 2=sansele de supravietuire sunt mari,printr-o atitudine terapeutica corecta si intensa .
Coma de gr.3 si 4=stare comatoasa profunda ,severa,grava cu semne minime de supravietuire.
Coma de gr 5 =coma depasita,metabolismul celular e pastrat doar printr-o respiratie artificiala prin aport de O2 si eliminare de CO2 si circulatie a sangelui ,cu ajutorul aparatului de reanimare.
Pt practica medicala de urgenta,mai usor si mai rapid se poate aprecia afectarea starii de cunostinta cu ajutorul testului Glasgow.

EXAMINAREA REACTIEI OCULARE

- 1)deschiderea ochilor spontan E1
- 2)deschiderea ochilor la stimuli sonori E2
- 3)deschiderea ochilor la stimuli durerosi E3
- 4)absenta deschiderii ochillor

EXAMINAREA RASPUNSULUI VERBAL

- 1)bolnavul rasp.corect si coerent V1
- 2)bolnavul rasp.confuz,neadecvat,sau lentoare V2
- 3)bolnavul rasp.fragmentat,izolat,cu pauze mari V3
- 4)bolnavul rasp.prin emiterea de sunete inteligibile V4
- 5)bolnavul nu rasp.la stimuli

EXAMINAREA RASPUNSULUI MOTOR

- 1)bolnavul executa o miscare solicitata de examinator M1
- 2)raspunsul motor prin localizarea locului unde s-a produs stimularea dureroasa M2
- 3)raspunsul motor prin producerea unui stimul dureros ,prin flexia unui membru,sau a ambelor membre superioare fara orientarea acestuia spre locul dureros (reactii de decorticare) M3
- 4)raspuns motor la stimuli durerosi,prin extensia mainilor (reactii de decelerare) M4
- 5)nu se produce nici o reactie motorie

- 1)coma reversibila intre 9-13 puncte
 - 2)coma profunda intre 6-8 puncte
 - 3)coma grava intre 3-5 puncte
- Nota 14 nu inseamna coma!

Ex:avem un bolnav care deschide ochii la stimuli durerosi(E3),raspunde fragmentar,izolat cu pauze mari(V3),raspunsul motor prin localizarea locului unde s-a produs stimularea dureroasa(M2)
Total=8=coma profunda,dar valoarea e la limita superioara ,iar pac e recuperabil.

Investigatia asupra etiologiei sdr.comatos

1)ANAMNEZA MINUTIOASA

- istoricul bolii consemnat cu toate detaliile
- consumul exagerat de medicamente in coma toxica
- accidentul traumatic-coma prin formarea unui hematom intracranian
- suferinta hepatica cronica- decompensare cu producere a comei
- HTA-hemoragie cerebrala
- epilepsia neglijata –starea comatoasa ,crize grand mall subintrante(intra din una in alta)

2)EX.CLINIC GENERAL-poate sa descopere semne care sa fie relevante pt.o anumita cauza de producere a comei

- se vor nota cu minuozitate:-aspectul tegumentelor
 - culoarea
 - temperatura
 - transpiratiile sau deshidratarea
 - lez.traumatice/tumori
 - sist.ganglionar superficial
 - grupe de ganglioni modificati
 - modificarile respiratiei: mirosul(halena)
 - prezenta varsaturilor
 - diareea
 - incontinenta urinara
- tulb.cardio-vasculare:-HTA
 - soc
 - colaps
 - tahicardie/bradicardie
 - extrasistole
 - fibrilatie atriala

3)EX.NEUROLOGIC

- redoare de ceafa
- miscari spontane ale globilor oculari
- reflexul fotomotor
- micsorarea pupilei la lumina
- prezenta/absenta diferitelor paralizii ale segmentelelor (fata,membre)

Clasificare

1)Sdr.comatos prin leziunile primitive ale creierului

- a)coma din AVC:-AVC ischemic(infarct cerebral)
 - AVC hemoragic
- b)coma posttraumatisme cranio-cerebrale
- c)coma in cursul evolutiei tumorilor cerebrale sau proceselor expansive
- e)coma din epilepsia grand mall

2)Sdr.comatos datorat unor leziuni situate in alta parte decat cerebel, dar care afecteaza metabolismul acestuia

- a)coma hipoglicemica
- b)coma diabetica
- c)coma hepatica
- d)coma urimica
- e)coma azotemica –la bolanavi cu varsaturi incoercibile
- f)coma din cauza endocrina
- g)coma produsa prin tulb.hidroelectrolitice
- h)coma toxica

Dg.diferential al starii comatoase:

-exista.o serie de circumstante patologice in care bolnavul isi poate pierde starea de constienta pt o scurta durata de timp,fara a fi vorba despre o coma

A)STARILE SINCOPALE:

-sincopa=0 pierdere brusca de scurta durata a constientei,produsa prin anoxie cerebrala,datorita unei tulb.in circulatia sangelui

1)SINCOPA PRIN ISCHEMIE CEREBRALA

-aparuta la tuse

-sincopa de hiperventilatie

-sincopa prin excitabilitatea sinusului carotidian

-sincopa prin reflex coronarian –infarct miocardic

-sincopa ortostatica

2)SINCOPA PRIN ISCHEMIE CEREBRALA LOCALIZATA

-din migrena

3)SINCOPA PRIM MODIF.ALE COMPOZITIEI SANGELUI

-sincopa din asfixie

MANIFESTRILE SINCOPEI:

-ameteli

-paloare

-senzati de caldura

-tonus muscular scazut

-paliditatea tegumentelor

Revenirea din sincopa se face treptat ,pacientul fiind confuz,anxios,obosit,dar starea generala e din ce in ce mai buna.

B)ACCESUL DE HIPERSOMNIE- narcolepsia

-se manifesta clinic printr-o perioada de somn ,aparuta brusc

-dureaza un timp mai indelungat

-fara modificari vegetative

Aceste crize pot fi precedate de momente de cataplexie ,scaderea brusca a tonusului muscular,cadere dar fara pierderea starii de contienta.

C)PIERDEREA STARII DE CONSTIENTA DE SCURTA DURATA ,DATORATA ALTOR CAUZE:

-emotivitate

-dureri intense

-criza pitiatica sau functionala sau HY sau isteria

MOARTEA GENERALA- dimensiunea fiziologica si biologica mortii,este data de moartea cerebrala(decesul/moartea biologica ireversibila)incepe in momentul in care au incetat functiile celulare nervoase encefalice)

-o data constatata moartea cerebrala se poate spune ca bolnavul a decedat,ceea ce determina sistarea manevrelor de reanimare,oprirea aparaturii de mentinere a functiilor vitale

INGRIJIREA BOLNAVILOR CU STARE DE CONSTIENTA ABOLITA

A)in urgenta:-ingrijirile date ptr capacitate:

- respiratorie

- circulatorie

-pt functie excretorie

- fct tractului digestiv

B)ingrijiri curente:-mobilizarea pasiva

-igienizarea mediului

-igienizarea bolnavului

IN URGENTA

: -ingrijirile in resp: -asezat in decubit lateral, intr-un plan usor inclinat ,semi Trendelemburg, pt a se evita patrunderea in caile resp. a secretiilor digestive

- dezobstruarea cailor respiratorii

- curatarea cav. bucale si a faringelui ,cu ajutorul unei pense, a unui tampon umed ,cand se poate, cu aspiratorul medical

- atentie marita la limba hipotona –se va prinde limba intre police si index, cu ajutorul unei comprese, se va scoate cu blandete afara, iar cu mana cealalta se va fixa o pipa Guedel

- in starile comatoase profunde se va practica intubatia oro-traheala ,cand nu se poate face sa apeleze la o traheostomie ,prin tehnica chirurgicale de urgenta

- intubatia si traheostomia presupune ingrijiri suplimentare

- curatarea cu sol dezinfectante a sondei, a canulei

- aspiratia secretiei bronsice

- adm unui AB ,pt prevenirea secretiilor secundare

Corectarea tulb. resp., contribuie la diminuarea edemului cerebral si implicit imbunatatirea fct. neuronilor

Adm O2 e utila in:

- bolile cardiace asociate

- comele toxice

INGRIJIREA CARDIO-CIRCULATORIE

- cateterizarea unei vene este obligatorie la boln. in coma

- calea venoasa fiind asigurata ,se poate adm. solutii medicamentoase ,cu actiune rapida ,simptomtica si etiologica.

- supravegherea si monitorizarea functiilor termodinamice prin control: -T.A, Puls, monitorizarea electrocardioscopica

- urmarirea tulb vegetative ,fibrilatie severa, extrasistole ventriculare ,tahiaritmii, bradicardie.

INGRIJIREA FUNCIEI EXCRETORII:

- sondajul vezical: -evitarea globului vezical

- contolul eliminarii urinei

- pastrarea teg si lenjeriei uscata

- ex. biochimic al urinii

INGRIJIREA TRACTULUI DIGESTIV:

- prin sonda gastrica se aspira staza gastrica

- sonda nazo-gastrica -se face spalaturi neutralizante ale aciditatii gastrice

- se introduc alimente lichide

- se adm med care completeaza trat. injectabil

INGRIJIRI CURENTE:

IN STAREA COMATOASA -alterarea tuturor functiilor org. devine o problema aparte ,afectand imunitatea

-apararea impotriva infectiilor.

SE IMPUN: -mediul de spital sa fie constant d.p.d.v termic, al umiditatii si aseptizat

- boln va fi imobilizat pasiv, pt a evita escarele

- manevre de eliminare a secretiei bronsice

- tegumente curate prin bai partiale

- curatarea si dezinfectarea sondelor

- personalul care vine in contact cu bolnavul comatos, tb sa poarte echipament de protectie complet pt impiedicarea vehicularii germenilor si in scop de autoprotectie.

Coma este o suferinta grava a creierului caracterizata prin alterarea pana la pierderea totala a fct de relatie cu conservarea partiala a fct vegetative.

Etiologia comelor este foarte variata. Dpdv etiologic se deosebesc:

1. come de origine cerebrala -agentul cauzal actioneaza direct asupra creierului

***lez vasculare** tromboza

embolie

hemoragie cerebrala HC

hemoragie meningeala

inundatie ventriculara

***edem cerebral difuz** eclampsie

encefalopatia hipertensiva

nefropatii acute

***proces expansive intracraniene** tumori

abcese

chist

***inflamatii** encefalita

meningita

meningo-encefalita

***traumatisme** comotii

contuzii

hematoame

fractura de baza de craniu

***factori fizici** insolatie

degerare

electrocutare

***tulb nervoase predominant functionale** epilepsia

isteria

2. come de origine extracerebrala- agentul cauzal act indirect asupra creierului in tulb metabolice pe care le genereaza

***intoxicatii acute exogene** cianuri

barbiturice

alcool

CO2

ciuperci

insecto-fungicide

***come metabolice** diabetica

hipoglicemica

uremica

hepatica

***come endocrine** b. Basedow (c. tireotoxica sau basedowiana)

b. Addison (c. suprarenala)

mixedematoasa

***tulb hidroelectrolitice si acido-bazice**

deshidratare

Hiperhidratare

hipercapnie cu acidoza metabolica.

In fct de gravitatea ei , **coma poate fi de 4 grade:**

I coma superficiala-cunostinta nu este complet pierduta; reflexele, circulatia si respiratia sunt normale;

II coma de profunzime medie-pierderea completa a cunostintei, bolnavul nu raspunde la intrebari, reflexele osteotendinoase si reflexul corneean pastrate, functiile vegetative (circulatie, respiratie) sunt pastrate.

Este important ca pacientului in coma de profunzime medie sa-i fie supravegheate atent respiratia, mictiunea si deglutitia deoarece acestea se pot altera pe masura ce coma evol spre coma profunda.

III coma profunda-pierderea completa a constientei, reflexele osteotendinoase, pupilare si de deglutitie se pierd treptat, apar tulb circulatorii (soc), tulb respiratorii (polipnee, bradipnee, resp Cheyne-Stokes sau Kussmaul), tulb metabolice (deshidratare, acidoza)

IV coma ireversibila(depasita)-tulburarile circulatorii si respiratorii sunt grave, boln fiind mentinut in viata numai prin respiratie mecanica.

Diagnosticul diferential se face cu alte stari in care survin tulb ale fct de relatie si/sau vegetative:

-**obnubilarea**-boln isi pastreaza partial cunostinta, sesizeaza partial actiunile din jurul lui (usor sensibil la mediul inconjurator)

-**starea de somn**-hipersomnie profunda, boln poate fi trezit numai cu excitanti foarte puternici

-**letargia**-somm anormal profund si prelungit, din care poate fi trezit prin excitatii foarte puternice

-**apatia**-stare de dezinteres fata de mediul inconjurator si persoana proprie

-**stupoarea**-boln sta in stare de imobilitate si insensibilitate, poate fi trezit dar nu raspunde la intrebari

-**lipotimia**-scurta perioada de pierdere a cunostintei care se termina prin revenirea completa

-**socul**-se caract prin prabusirea TA si accelerarea paralela a P. Cunostinta este pastrata.

MASURI DE URGENTA

Incepute imediat acolo unde se afla bolnavul si privesc restabilirea functiilor vitale.

1)PREVENIREA SI COMBATEREA INSUFICIENTEI RESP.ACUTE:

-pozitia decubit lateral

-dezobstruarea cailor resp.superioare

-hiperextensia capului

-introd.canulei orofaringiene –pipa Guedel

-resp artificiala –resuscitarea

2)CREAREA ACCESULUI LA O VENA SI MONTAREA UNEI PERFUZII:

-punctia venoasa sau denodarea venei

-recolatarea unor esantioane de sange pt analize de laborator

-montarea unei perfuzii-glucoza 5%

3)OPRIREA HEMORAGIEI(daca bolnavul pierde sange)

-hemostaza

-reechilibrarea masei sanguine

4)APRECIEREA FUNCTIEI VITALE SI VEGETATIVE

-monitorizarea T.A,pulsului,resp,temp

-apreciem deglutitia ,pupilele,comportamentul bolnavului

5)CULEGEREA DE DATE:

-interogatoriul –rudelor

-anturajului

-marotilor

Simptome:

- hemiplegie-.....,se testeaza ambele membre ,membrul afectat cade mai repede
- membrul inferior de partea paralizata e ratat in afara
- devierea ochilor si a capului in sensul opus partii paralizate
- resp asimetrice-obrazul afectat se bombeaza
- semnul Babinski prezent
- afazie
- rigiditatea cefei .in hemoragiile subarahnoidiene

CONDUITA DE URGENTA:

- favorizarea resp-dezobstructie
- pozita semi sezanda,in decubit lateral
- usureaza eliminarea varsaturilor

- vor fi evitate manevrari bruste
- transportul la indicatia medicului

IN URGENTA:

- combaterea edemului
- reducerea valorilor ale T.A
- combaterea hiperpirexiei
- reechilibrarea hidroelectrolitica
- protejarea globilor oculari-eroziuni coronariene

EXAMINARI:

- punctie rahidiana-LCR
- oftalmoscopie
- radiografie craniana
- EEG(electroencefalograma)
- arteriografia

COMA DIABETICA SI COMA HIPOGLICEMICA(come de origine extracraniana)

| COMA DIABETICA | COMA HIPOGLICEMICA |
|--|---|
| Cauze: -nerespectarea dietei -doza insuf de insulina -diferite infectii,tulb gastro-intestinale -boli intercurrente | Cauze: -alimentare insuficienta -supradozare de insulina -eforturi fizice mari |
| Debut:-lent-mai multe zile | Debut:brusc,sau la cateva ore dupa adm insulinei |
| Evolutia simptomelor: -poliurie -polidipsie -uscaciunea gurii -greaa,varsaturi -astenie,somnolenta,coma -resp Kussmaul | Evolutia simptomelor -anxietate,neliniste -transpiratii,palpitatii -senzatie de foame -cefalee,diplopie -dezorientare psihica -agitatie psihomotorie -convulsii tonico-cronice -pierderea cunostintei |
| Stare clinica: -tegumente uscate,hiperemie -limba uscata,crapata -hT.A -hipo si areflexia -halena acetonica-dezhidratare | Stare clinica: -tegument palid,umed -T.A normala sau crescuta -pupile dilatate -reflexe osteoteninoase accentuate -Babinski pozitiv bilateral |

La un nr mare de come poate fi stabilita cauza ,cunoscand circumstantele in care a survenit, fie cunoscand antecedentele patologiei bolnavului.

Ex: coma toxica exogena, coma traumatica si coma cu origine infectioasa.

ELEMENTE DE DG DIFERENTIAL:

1) *modul de debut* :

a) **brusc** HC

- electrocutare
- insolatie
- hipoglicemie
- intoxicatii-arsenic
- cianoza
- embolie cerebrala

b) **lent**-epilepsie

- eclampsie
- diabet zaharat
- uremie

2) *ex fizic general*:

a) **facies**: -congestionat- HC

- intoxicatie etilica
- insolatie
- rosu(rosiatic)-ntoxicatie atropinica
- cianotic-coma hipercapnica-BPOC
- coma epileptica
- rosu-visiniu-intoxicatii cu CO2
- palid-coma -uremica
- anemii
- leucoze
- edem -nefropatie
- soc anafilactic

b).....-indica un traumatism cranian

c) *miros*:

- coma etilica-alcool
- coma uremica-amoniac
- coma diabet zaharat-fructe coapte,acetonica
- coma hepatica-de usturoi

URGENTE ALE AP.RESP

I.R.A

-IRA e incapacitatea plamanilor de a face fata schimbarilor fiziologice de gaze ,in conditii de repaos si efort .

-in felul acesta are loc o hipoxemie asociata sau nu cu hipercapnee(cresterea Co2 din sange)

CAUZE:

a)de origine bronhopulmonara:

-stenoze(laringe,trahee)-corpi straini

-edem Quincke,

-laringite acute ,

-crup difteric

-neoplasme,

-traumatisme mecanice,chimice (intoxicatii cu corozive),termice,af. neuromusculare

-bronhoalveolite de aspiratie(regurgitare in caile aeriene cu continut gastric)

-crize de astm bronic

-reducerea acuta a campului respirator

-BPOC acutizata

b)de origine cardiaca:

-astmul cardiac

-I.M.A

-E.P.A

-embolia pulmonara

-cordul pulmonar acut

c)de origine extrapulmonara

-alterarea functiei centrului resp:-intoxicatii(barbiturice,opioacee,alcool metilic)

-acidoza metabolica(coma diabetica,uremica)

-oxigenoterapia irationala

-meningite

-tumori endocrine

-AVC

-afectiuni paretice sau spastice ale muschilor respiratori:-Tetanos,

-Poliomielita

-come grave

-boli ale cutiei toacice:-miastenien gravis,

-fracturi

-boli ale sis.nervos:-traumatisme cranio-cerebrale

-tensiune intracraniana

-af.abdominale:-ascite acute masive

-peritonite acute

-operatii laborioase pe abdomen

d)generale:

-intoxicatii acute:-medicamente sau toxice deprimante ale SN

-af sanguine:-anemii

-alte afectiuni:-obezitate

-Trichineloză

-stare de soc

SIMPTOMATOLOGIE:

1)SEMNE RESPIRATORII

- a)dispnee:-tahicardie mai >20 resp/min
 - bradipnee<10 resp/min
 - polipnee
- b)dispnee respiratorie-de origine laringo-traheala,resp
 - obstructie bronsica
- c)tiraj,batai ale aripilor nazale,resp abdominala,paradoxala
- d)cianoza,transpiratii
- e)ascultatia :-diminuarea murmurului vezicular

2)SEMNE NEUROLOGICE:

- agitatie
- prostatie
- somnolenta
- delir
- tulb.de constienta
- crize convulsive

CONDUITA DE URMAT:

- asigurarea si linistirea pacientului
- asigurarea libertatii cailor resp:-corpi straini
 - proteze dentare
 - aspiratiei faringiana si traheala
- pozitie semisezanda
- oxigenoterapie pe masca
- abord venos periferic-glucoza 5%
- monitorizarea T.A,puls ,EKG,SpO2

MASURI TERAPEUTICE ,ETIOPATOGENE DE URMAT:

- scoaterea din mediu,resp artificiala,oxigenoterapia
- trat medicamentos-la indicatia medicului

CONDUITA ASISTENTEI MEDICALE:

- se va injriji de linistea bolnavului
- asezarea lui in pozitii comode(semi-sezand)
- va creea o atmosfera umeda(aburi de ceai)
- va aplica comprese calde pe gatul bolnavului
- se va asigura de aerisirea incaperii

CRIZA DE ASTM BRONIC

DEF:astmul bronic este o criza de dispnee paroxistica ,expiratorie ,provocata de stenoza functionala,spastica a bronhiilor.

FAC.DETERMINANTI:

- alergici:-acarieni
 - parul de animale
 - alergeni alimentari(ou,capsuni,lapte)
 - medicamente
 - detergenti
 - coloranti
- nealergici:-fac infectiosi

- expuneri la:-frig
 - ceata
 - umezeala
 - trecere brusca de la frig la cald
- fac emotionali

SIMPTOMATOLOGIE:

- mai frecvent noaptea
- dispnee cu caracter expirator prelungit:-bradipnee cu expiratie fortata(zgomnotoasa,suieratoare)urmata cu tuse si expectoratie mucoasa
- pozitie sezanda cu capul plecat pe spate si sprijinit in maini
- faciesul exprima spaima ,sete de aer,exoftalmie,gura intredeschisa
- teg palide cenusii ,transpiratii reci
- hipersonoritate pulmonara
- brahicardie
- dureaza ¼- 3 ore si se termina relativ brusc

CONDUITA DE URGE NTA:

- crizele de astm pot fi tratate si in ambulator
- bolnavul mentinut in pozitie sezand,sprijinit in pozitie comoda,va fi linistit ,sters de transpiratie
- medicatia de urgenta prescrisa de medic:-antispastice:Papaverina,Lizadon
 - bronhodilatatoare:Miofilin,Eufilina
 - HHC 50-200 mg i.v
 - oxigenoterapie

STAREA DE RAU ASTMATIC

DEF:stadiul clinic cel mai sever al astmului bronsic;se manifesta printr-un sindrom axfixic (crize prelungite);poate dura chiar 24 ore.

CAUZE DECLANSATOARE:

- infectia bronsica difuza(virotica)
- reactii alergice
- abuzul medicamentos-bronhodilatatoare
- medicamente sedative(opiacee,tranchilizante)
- suprimarea brusca a trat cu hidrocortizon
- utilizarea necorespunzatoare a O2

TABLOU CLINIC:

- bolnavul sta in pozitie sezanda ,cu toracele impins inainte,fata anxioasa,semne de insuf.resp accentuata
- polipnee,cu expiratie prelungita si tiraj
- cianoza
- transpiratii abundente
- absenta tusei si expectoratiei
- murmur vezicular difuz

CONDUITA DE URGENTA

- internare de urgenta
- in cazurile extreme-terapie intensiva

MEDICATIA DE URGENTA:

- bronhospastice:-Miofilin 2 fiole in perfuzie cu ser glucozat 5%
- HHC
- oxigenoterapia
- AB si chimioterapie(infectii)

HEMOPTIZIA

DEF:este expectorarea unei cant de sange provenind din caile resp.

CAUZE:-TBC

- Bronsita cronica
- Cancerul bronho-pulmonar
- Stenoza mitrala
- Staza pulmonara
- Anevrismul aortic
- Traumatisme toracice
- alte af ale ap.resp

SIMPTOMATOLOGIE:

- senzatie de gadilare a laringelui
- caldura retroseruala
- gust de sange in gura
- tuse iritativa care expulzeaza sangele

Hemoptiziile mari si mijlocii determina:-transpiratii

- paloare
- anxietate
- tahipnee
- tahicardie
- hT.A

- hemoptizie
- hematemeza
- epistaxisp-hemoragii rinofaringiene

CONDUITA DE URGENTA:

- hemoptizia e o urgenta
- repaos absolut ,in pozitie semisezanda,in incaperi bine aerisite
- repaos vocal absolut
- resp pe nas,lenta si profunda
- bea lichide reci in cant mici si repetate
- punga de gheata in reg.sternala
- monitorizarea pac:P,T.A,Temp
- as.medicala pregateste medicatia prescrisa de medic si o adm
- schimbarea bolnavului,igiena corporala se vor face reducand la minimum mobilizarea bolnavului
- supravegherea bolnavului
- spitalizarea in cazuri grave
- trat.chirurgical

URGENTELE AP.CARDIO-VASCULAR

EDEMUL PULMONAR ACUT(EPA)

Tipuri:a)hemodinamic cardiogen
b)ne cardiogen-lezional

Fac.etiologici:

a)*EPA cardiogen* –insuf.ventriculara st.

- I.M.A
- cardiopatii ichemice
- hT.A
- cardiopatii valvulare
- tulb de ritm paroxistic

b)*EPA lezional:*-toxice(gaze sufocante,clor,benzene,Co2)

- infectioase(gripe,bronsite)
- neurologice(leziuni ale SNC ,traumatisme,AVC-uri ,tumori cerebrale)
- iatrogenice(perfuzii,transfuzii)
- E.P la inecati
- E.P uremic
- E.P in bronhoalveolite de deglutitie (la copii)

Alterarea permeabilitatii capilare, e mecanismul fundamental al EPA.

E present in ambele tipuri de EPA

MANIFESTARI CLINICE:

- se instaleaza mai frecvent nopatea
- dispnee intensiva severa instalata brusc
- respiratie zgomotoasa,lipsita de aer
- ortopnee
- anxietate exagerbata
- tuse uscata la inceput ,apoi cu sputa aerata,spumoasa,rozata
- transpiratii
- cianoza
- raluri subcrepitante
- T.A crescuta ,scazuta sau normala
- dureri toracice atroce(f.acute)

IN EPA LEZIONAL

CONDUITA DE URGENTA:

- urgenta medicala la domiciliulu,salvare,unitati ambulatorii,spitale
- asezarea in pozitie sezanda
- se aspira expectoratie(se curata gura pac)
- aplicarea garoului la radacina a 3 membre fara comprimarea arterelor,din 10 in 10 min,unul din garouri se schimba la al4lea membru
- scoaterea garoului
- scade circulatia de intoarcere,contribuie la decongestionarea plamanilor
- e o metoda de trat comuna la ambele forme
- O2 pe sonda nazo-faringiana,umidificat prin barbotaj 2/3 H2O si 1/3 alcool
- aerosoli antispuma cu alcool etilic si bronhodilatatoare
- la nevoie intubatie cu aspiratie si resp artificiala

TRATAMENT:

1) EPA hemodinamic cardiogen cu:

a) T.A normala sau usor crescuta :

1) Morfina 0,01-0,02 gr, i.v, sau i.v 1 fiola de 1ml=0,02gr

-in caz de reactie vagala (bradicardie de varsaturi) se va asocia Atropina 1mg (1 fiola) i.m sau 0,5mg i.v

NU se adm Morfina in caz de: -AVC

-astm bronsic

POATE FI INLOCUITA CU MIALGIN

-BBOC

2) digitalice-Digoxin

3) diuretice-Furosemin

4) venesectie-(scoate sange, provoaca sangerarea) 300-500 ml in 5 min

-contraindicat in: -IMA

-varstnicii cu ateroscleroza cerebrala

4) ventilatie mecanica-intubatie traheala

5) nitroglicerina-1-4 tb sublingual

-se recomanda la coronarieni

6) antihipertensive

b) cu T.A scazuta:

-contraindicat -emisii de sange

-Morfina

-hipotensoare

-cand T.A e prabusita total, pac se va aseza in d.dorsal

2) EPA lezional necardiogen

a) din intoxicatii

-scoaterea din mediu

-antidotul

-ventilatie artificiala

b) de origine infectioasa:

-contraindicat: Morfina

-HHC

-Ab

-tonicardice

-Oxygenoterapie

-se practica sangerarea de necesitate

c) de origine neurologica:

-contraindicat: Morfina

-trat simptomatic-sangerare abundenta 300-500ml

-diureza osmotica cu Manitol si Furosemid

d) de origine iatrogenica:

-emisii de urina-Furosemid pt eliminarea lichidelor

e) la inecatii:

-intubatie oro-traheala

-aspiratie

-ventilatie mecanica

-oxygenoterapie masiva

-se face sangerarea masiva la inecatii in -apa dulce+Furosemid

-apa sarata -containdicat sangerarea si diureticele

-la ei se corecteaza hipovolemia prin perfuzii cu Dextran

f) la uremici:

- O2
- aerosoli
- antispumanti
- tonicardice
- epuratie extrarenala(dializa)
- g)EPA din bronhoalveolita de deglutitie:
- resp asistata

EMBOLIA PULMONARA

Def:obstructia arterei pulmonare ,sau a unor ramuri ale acesteia si dezvoltata rapid o insuf. cardiaca dr,numita cord-pulmon acut

-obstructia e data in 90%din cazuri de mobilizarea unor trombi ,care au ca punct de plecare o tromboza venoasa profunda a membrelor inferioare si numai intr-un nr redus de cazue,vene pelvine.

Cauze:-insuf cardiaca

- IMA
- interventii chirurgicale
- embolia gazoasa prin injectii,perfuzii,catetere in vena subclaviculara sau vena cava superioara
- in insuflatiile de aer
- int chirurgicale in zona gatului
- embolie gazoasa in cazul fracturilor osoase mari(femur,tibie)

Simptome:-durere intensa sub forma de junghi

- iradiaza catre gat si si membrele superioare+anxietate
- dispnee,polipnee superficiala
- cianoza
- stari de soc(extremitati reci,cianotice)
- tahicardie 100-160/min
- hepatomegalie
- turgescenta jugularelor
- stari febrile
- tahicardie
- hT.A

Atitudinea de urgenta:-repaos absolut

- combaterea durerii(Mialgin,Fortral)
- O2 pe sonda sau masca
- trat medicamentos-med.vasoactive
 - anticoagulante
 - trombolitice
- trat chirurgical

IN ATENTIA AS.MEDICALI!

-in embolia gazoasa a inimii drepte ,primul gest e asezarea pacientului in d.lateral st.cu capul mai jos decat corpul

-evitarea emboliei gazoase in timpul executarii injectiilor,recoltarilor,transfuziilor

RESUSCITAREA CARDIO-RESPIRATORIE

Actiunea prompta in managementul unui pacient inconstient poate salva viata acestuia. Pt. ca interventia sa fie eficienta este important sa se stabileasca cauza starii de inconstienta. In majoritatea cazurilor cauza va fi cunoscuta ;dar in cazurile in care e descoperit un pacient inconstient? Ce facem? Se masoara pulsul –frecventa si ritmul; se testeaza daca pupilele sunt micșorate sau dilatate ;mirosul respiratiei,cautati dovezile unei supradoze de drog.Miscati usor persoana sa o treziti.Daca nu intervine nici un rasp.se incepe procedura de resuscitare.

Pacientul inconstient tb sa fie ingrijit in timp are o pozitie culcat pe lateral,sau in semipronatie.Aceasta permite pozitia in fata a limbii si faciliteaza eliminarea orala a secretiilor.Protezele sau voma tb eliminate din cavitatea bucala-evitarea aspirarii.Trebuie observat daca exista dovezi ale cianozei ,sau consumul de aer e excesiv.Modelul respirator al pacientului inconstient se poate modifica aproape instantaneu si pt contracararea modificarilor neasteptate echipamentul esential tb sa fie rapid disponibil,pt a facilita interventia rapida.

Acesta trebuie sa includa:

- oxigen si echipamentul necesar pt adm O2
- ap.de aspiratie-pt a indeparta secretiile excesive
- departatorul pt gura
- spatula linguala
- pena pt limba
- comprese de tifon

In plus echipamentul necesar pt intubatie si cardioconversie tb sa fie usor accesibil.

Pacientul inconstient tb sa fie supravegheat continuu si daca intervin schimbari in resp,tb intervenit.

Intreruperea resp sau apneea reprezinta o criza medicala care necesita o actiune riguroasa si imediata.Daca creierul ramane fara oxigen mai mult de 2-3 min vor apare leziuni ale creierului care sunt irecuperabile.De aceea resuscitarea tb sa inceapa imediat.

Sunt descrise 3 metode pt respiratia artificiala:

1)RESPIRATIA GURA-NAS

- dezobstruarea cailor respiratorii
- apucati capul pacientului cu o mana si flectati gatul ,impingand capul catre spate si,in acelasi timp,cu cealalta mana ridicati si impingeti catre fata maxilarul.Inchideti-i gura cu degetul mare.
- inhalati adanc,aplicati gura pe nasul pacientului si suflati pana ce toracele acestuia se ridica.Deschideti-i gura pt expiratie ,deoarece pac poate sa aiba o obstructie nasofaringiana expiratorie.
- retrageți-va si inhalati profund,in timp ce pacientul exhala(eliminarea vaporilor;actul de eliminare a aerului din plamani).Repetati ciclul de 12 ori pe minut.Primele 6 respiratii tb facute cat mai rapid posibil.
- la un copil atat gura cat si nasul pot fi acoperite de buze si respiratiile tb sa fie usoare;la cei f mici tb suflat f incet pt a preveni ruperea plamanilor

2)RESPIRATIA GURA LA GURA:

- acesta metoda poate fi preferata celei respiratie gura la nas,caz in care narile pacientul tb inchise prin pensare intre degetul mare si aratator si respiratia tb exhalata in gura pacientului.
- in afara de acesta, procedura este aceeași ca resp gura-nas

O piesa speciala pt gura tb folosita in cazul leziunii cavitatii orale ,determinand hemoragie excesiva. Trageti .maxilarul pacientului in fata ,deschideti gura si introduceti sonda directionand-o la inceput, catre planseul gurii (pt a se curba catre palat)si apoi rotiti in jos ,plasand-o in spatele limbii.

Stomacul se poate umple cu aer ,in special daca gatul nu e corect flectat.In acest caz ,aplicati partii superioare a abdomenului o presiune pt scurt timp(epigastru –intre stern si ombilic)

3)METODA HOLGER-NIELSEN-pentru respiratie artificiala

- acesta metoda tb folosita numai in cazul in care este imposibila folosirea metodei aerului expirat din resp artificiala datorita pericolului lezarii capului si a regiunii gatului ,sau a pericolului existent in cazul traumei faciale severe.

1) Pacientul asezat cu fata in jos ,bratele flectate si fruntea sprijinita pe ele,pt ca nasul si gura sa ramana libere.

2) Ingenuchiati la nivelul capului sau cu genunchiul aproape de cap si cu celalalt picior la nivelul cotului.

3) Asezati palmele pe omoplati cu degetele mari, atingand linia mediana si cu celalalte desfacute,bratele ramanand drepte

4) Aplecati-va in fata cu bratele drepte ,aplicand o usoara presiune ,in timp ce numarati:”1,2,3”.

Acesta este expiratia.

5) Reduceti gradat presiunea si deplasati manile la nivelul coatelor pacientului. Numarati”4”

6) Ridicati bratele si umerii pacientului pana intampinati rezistenta si tensiune fara a ridica toracele de pe sol, in timp ce numarati „5,6,7”.

Aceasta este inspiratia.

7) Lasati bratele in jos si readuceti palmele pe spatele pacientului ,in timp ce numarati”8”

8) Repetati miscarile ritmic cu o frecventa deori/min

9) Atunci cand respiratia e restabilta ,ridicati si coborati din nou bratele(6si7) singur de 12 ori/min

Ridicarea bratelor:1,2,3-inspiratie

Coborarea bratelor:4,5,6-expiratie

Alte metode de respiratie:

-respiratia gura la masca

-respiratia gura la sonda

-respiratia cu aparate simple portabile: -balonul Ruben

-trusa Ambu

-trusa Ranima

MASAJUL CARDIAC EXTERN

Se aplica transversal podul palmei uneia din maini(de obicei st.)pe 1/3 inferioara a sternului ,iar cealalta palma (dr a caruia forta este mai mare)se suprapune perpendicular pe prima.

Cu cele doua maini suprapuse si cu bratele intinse ,ajutandu-se de greutatea corpului salvatorul exercita presiuni ritmice asupra sternului .

Fiecare compresiune va fi brusca si scurta si va exercita o presiune a sternului spre coloana vertebrala ,in asa fel incat sternul sa fie infundat aproximativ 5-6cm.

Se apasa numai cu podul palmei,degetele fiind ridicate pt a se evita compresiunea coastelor.Dupa fiecare compresiune sternul este lasat sa revina in pozitia initiala,fara sa se ridice mainile de pe sternul victimei.

Unuii autori recomanda ca la inceputul reanimarii oricarui stop cardiovascular sa se incerce aplicarea inimii prin aplicarea unei singure lovituri usoare cu pumnul de la o inaltime de 20-32cm in mijlocul regiunii presternale.

Resuscitarea cardiopulmonara riguroasa este frecvent insotita de pericole si poate genera fracturi ale coastelor sau sternului ;oricum acestea se vor ridica si astfel de leziuni sunt ireversibile.

Resuscitarea cardiopulmonara precoce si eficienta poate salva vietii prin mentinerea respiratiei si na batailor inimii pana la aplicare de metode tehnice.

TULBURARI DE RITM CARDIAC

In existenta miocardului exista un tesut specific autoexcitabil si bun conducator al impulsurilor S.N ,sist de comanda a inimii si asigura automatismul cardiac.

Acest tesut specific formeaza tesutul excito-conducator al inimii si este alcatuit din:

- nodulul sinovial
- nodulul atrioventricular

ETIOLOGIE:

- 1)*bradicardiile*:-cardiovasculare
 - cardiopatii ischemice(mici oaze in inima unde se necrozeaza tesutul,datorita ischemiei)
 - cardiopatii hipertensive
 - cardiomiopatii
 - leziuni valvulare
 - boli congenitale
 - boli ale pericardului
 - tumori si traumatisme ale inimii
 - 2)*boli extracardiace*:-boli infectioase(cardita bacteriana)
 - boli digestive(amigdalita cu streptococ β hemolitic)
 - boli pulmonare
 - boli neuropsihice
 - boli endocrine
 - intoxicatii medicamentoase
 - dezechilibre functionale
 - 3)*la subiectii sanatosi*:-intoxicatii cu :alcool,cafea,tutun
 - expunere la factori de risc
- *tulburari functionale in aritmii:-palpitatii
- dispnee
 - ameteli
 - lipotimii
 - dureri precordiale
 - jena retrosternala
 - tulb de vedere
 - semne de excitatie neuropsihica
 - tulb de auz
- Alte semne necaracteristice:-cefalee
- greaa
 - varsaturi
 - sughit
- *tulburari de irigatie cerebrala:-anxietate
- ameteli
 - lipotimie
 - sincopa
- *tulburari de irigatie coronariana:-durerea din angina pectorala
- *tulburari de irigatie mezenterica:-varsaturi in jet
- cefalee puternica
- *tulburari de irigatie renala:-poliurie
- oligurie

CLASIFICARE:

- A)tulb.in formarea stimulilor de emisune:-tulb in conducerea stimulilor
- B)in functie de sediile de formare a stimulilor –aritmii arteriale

DG.DIFERENTIAL al tulb de ritm si precizarea formelor se face prin EKG.

In toate cazurile se face trat.cauzal al bolii de baza ,sau a functiilor declansatorii.

As.medicala nu are competente nici in diferentierea aritmiilor si nici in aplicarea conduitei de tratament ,ea poate fi de ajutor prin:- culegerea de date despre pacient

- antecedentele bolnavului
- tratamentul urmat in antecedente
- interpreteaza manifestari clinice si le raporteaza
- contribuie la linistirea si sedarea pacientului
- pozitioneaza pacientul comod
- executa adm trat.conform prescriptiei pt.calmarea durerii
- efectueaza trat.in sine dupa indicatia medicului
- instituirea prompta si energica a masurilor de resuscitare cardio-respiratorie
- este obligatia profesionala si morala a as.medicale
- in lipsa medicului pac.va fi transportat la spital sub administrare de O2

INFARCTUL MIOCARDIC ACUT

I.M.A este o zona de necroza ischemica in miocard produsa prin alterarea unei ramuri coronariene.

ETIOLOGIE:-90-95% cauza este ateroscreloza coronariana.

FACTORI DECLANSATORI:-efort

- mese copioase
- stres
- infectii
- factori meteorologici

FACTORI FAVORIZANTI:-factori de risc:-varsta

- sexul
- H.T.A
- diabet
- colesterol
- fumatul
- obezitatea
- stres

SEMNE:

A)durerea-acuta retrosternala sau pericardica

- senzatie de gheara
- dureaza aprox.30min pana la 48 ore

- anxietate
- teama
- panica
- senzatie de moarte iminenta
- grea si varsaturi
- mai rar diaree
- distonie abdominala
- senzatie de plenitudine epigastrica
- transpiratii reci
- ameteli

- B)H.T.A-febra absenta la inceput
-apare dupa 12-24 ore
-semne obiective-paloare
-tegumente reci si umede
-puls rapid

CONDUITA DE URGENTA:

- spitalizare
- asezarea bolnavului in decubit dorsal si interzicerea oricarei miscari
- linistirea pacientului
- monitorizarea functiilor vitale
- pozitionarea cat mai comoda
- la indicatia medicului se executa:
 - sedarea durerii(Mialgin,Morfina)
 - combaterea anxietatii(Diazepam)
 - oxigenoterapie
 - recoltarea produselor biologice
 - administrarea trat.conform prescriptiilor

ANGINA PECTORALA

A.P este un sindrom clinic care tradeaza o suferinta miocardica datorita unui dezechilibru intre necesitatea de oxigen a muschiului inimii si aportul coronarian.

SE CARACTERIZEAZA PRIN:

- crize dureroase paroxistice localizate de cele mai multe ori in spatel sternului cu iradiere in cazuri tipice in umarul st.pana la ultimile 2 degete.
- criza dureroasa apare dupa:-efort ,
 - emotii
 - mese copioase
- dureaza 2-3 min ,pana la 10-15 min si dispare spontan sau la adm de Nitroglicerina sublingual

CAUZE:

- ateroscleroza coronariana
- cardiopatii valvulare
- stenoza aortica si mitrala
- coronarita reumatismala

CAUZE FAVORIZANTE:

- diabet zaharat
- H.T.A
- tulburari de ritm
- boli abdominale-litiaza biliara
 - ulcer gastric
 - boli abdominale(
 - adm de medicamente
 - tabagismul

ALTE CAUZE:

- efort fizic
- frigul
- H.T.A
- colesterolul
- stresul

SIMPTOME:

-a)durerea

Caracteristici:-localizata retrosternal

-iradiaza in umarul st,bratul stang

-dureaza 2-3 min pana la 15 min

-proba terapeutica cu Nitroglicerina-daca durerea nu trece in 2-3 min este un semn clinic major,nu trece =>INFARCT

-anxietate

-panica

-senzatie de moarte iminenta

CONDUITA DE URGENTA:

-repaos

-evitarea efortului

-adm de Nitroglicerina 0,5 ml sublingual

-ex.paraclinice-EKG

-recoltarea probelor biologice

TRATAMENTUL DE DURATA:

-dieta cu evitarea alimentatiei grase

-reducerea consumului de alcool,tutun,cafea

-indepartarea stresului

-instituirea antidotului fizic

-adm medicatiei antianginoase conform recomandarii medicului

TRATAMENTUL MEDICAL:

-este o terapie de urgenta datorita durerii severe si posibilitatii evolutiei crizei anginoase catre IMA impune caracterul de urgenta al afectiunii

OBIECTIVE SI INGRIJIRI IN HEMORAGIA CEREBRALA

Aprox.40% AVC sunt de natura hemoragica.

Def: hemoragia cerebrala propriu-zisa este explicata printr-o ruptura vasculara ca urmare a unui puseu de HT.A brutala .

FORME CLINICE:

-hem.cerebro-meningeana

-hematomul intracerebral

HC este o hemoragie initial cerebrala care cuprinde apoi ventriculii si spatiile subarahnoidiene.

COMA PROFUNDA

-pacientul prezinta febra mare,sindrom meningian prezent,LCR este hemoragic

-evolutie spre moarte in 24-48 ore

CAUZE:

-AV in urma rupturii peretelui unei artere intracerebrale sau vasculare

-HT arteriala si arteroscleroza

-accidente hemoragice

-se mai poate produce prin ruptura unui aneurism cerebral in cazul arteritei sifilitice,alcoolism ,boli sangvinolente(hemofilia)

DEBUT:

-varste tinere (prodominant masculine)

-se intalnesc accidente homoragice si accidente ocluzive

Pt. identificarea clinica a unui ramolismnt hemoragic se constata:

- pierderea constiintei
- evolutie grava
- LCR hemoragic

MANIFESTARI:

1)Perioada de inceput:

- debut brutal,mai ales dimineatza,avand ca factori favorizanti :
 - oboseala,
 - excesul alimentar,
 - efort fizic ,
 - expuneri la soare,
 - schimbarile de presiune atmosferica,
 - schimbari bruste de temperatura
 - varsta 50-60 ani
- pacientul intra direct in coma:-debut cu cefalee violenta
 - vertij puternic
 - greturi
 - varsaturi
- uneori anumite simptome prevestesc HC-ul:-vertij puternic
 - pareze tranzitorii
 - epistaxisuri repetate

2)Perioada de stare:

- consta in agravarea brusca a starii generale:-hemiplegii
 - tahicardie sau bradicardie
 - obnubilare
 - insuf.cardio-respiratorie acuta

EVOLUTIE:

- e variabila
- unii pacienti mor in ziua ictusului cerebral
- altii intra in a3a,a4a zi si se pot vindeca cu sechele
- exista riscul mare a unei noi hemoragii in lunile/anii care urmeaza
- se descriu 3 faze:-coma
 - hemiplegie flasca
 - hemiplegie spastica

FAZA COMATOASA-SEMNE GENERALE

- facies congestionat
- resp.zgomotoasa
- hiperpirexie
- tahicardie
- T.A crescuta
- tulb de sensibilitate-in comele superficiale durerea provocata e urmata de mobilizarea membrelor sanatoase,corpul intors spre partea sanatoasa din cauza redorii cefei
- tulb de tonus muscular
- motilitate
- bratele cad usor cand sunt ridicate
- reflexul cornean este abolit in coma profunda

EXAMENE DE LABORATOR:

- edificator-punctie lombara
- daca se suspicioneaza edem cerebral,punctia e contraindicata
- VSH usor crescut
- leucocitoza variabila
- bilirubina crescuta

- transaminazele cu caracter tranzitoriu crescute
- glicemia crescuta
- modif.urinare:glicozurie ,albuminurie
- CT
- fundul de ochi arata edem pupilar,staza pupilara cu hemoragii retinice
- EEG-vor apare mod.cu caracter difuz si prezenta unor focate cerebrale

PROBLEMELE PACIENTULUI

- cefalee violenta
- greaa
- varsaturi
- vertij
- tulb vizuale
- deficit motor
- tulb cardio-vasculare
- tulb de respiratie
- incapacitatea de a se alimenta si hidrata
- incapacitatea de a se autoservi
- risc de alterare a mucoaselor si integritatii pielii
- incapacitatea de a comunica
- alterarea functiei vitale
- agitatie psihomotorie
- tulb.de somn si odihna
- aparitia crizelor convulsive
- pierderea reflexului sfincterian
- coma hemoragica cu agravare in cateva zile
- moartea

OBIECTIVE:

- evitarea mobilizarii bolnavului fara avizul medicului
- repaos obligatoriu la pat
- interzis transportul bolnavului pe distante mari
- combaterea cefaleei,gretei,varsaturilor
- permeabilitatea cailor aeriene superioare
- monitorizarea functiilor vitale
- pastrarea igienei
- hidratarea si alimentarea adecvata a pacientului
- supravegherea incontinentei de urina
- prevenirea complicatiilor:-se poate agrava:suflu cardiac
- efectuarea interventiilor delegate(perfuzii)
- combaterea agitatiei psihomotorii:sedative la indicatia medicului
- combaterea tulb de somn si odihna
- conduita obiectivelor si interventiilor sunt aceleasi fara deosebire de gravitatea bolii

INTERVENTII:

- I-repaos la pat(circa 3-4 sapt)
- asigurarea pozitiei procliva a capului pacientului
- este interzisa pzia sezand si semisezand
- mobilizarea pac e avizata de medic dupa 10-15 zile
- transportat numai cu targa
- II-dezobstruarea cailor aeriene
- pac comatos isi aspira secretiile salivare ,faringiene in caile respiratorii datorita abolirii reflexului de deglutitie

- se dezobstrueaza caile prin curatare cu pansamente fixate pe pense
- se aspira cu aspiratorul
- in caz de hipoxie se asigura O2 prin sonda endonazala sau masca
- III-monitorizarea functiilor vitale
- in lipsa monitorizarii electrice pac.este supravegheat permanent
- controlul se face dupa un orar stabilit de medic
- datele se noteaza in F.O
- IV-monitorizarea si combaterea greturilor si varsaturilor
- grea este exacerbata si poate fi atenuata de respiratii profunde
- dupa varsaturi se sterge gura pacientului si apoi se clateste gura
- varsaturile sunt evaluate volemic

V-monitorizarea si combaterea incontinentei de urina si materii fecale

- sunt evaluate volemic
- se foloseste urinar la barbat sau punji in sondajul vezical

VI-toaleta cavitatii bucale

- dimineata si seara ungerea cu glicerina boraxata de 3x pe zi
- proteza mobila tb scoasa

VII-toaleta corneei

- ochiul deschis pe partea bolnava-se usuca ,se fac spalaturi cu ceai de musetel sau solutie de acid boric si comprese cu Vit A

VIII-alimentarea si hidratarea pacientului

- pac cu varsaturi nu va fi alimentat prin sonda gastrica
- cu bauturi reci,racoritoare adm cu lingurita
- dupa linistirea varsaturilor se incepe alimentarea respectandu-se afectiunile de baza dupa indicatia medicului

CONDUITA TERAPEUTICA:

In hemoragia subarahnoidiana :

- hidratarea pt mentinerea V circulant si presiunii venoase apropiate de normal
- prevenirea tromboflebitei membrelor inferioare
- reducerea T.A
- reducerea cefaleei-adm i.v antiedematoase /antialgice
- adm sedativelor si/sau neuroleptioce
- adm blocantilor canalelor de Ca pt prevenirea vasospasmului

In hemoragia parenchimotoasa:

- adm parenterala de antiedematoase cerebrale
- hipotensoare
- limitarea aportului de lichide
- trat.medicamentos numai la prescrierea medicului

TULBURARI DE RITM CARDIAC

In existenta miocardului exista un tesut specific autoexcitabil si bun conducator al impulsurilor S.N ,sist de comanda a inimii si asigura automatismul cardiac.

Acest tesut specific formeaza tesutul excito-conducator al inimii si este alcatuit din:

- nodulul sinovial
- nodulul atrioventricular

ETIOLOGIE:

1)bradicardiile:-cardiovasculare

- cardiopatii ischemice(mici oaze in inima unde se necrozeaza tesutul,datorita ischemiei)
- cardiopatii hipertensive
- cardiomiopatii

- leziuni valvulare
- boli congenitale
- boli ale pericardului
- tumori si traumatisme ale inimii

- 2) *boli extracardiace*: -boli infectioase (cardita bacteriana)
- boli digestive (amigdalita cu streptococ β hemolitic)
 - boli pulmonare
 - boli neuropsihice
 - boli endocrine
 - intoxicatii medicamentoase
 - dezechilibre functionale

- 3) *la subiectii sanatosi*: -intoxicatii cu :alcool, cafea, tutun
- expunere la factori de risc

- *tulburari functionale in aritmii: -palpitatii
- dispnee
 - ameteli
 - lipotimii
 - dureri precordiale
 - jena retrosternala
 - tulb de vedere
 - semne de excitatie neuropsihica
 - tulb de auz

Alte semne necaracteristice: -cefalee

- grea
- varsaturi
- sughit

- *tulburari de irigatie cerebrala: -anxietate
- ameteli
 - lipotimie
 - sincopa

*tulburari de irigatie coronariana: -durerea din angina pectorala

*tulburari de irigatie mezenterica: -varsaturi in jet

- cefalee puternica

*tulburari de irigatie renala: -poliurie

- oligurie

CLASIFICARE:

A) tulb. in formarea stimulilor de emisune: -tulb in conducerea stimulilor

B) in functie de sediile de formare a stimulilor -aritmiile arteriale

- aritmiile ventriculare

DG. DIFERENTIAL al tulb de ritm si precizarea formelor se face prin EKG.

In toate cazurile se face trat. cauzal al bolii de baza, sau a functiilor declansatorii.

As. medicala nu are competente nici in diferentierea aritmiilor si nici in aplicarea conduitei de tratament, ea poate fi de ajutor prin: -culegerea de date despre pacient

- antecedentele bolnavului
- tratamentul urmat in antecedente
- interpreteaza manifestari clinice si le raporteaza
- contribuie la linistirea si sedarea pacientului
- pozitioneaza pacientul comod
- executa adm trat. conform prescriptiei pt. calmarea durerii
- efectueaza trat. in sine dupa indicatia medicului
- instituirea prompta si energica a masurilor de resuscitare cardio-respiratorie

- este obligatia profesionala si morala a as.medicale
- in lipsa medicului pac.va fi transportat la spital sub administrare de O2

INFARCTUL MIOCARDIC ACUT

I.M.A este o zona de necroza ischemica in miocard produsa prin alterarea unei ramuri coronariene.

ETIOLOGIE:-90-95% cauza este ateroscreloza coronariana.

FACTORI DECLANSATORI:-efort

- mese copioase
- stres
- infectii
- factori meteorologici

FACTORI FAVORIZANTI:-factori de risc:-varsta

- sexul
- H.T.A
- diabet
- colesterol
- fumatul
- obezitatea
- stres

SEMNE:

A)durerea-acuta retrosternala sau pericardica

- senzatie de gheara
- dureaza aprox.30min pana la 48 ore

- anxietate
- teama
- panica
- senzatie de moarte iminenta
- grea si varsaturi
- mai rar diaree
- distonie abdominala
- senzatie de plenitudine epigastrica
- transpiratii reci
- ameteli

B)H.T.A-febra absenta la inceput

- apare dupa 12-24 ore
- semne obiective-paloare
- tegumente reci si umede
- puls rapid

CONDUITA DE URGENTA:

- spitalizare
- asezarea bolnavului in decubit dorsal si interzicerea oricarei miscari
- linistirea pacientului
- monitorizarea functiilor vitale
- pozitionarea cat mai comoda
- la indicatia medicului se executa:-sedarea durerii(Mialgin,Morfina)

- combaterea anxietatii(Diazepam)
- oxigenoterapie
- recoltarea produselor biologice
- administrarea trat.conform prescriptiilor

ANGINA PECTORALA

A.P este un sindrom clinic care tradeaza o suferinta miocardica datorita unui dezechilibru intre necesitatea de oxigen a muschiului inimii si aportul coronarian.

SE CARACTERIZEAZA PRIN:

- crize dureroase paroxistice localizate de cele mai multe ori in spatele sternului cu iradieri in cazuri tipice in umarul st.pana la ultimile 2 degete.
- criza dureroasa apare dupa:-efort ,
 - emotii
 - mese copioase
- dureaza 2-3 min ,pana la 10-15 min si dispare spontan sau la adm de Nitroglicerina sublingual

CAUZE:

- ateroscleroza coronariana
- cardiopatii valvulare
- stenoza aortica si mitrala
- coronarita reumatismala

CAUZE FAVORIZANTE:

- diabet zaharat
- H.T.A
- tulburari de ritm
- boli abdominale-litiază biliară
 - ulcer gastric
 - boli abdominale(
 - adm de medicamente
 - tabagismul

ALTE CAUZE:

- efort fizic
- frigul
- H.T.A
- colesterolul
- stresul

SIMPTOME:

- a)durerea

Caracteristici:-localizata retrosternal

- iradiaza in umarul st,bratul stang
- dureaza 2-3 min pana la 15 min

-proba terapeutica cu Nitroglicerina-daca durerea nu trece in 2-3 min este un semn clinic

major,nu trece =>INFARCT

- anxietate
- panica
- senzati de moarte iminenta

CONDUITA DE URGENTA:

- repaos
- evitarea efortului

- adm de Nitroglicerina 0,5 ml sublingual
- ex.paraclinice-EKG
- recoltarea probelor biologice

TRATAMENTUL DE DURATA:

- dieta cu evitarea alimentatiei grase
- reducerea consumului de alcool,tutun,cafea
- indepartarea stresului
- instituirea antidotului fizic
- adm medicatiei antianginoase conform recomandarii medicului

TRATAMENTUL MEDICAL:

-este o terapie de urgenta datorita durerii severe si posibilitatii evolutiei crizei anginoase catre IMA impune caracterul de urgenta al afectiunii

URGENTE ABDOMINALE

1.COLICA BILIARĂ

Def. durere acută, violentă, local în hipocondrul dr, cu iradiere până în col vert, umărul și omoplatul dr, survenită în cursul colecistitelor litiazice și nelitiazice (colecistita acută și subacută, diskinezii veziculare și cistice, colecistoze, tumori biliare).

Cauze:

- prezența calculilor în vezica biliară sau căi intra și extrahepatice;
- colecistita acută – o inflamație cu caracter acut a peretelui colecistic, de cele mai multe ori survine din cauza obstrucției canalului cistic (litiția cistică) și infecția pereților veziculei biliare;
- angiocolite (inflam ale căilor biliare intra și extra-hepatice);
- colecistita cronică;
- diskinezii biliare (tulb ale motricității veziculei biliare);
- parazitoze intestinale (giardia).

Simptomatologie

1. Durerea – datorată unor contracții spastice reflexe ale vezicii sau ale căilor biliare, urmate de creșteri ale presiunii din arborele biliar. Debutează în hipocondrul drept sau în epigastru. Se accentuează progresiv, atingând intensitatea max în câteva ore și cedează brusc sau lent. Iradiază sub rebordul costal drept sau în reg dorso-lombară, scapulară și umărul drept.
2. Greață și vărsături – cu conținut alimentar apoi biliar.
3. Icter – colorație datorată unui edem, spasm reflex al sfîcterului Oddi și se poate instala fără să existe un obstacol prin calcul pe coledoc.
4. Febra – apare în colecistitele acute și angiocolitele secundare infecției cu germeni microbieni.
5. Frisonul – apare în infecția căilor biliare;
 - Este urmat de transpirații reci, abundente și stări de rău general.
6. Semne locale – vezica biliară poate fi palpată, este foarte sensibilă.

***CONDUITA DE URGENȚĂ**

- I. Colicile biliare de intensitate mică pot fi tratate la domiciliu prin repaus la pat, regim alimentar, analgetice, antispastice (Scobutil, No Spa).
- II. Colicile biliare însoțite de vărsături, cu tulb h-e, cu evoluție gravă, necesită internare în spital, se face trat de urgență și se intervine chirurgical.

În spital:

- ex paraclinice, rec de sg, echografii, ex de urină, repaus la pat, calmarea durerii, adm de Analgetice – la recom dr, adm de antispastice, calmarea vărsăturilor, combaterea febrei, reechilibrarea h-r, adm de Sedative, dacă trat ig-diet și medicamentos nu are rezultatul scontat, se intervine chirurgical.

2.PANCREATITA ACUTĂ

Pancreasul este o glandă cu dublă secreție:

- endocrin-elaborează secreția endocrină numită INSULINĂ- cu rol preponderent în metabolismul glucidic dar și alte acțiuni.
- exocrin- fermenți digestivi (tripsină, amilază – eliminate prin sfincterul Oddi în duoden).

Cauze:

- litiază biliară ;
- obstrucția canalului pancreatic și a ampulei lui Vater cu calculi, neoplasme, inflamații,
- consum excesiv de alcool, infecții, cauze toxice
- ulcer duodenal, obezitate.

Simptomatologie

- debut brusc, cu durere abdominală în etajul superior în bară cu iradiere în spate, vărsături alimentare și bilioase, hemoragie, meteorism, tulb de tranzit, constipații sau ileus dinamic, stare de șoc cu paloare, puls mic și rapid, TA prăbușită, transpirații, extremități reci, anxietate, tahipnee;
- semnele locale sunt sărace; nu există apărare musculară, uneori o ușoară apărare epigastrică, pe abd apar uneori, în anumite cazuri cianotice (formele necrotice).

ATITUDINEA DE URGENȚĂ

Este o urgență medicală – cu internare imediată;

- nu se adm medicație orală;
- calmarea durerii se face prin inj im (analgetice);
- aplicare de pungi cu gheață pe abd;
- în șoc –perfuzii cu soluții macromoleculare –Dextran 40% sau SG 5% până se ajunge la spital.

La spital – ex paraclinice;

- rec de sg – care identifică creșterea amilazei, leucocitelor, a glucozei și scăderea Ca – important în diagnostic.
- ex radiologic abdominal pe gol – oferă diagnostic (semne de ileus dinamic sau poate exclude semnele directe de ulcer perforat);
- calmarea durerii cu Mialgin, Papaverină, Nitroglicerină, perfuzii cu SG 5-10%, Fortral im.
- combaterea stării de șoc;
- reechilibrare h-e;
- antibioterapie;
- inhibitori ai tripsinei;
- dacă trat medic nu este eficace, se intervine chirurgical.

3.OCLUZIA INTESTINALĂ

Prin ocluzie se înțelege oprirea completă și persistentă a tranzitului intestinal și, în consecință, imposibilitatea evacuării de mat fecale și gaze. Se constituie un sindrom de abdomen acut.

Clasificare

- Ocluzie mecanică –oprirea tranzitului poate fi din motivul unui obstacol mecanic situat oriunde în intestinul subțire / gros (tumoră);
- Ocluzie dinamică /funcțională –datorată unei tulburări funcționale a motilității intestinale, fie prin exagerarea contracturii musculaturii peretelui intestinal, fie printr-o paraliză /paraplegie a acestuia.

Cauze :

- ocluzia mecanică : -- tumori;
 - stenoze inflamatorii sau proces tuberculos intestinal;
 - invaginații intestinale;
 - torsiuni / răsuciri;
 - bride (neoformațiuni) în urma unor operații;
 - diferite hernii.
- ocluzia dinamică: - afecțiuni abdominale (inflamații, peritonite, pancreatita acută, infarct mezenteric);
 - afecțiuni ale SNC (traum craniene, medulare, boli neuropsihice);
 - intoxicații (uremice, profesionale, toxicomanii);
 - boli ale toracelui(traum, embolii pulm, IMA, boli ale org retroperitoneale, ale ap genital – tumori).

Simptomatologie

- durerea abd - apare brusc, la locul leziunii, apoi este difuză;
 - dacă în plin sindrom ocluziv durerile dispar, este semn că musculatura a obosit, survin complicații grave, gangrena – perforarea ansei intestinale – peritonită;
- vărsătura;
- întreruperea tranzitului intestinal;
- distensia abd, meteorism;
- barborismele (clapotaj abdominal);
- semnele generale lipsesc în prima fază a ocluziei, progresiv, starea generală se alterează, TA scade, se instalează șocul – exitus .

CONDUITA DE URGENȚĂ

- internarea de urgență la orice suspiciune de ocluzie intestinală;
- se instalează o sondă nazo-gastrică de aspirație pt a evita staza;
- primele măsuri pt combaterea șocului – perfuziile;
- nu se adm opiacee, nu se adm nimic per oral, purgativele sunt interzise.

***În spital:**

- ex de urgență: ionograma, RA, azotemia, leucocite;
- reechilibrare h-e;
- trat chirurgical de urgență și îngrijiri postoperatorii.

4.HEMORAGIILE DIGESTIVE SUPERIOARE – HDS

HDS = sângerare care are loc în esofag, duoden, și jejunul proximal exteriorizându-se prin vărsătură – hematemeză, și/sau scaun – melenă.

Sângele eliminat din stomac este roșu cu cheaguri de sg sau brun închis.

Hematemeza apare brusc, adesea precedata de durere în epigastru, greață, amețeli, slăbiciune, transpirații, anxietate. Sg eliminat prin scaun (melena) este negru ca păcura, fiind digerat pe parcurs, de sucurile gastrice.

Hematemeza și melena – culoare a sângelui roșie deschisă dacă hemoragia este masivă și fulgerătoare.

Clasificare:

- HDS mică – pierderea de sg este < 250 ml sg;
- HDS moderată – cant de sg între 250 – 1000ml sg (Hb>10);
- HDS mare/masivă – pierderea sg > 1000ml (Hb <8%).

Cauze:

- boli ale esofagului (varice esof, ulcer peptic al esofagului, tumori benigne și maligne ale esofagului);

- boli ale stomacului și duodenului (ulcer gastric, ulcer acut de stres, gastrite hemoragice, tumori maligne și benigne, vatică gastrice, traumatisme);
- boli ale intest subțire;
- hipertensiune portală (ciroza hepatică);
- tromboza venei porte;
- cauze generale: boli ale vaselor (hemangioame), boli de sg (sindr hemoragice);
- boli ale altor org învecinate, sg înghițit din gură, faringe, (epistaxis), ruperea unui anevrism, abcese, tumori, etc.

CONDUITA DE URGENȚĂ

- internare de urgență;
- ***până ajunge la spital** – repaus la pat
 - evitarea efortului fizic
 - colectarea sg eliminat
 - igiena orală a pacientului
 - prevenirea șocului hemoragic
- ***în spital** – monitorizarea f vitale
 - recoltarea de sg (pt azotemie)
 - recoltarea de materii fecale
 - punși cu gheață în regiunea epigastrică
 - administrarea medic prescrise (hemostatice, sol macromoleculare: SF, calmante, sedative)
 - aspirație gastrică pt evacuarea sg
 - alimentația se suprimă per oral, bolnavul putând primi doar lichide f reci/bucățele de gheață;
 - în f de evoluție, a II-a zi de la hematemeză sunt permise 12-14 mese compuse din 150-200 ml lapte și regim hidro-zaharat;
 - din a 3-a zi regimul se îmbunătățește: supe mucilaginoase, griș cu lapte, piureuri de legume, budinci, creme, ouă moi, carne slabă;
 - când hemoragia este prin ruperea varicelor esofagiene – se introduce în esofag pt 24- 36 ore sonde speciale cu balonaș esofagian compresiv sau se recurge la scleroza vaselor esofagiene (cauterizare);
 - se recom evacuarea sg din intestin dacă este posibil prin clisme – apoi cu spălături intestinale;
 - în gastritele hemoragice se administrează pansament gastric amestecat cu trombină uscată sterilă;
 - dacă hemoragia nu cedează – se intervine chirurgical în f de gravitate.

5.PERFORAȚIILE DE ORGANE

Perforațiile organelor cavitare abdominale sau ale org abd devenite cavitare prin transformarea patologică, sunt urmate de iritație peritoneală, la început chimică, apoi septică, care generează un sindrom de peritonită acută/abd acut.

Este urgență maximă – necesită intervenție chirurgicală în 5-6 ore de la apariția primelor semne de peritonită.