

Îngrijirea pacienților cu afecțiuni ale aparatului digestiv și ale glandelor anexe

LOCUL TEMEI ÎN CADRUL PROGRAMEI DE NURSING

Tema „Îngrijirea pacienților cu afecțiuni ale aparatului digestiv” este prevăzută a se studia în anul II al școlii postliceale sanitare, profilul asistenți medicali generaliști.

Se rezervă un număr de 30 ore, având în vedere importanța temei pentru însușirea cunoștințelor, a formării deprinderilor și priceperilor privind îngrijirea bolnavului.

Studiul temei va fi corelat cu acele cunoștințe, însușite de elevi în anul anterior, despre „Nevoia de a bea și a mânca”, „Recoltarea produselor pentru examene de laborator”, „Sondaje și spălături”, „Administrarea medicamentelor”.

Cunoștințele de anatomie și fiziologie a tubului digestiv și a glandelor anexe, de medicină internă vor fi suportul noțiunilor de nursing.

OBIECTIVE GENERALE ALE TEMEI

– *obiective cognitive* – realizarea lor se va concretiza prin performanțele comportamentale ale elevilor, ca, de exemplu:

a. cunoașterea problemelor ce țin de dependența pacientului cu felurite suferințe digestive;

b. cunoașterea tehnicilor de pregătire a pacientului pentru diferite examinări;

c. stabilirea obiectivelor de îngrijire adecvate fiecărui pacient, fiecărei probleme;

d. capacitatea de a evalua îngrijirile acordate și performanțele obținute de pacient în urma îngrijirilor;

e. capacitatea de a înțelege rolul educației sanitare în prevenirea bolilor digestive, a complicațiilor lor, a infirmităților.

– *obiective psihomotorii*

a. formarea deprinderilor de recoltare, pentru examene de laborator, a sucului gastric, a sângelui, urinei și fecalelor;

b. formarea deprinderilor de a sesiza manifestările cauzate de apariția unor complicații (scaun melenic, fătور hepatic);

c. formarea deprinderilor de administrare a medicamentelor specifice.

– *obiective afective* – elevul, la finele capitolului a dobândit atitudini și convingeri precum că:

a) intervenția sa promptă și corectă în cazul unor manifestări cu caracter de urgență (HDS, ulcer perforat) poate salva viața pacientului;

b) atitudinea sa încurajatoare, menajarea intimității pacientului reduc anxietatea, permit exprimarea temerilor pacientului, favorizează procesul de însănătoșire a acestuia.

ORGANIZAREA ȘI DESFĂȘURAREA LECȚIEI

a. Loc de desfășurare

Lecția se desfășoară în sala de nursing, amenajată și dotată corespunzător efectuării demonstrațiilor și exercițiilor de către elevi, individual sau în grup.

Materialele vor avea locul bine stabilit în sala de nursing, pentru ca elevii să-și poată pregăti cele necesare pe măsuțele mobile, în fiecare etapă a lecției.

Astfel se vor pregăti următoarele:

b. Mijloace de învățământ

- materiale, instrumente pentru sondaj gastric/duodenal.
- substanțe de contrast – sulfat Ba, pobilan, razebil;
- rectoscop, anuscop;
- materiale pentru recoltarea sângelui, urinei, fecalelor, pentru diferite examinări;
- planșe:
 - schema explorării funcționale a aparatului digestiv;
 - schema explorărilor ficatului;
 - folosirea sondei Blakemoore;
 - gastroscop, esofagoscop;
 - chimismul gastric;
 - problemele bolnavului cu ciroză hepatică.
- retroproiector – folii;
- negatoscop;
- radiografii – diverse ale aparatului digestiv, colecistografii;
- soluții perfuzabile – perfuzatoare;
- materiale pentru injecții;
- punga cu gheață;
- patul universal;
- foi de temperatură;
- planuri de nursing cu diferite diagnostice nursing.

c. Metodele didactice folosite în predarea temei

- prelegerea școlară pentru secvențele temei referitoare la pregătirea aparatului, instrumentelor, stabilirea obiectivelor de îngrijire;
 - descrierea unor aparate;
- observația individuală dirijată – (de exemplu: planșele ce redau problemele pacientului cu ciroză), ilustrații;
- observația independentă – folosită în stagiul clinic, în secția medicină internă;

– conversația euristică – în toate secvențele lecțiilor. Elevii vor fi antrenați să facă legături logice între observațiile lor din spital și cunoștințele transmise;

– demonstrația clinică este utilizată în secvențele lecțiilor privind pregătirea instrumentelor pentru diferite tehnici, asigurarea pozițiilor pacientului pentru diverse examinări endoscopice, pentru puncție hepatică, abdominală;

– exercițiul – utilizat pentru ca elevul să-și formeze deprinderi de muncă independentă (exemplu: pregătirea materialelor pentru diferite tehnici, recoltări, puncții, perfuzii, reorganizarea locului de muncă);

– studiul de caz – folosit pentru ca elevii să poată întocmi planuri de nursing pe cazuri concrete, în care să stabilească obiective pe termen scurt sau mai lung și intervenții adecvate;

– rezolvarea de probleme (exemplu: întocmirea meniului pentru o zi destinat bolnavului cu ciroză hepatică compensată).

d. Formele de organizare a instruirii – se aleg în cadrul desfășurării temei în funcție de obiectivele operaționale propuse.

Modalități de participare:

– Sarcini individuale (exemplu: în cadrul secvențelor de fixare a cunoștințelor fiecare elev are sarcini precise).

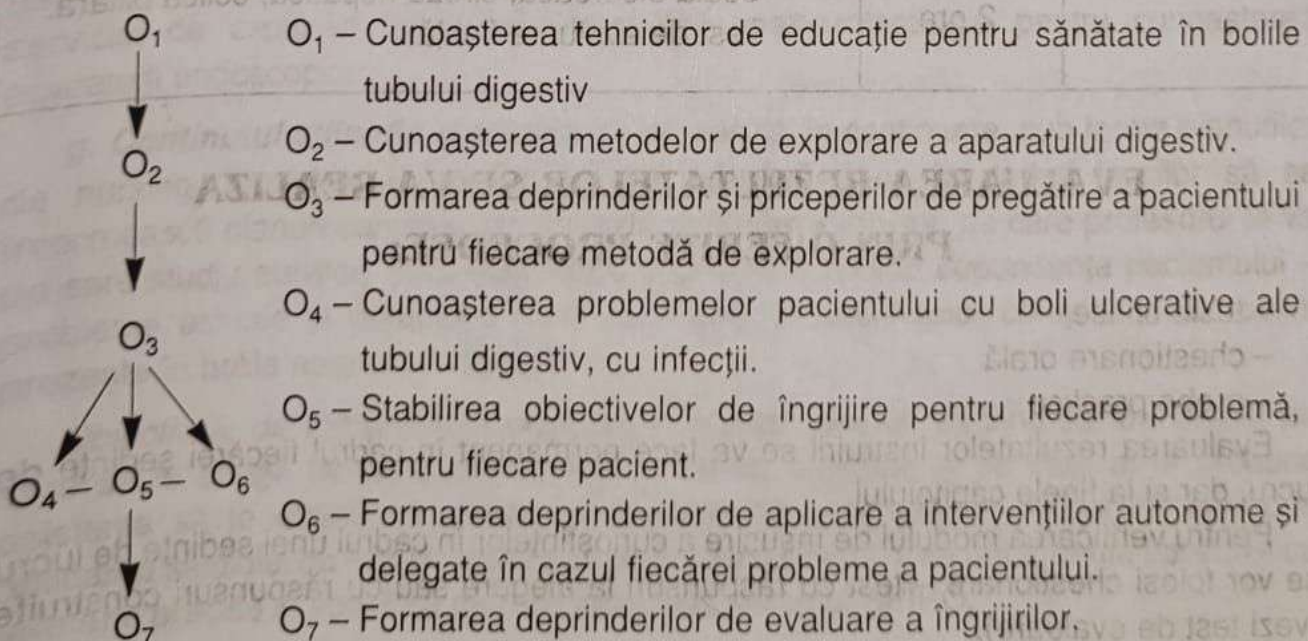
– Sarcini de lucru în grup – pentru rezolvarea de probleme (exemplu: acordarea primului ajutor în caz HDS – grup de 3-4 elevi, care pregătesc materialele pentru primul ajutor (pungă cu gheață) și transport (targa)).

Modalități de desfășurare a observațiilor și exercițiilor:

– independente – elevul observă, face exerciții pentru a obține performanța dorită;

– dirijate – elevul este îndrumat de profesor ce anume să observe, sau care parte a tehnicii nu o poate executa la parametrii corespunzători.

e. Desfășurarea temei va urmări atingerea **obiectivelor operaționale:**



ȘEDINȚA	TIMP DE LUCRU	OBIECTIVELE OPERAȚIONALE
Ședința I	1 oră	O ₁ – Cunoașterea tehnicilor de educație pentru sănătate
	1 oră	Actualizarea cunoștințelor de anatomie, fiziologie, nursing corelate cu tema dată.
	4 ore	O ₂ – Cunoașterea metodelor de explorare a aparatului digestiv, participarea asistentei – metodele radiologice
Ședința II	2 ore	– metodele endoscopice – participarea asistentei
	2 ore	O ₃ – explorarea stomacului – participarea asistentei
	2 ore	– explorarea ficatului – participarea asistentei
Ședința III	2 ore	– explorarea căilor biliare – participarea asistentei
	1 oră	O ₃ – explorarea pancreasului – participarea asistentei
	3 ore	O ₄₋₆ – Cunoașterea problemelor pacienților cu diferite boli ale tubului digestiv: boli ulcerative, infecții micotice, microbiene, cu calculoză biliară, cu tumori.
Ședința IV	3 ore	Stabilirea obiectivelor de îngrijire pentru fiecare diagnostic nursing.
	3 ore	O ₄₋₆ Cunoașterea intervențiilor autonome și delegate pentru rezolvarea problemelor pacientului.
Ședința V	2 ore	Cunoașterea modalităților de evaluare a îngrijirilor în cadrul planului de îngrijire.
	4 ore	O ₄₋₇ Întocmirea planului nursing al pacientului cu boală ulceroasă, ciroză hepatică, colică biliară.
	2 ore	Test de evaluare finală.

EVALUAREA REZULTATELOR SE VA REALIZA

PRIN DIFERITE PROCEDEE:

- teste scrise
- chestionare orală
- probe practice

Evaluarea rezultatelor instruirii se va face permanent în cadrul fiecărei ședințe de lucru, dar și la finele capitolului.

Pentru verificarea modului de însușire a cunoștințelor în cadrul unei ședințe de lucru se vor folosi chestionare – test cu răspunsuri la alegere sau cu răspunsuri construite (vezi test de evaluare).

Probele practice au în vedere evaluarea formării deprinderilor și priceperilor de pregătire a bolnavului pentru diferite examinări ale tubului digestiv, a materialelor necesare ca și de îngrijire a bolnavului cu diferite probleme, precum: vărsătură, hematemă, dezechilibru hidroelectrolitic. Pentru aceasta, grupa de elevi se va împărți în subgrupe de trei până la șase elevi, care vor rezolva diferite probleme de îngrijire (vezi set de probleme).

Evaluarea rezultatelor prin probe practice se va concretiza în cadrul stagiilor clinice, prin comportamentul elevilor față de bolnavi, precum și prin integrarea lor activă în echipa de îngrijire în secțiile gastroenterologice, medicină internă.

Chestionarea orală are în vedere verificarea însușirii cunoștințelor necesare pentru a se putea elabora planul de nursing pentru bolnavul cu diferite boli ale tubului digestiv, ca și modul de utilizare a limbajului medical. Prin acest procedeu se va verifica însușirea de către elevi a noțiunilor despre alimentația bolnavilor cu afecțiuni digestive și importanța ei în tratamentul acestor boli. Se vor formula probleme ca: arătați care alimente sunt indicate sau contraindicate în boala ulceroasă; întocmiți meniul pentru 24 ore al unui bolnav în faza acută a bolii ulceroase, precum și meniul în faza de acalmie a unui bolnav cu rectocolită ulceroasă etc. Acestea pot conduce profesorul la aprecierea corelării cunoștințelor elevilor despre nevoia de a se alimenta, starea de independență și alimentația în cazul diferitelor probleme de dependență.

Indiferent de forma de evaluare a cunoștințelor, profesorul, în finalul lecțiilor, va face aprecieri asupra rezultatelor obținute de elevi, iar atunci când rezultatele sunt nesatisfăcătoare stabilește noi strategii de învățare.

f. Lecția ca modalitate principală de organizare și desfășurare a activității de instruire, în studierea capitolului „Îngrijiri în afecțiunile aparatului digestiv“, se poate organiza sub forma următoarelor tipuri: • lecție pentru însușirea de noi cunoștințe (în ședințele 1 și 2); • lecție de formare a priceperilor și deprinderilor de muncă independentă (exemplu: ședințele 2 și 4); • lecție de verificare, apreciere și notare a cunoștințelor și deprinderilor (exemplu: ședința 5); • lecție complexă – mixtă (exemplu: ședința 1); • lecție vizită – se utilizează în ședința a doua de lucru, vizita făcându-se în serviciul de explorări funcționale a secției gastroenterologie pentru cunoașterea aparatului endoscopic.

g. Conținutul științific al temei este prezentat, în continuare, sub forma planurilor de nursing, formulate la modul general, rămânând ca în cadrul lecțiilor să se întocmească planuri concrete pentru cazurile de îmbolnăvire, pe care profesorul le va da spre studiu elevilor. Sunt enumerate *problemele* privind dependența pacientului – probleme actuale și potențiale (cele care apar în cazul unor complicații ale bolii), prezente în bolile aparatului digestiv.

Obiectivele de îngrijire sunt enunțate la modul general, ca fiind performanțele pe care să le atingă bolnavul privind starea sa de sănătate și pe care și le propune asistenta să le obțină ca urmare a intervențiilor acordate. În cadrul lecțiilor, prin aplicarea studiului de caz și întocmirea planurilor de îngrijire se pot formula obiective cu termene precise și specifice care să răspundă sistemul SPIRO.

Intervențiile asistentei medicale în îngrijirea pacientului cu boli digestive sunt prezentate detaliat atât cele autonome, cât și cele delegate. În cazul urgențelor medicale, sunt indicate acele intervenții pe care le aplică asistenta ca măsuri de prim ajutor. Se insistă ca pacientul să învețe cum să se autoîngrijească, să prevină complicațiile bolii, să respecte regimul alimentar.

Evaluarea îngrijirilor se referă la situația în care pacientul are o evoluție favorabilă, ca urmare a îngrijirilor acordate, el însușindu-și cunoștințele și deprinderile necesare menținerii stării de sănătate.

h. Obținerea feed-back-ului. În cadrul lecțiilor se realizează prin următoarele modalități:

– alegerea metodelor de învățământ, care să asigure un mare grad de participare a elevilor în toate momentele lecției (conversație euristică, demonstrația profesorului urmată de exerciții efectuate de toți elevii, rezolvarea de probleme, teste – activitate în grup sau individuală);

– reușita momentelor de muncă independentă a elevilor și calitatea lor;

– calitatea și volumul exercițiilor aplicative efectuate de elevi în etapa de fixare a cunoștințelor din cadrul unei lecții;

– calitatea răspunsurilor, a deprinderilor însușite de elevi în etapa de verificare și evaluare a cunoștințelor la sfârșitul capitolului „Îngrijirea bolnavilor cu afecțiuni ale aparatului digestiv”.

NOȚIUNI DE ANATOMIE ȘI FIZIOLOGIE

Aparatul digestiv este alcătuit din organe la nivelul cărora se realizează digestia alimentelor și, ulterior, absorbția lor, iar la nivelul ultimului segment – rectul – eliminarea resturilor neabsorbabile – prin actul defecației.

Este alcătuit din:

- *cavitatea bucală* – limba, dinții: au rol în masticatie și vorbirea articulată, limbă fiind și un organ al gustului

- *faringele* – conduct musculo-membranos cu trei etaje: nasofaringe, bucofaringe și laringofaringe

- *esofagul* – canal musculo-membranos de trecere a bolului alimentar din faringele în stomac

- *stomacul* – porțiune dilatată a tubului digestiv. Comunică cu esofagul prin orificiul cardiac și cu duodenul prin pilor

- *intestinul subțire* – prima porțiune este fixă – duodenul – iar cea de-a doua mobilă (4–6 metri) și mobilă – jejunoleonul

- *intestinul gros* – este dispus sub formă de cadru; are lungimea de 1,5 metri. Este subîmpărțit: – colonul cu o porțiune ascendentă, una transversă și alta descendentă

- cecul – ocupă fosa iliacă dreaptă, în el deschizându-se orificiul ileocecal, prezintă un segment rudimentar – apendicele vermicular

– rectul prezintă un segment dilatat numit ampula rectală și altul care străbate perineul – canalul anal

glandele anexe ale tubului digestiv sunt: glandele salivare (parotide, submaxilare, sublinguale), ficatul și pancreasul

fiziologia – digestia reprezintă descompunerea alimentelor și transformărilor lor fizico-chimice în elemente simple în stare de a fi absorbite

– *digestia bucală* – alimentele sunt fărâmițate, amestecate cu saliva, amilaza salivară transformă amidonul în elemente simple. Se formează bolul alimentar care trece în esofag prin actul de deglutiție

– *digestia gastrică* – stomacul se umple, bolul alimentar se amestecă cu suc gastric (conține acid clorhidric, fermenți proteolitici și lipolitici), proteinele se transformă până la stadiul de peptone, se formează chimul alimentar care trece în duoden prin acțiunea mecanică a stomacului

– *digestia intestinală* – etapa finală a procesului unitar al digestiei alimentelor în intestin funcția secretorie este îndeplinită de:

– pancreasul exocrin, prin suc pancreatic ce conține tripsină, lipază, amilază.

– ficatul, prin secreția biliară ce conține săruri biliare cu rol în digestia și absorbția grăsimilor și vitaminelor liposolubile. Pigmenții biliari dau culoarea scaunului

– glandele intestinale, prin suc intestinal ce conține fermenți proteolitici, lipolitiți și glucolitici.

Aceste secreții duc la fragmentarea principiilor alimentare până la formele asimilabile:

– aminoacizi, acizi grași și glicerină, monozaharide

Absorbția se realizează: – slab la nivelul cavității bucale

– la nivelul stomacului (pentru alcool și unele medicamente)

– la nivelul intestinului gros pentru apă, săruri minerale, vitamina K

– la nivelul intestinului subțire – monozaharidele la nivelul jejunului, glicerina și acizii grași în prima porțiune a intestinului subțire, aminoacizii în tot intestinul subțire.

În urma acestor procese chilul intestinal lichid este transformat în masa fecaloidă ce conține 90% resturi alimentare, 10% mucus, epiteliu, leucocite, bacterii, care se elimină prin procesul de defecație.

EDUCAȚIA PENTRU SĂNĂTATE A POPULAȚIEI; MĂSURI DE PREVENIRE A BOLILOR DIGESTIVE

Măsuri de profilaxie primară

– vizează reducerea numărului de cazuri noi de îmbolnăvire.

– constă în:

– *dispensarizarea* persoanelor cu risc crescut, persoane cu teren ulceros (descendenți din familii, în care unul sau ambii părinți au ulcer gastroduodenal).

– *dispensarizarea* persoanelor cu simptome nespecifice.

– educarea populației privind *igiena buco-dentară* (dentiție bună, care să asigure masticăția).

	<ul style="list-style-type: none"> - <i>educarea</i> populației privind <i>igiena alimentară</i>: - alimentație echilibrată cantitativ și calitativ; - pregătirea alimentelor – fără excese de condimente, fierbinți sau reci; - orarul alimentației – mese regulate; - igiena psihonervoasă – servirea mesei în condiții de relaxare nervoasă, ambianță plăcută. - <i>educarea</i> populației privind <i>abandonarea obiceiurilor dăunătoare</i>: <ul style="list-style-type: none"> - alcoolismul, fumatul care favorizează apariția bolii stomacului, ficatului.
Profilaxia secundară	- urmărește, prin măsurile luate, ca în evoluția bolilor digestive deja existente să nu apară complicații grave. Se realizează prin dispensarizarea bolnavilor digestivi (bolnavi cu ulcer gastric sau duodenal, hepatită cronică).
Profilaxia terțiară	- se realizează prin acțiuni destinate diminuării incapacităților cronice de reeducare a invalidităților funcționale ale bolnavilor (gastrectomie, gastrostomie, anus iliac).

✓ **EVALUAREA MORFO-FUNCȚIONALĂ A APARATULUI DIGESTIV ȘI GLANDELOR ANEXE**

Examen fizic	<ul style="list-style-type: none"> - Se realizează prin: <ul style="list-style-type: none"> - inspecție – se apreciază aspectul general al pacientului, starea de denutriție, cașexie, paloarea tegumentelor, mărirea de volum al abdomenului - palpare – pune în evidență sediul durerii, accentuarea sau reducerea ei la compresiune; apărarea musculară - auscultație – evidențiază zgomotele intestinale, prezența clapotajului - percuție – pune în evidență meteorismul abdominal volumul ficatului
Examene de laborator	<p>Sângelui: – pentru explorarea ficatului – pentru explorarea pancreasului</p> <p>Sucului gastric – pentru cercetarea DAB, DOB, DAH, DOH</p> <p>Secreției pancreatice</p> <p>Bilei</p> <p>Materiilor fecale</p> <p>Urinei</p>

Examen radiologice	<i>radiografia abdominală de ansamblu (indicată în abdomenul acut)</i> <i>radioscopia esogastrointestinală</i> <i>irigoscopia</i> <i>colecistografia</i> <i>colangiografia</i>
Examen cu izotopi radioactivi	<i>scintigrama hepatică</i> <i>examenul digestiei – absorbției – cu substanțe marcate cu izotopi radioactivi</i>
Examen endoscopice	<i>esofagoscopia</i> <i>gastroscopia</i> <i>colonoscopia</i> <i>rectoscopia</i> <i>anuscopia</i> <i>laparoscopia</i>
Ecografia abdominală	– examenul cavității abdominale, ficatului, pancreasului cu ajutorul ultrasunetelor
Puncții	– puncția hepatică pentru recoltarea unui fragment de țesut pentru examen histopatologic – puncția abdominală pentru evidențierea prezenței lichidului de ascită și examenul de laborator
Tușeu rectal	– evidențiază durere în fundul de sac Douglas (în apendicită) – evidențiază prezența sângelui pe degetul de mână (melenă)
Reacții cutanate	– reacția Cassoni pentru diagnosticul chistului hidatic hepatic

✓ **MANIFESTĂRI DE DEPENDENȚĂ
(SEMNE ȘI SIMPTOME POSIBILE)**

Tulburări de salivare	– <i>hipersalivația</i> – ptialism, – sialoree. Saliva se revarsă în afara cavității bucale (se întâlnește în stomatite și stenoză esofagiană) – <i>hiposalivația</i> – asialie, este cauzată de deshidratare, intoxicație cu Beladonă
Disfagie	– senzația pacientului „de oprire a alimentelor” – cauze: – tumori, stricturi ale esofagului – spasm esofagian; cancer esofagian – se asociază cu dureri retrosternale, leziuni ale mucoasei, regurgitații, disfonie, scădere ponderală
Anorexie	– întâlnită în cancerul gastric, hepatic și în duodenite și gastrite – poate fi selectivă pentru carne și grăsimi

<p>Grețuri, vărsături</p>	<p>– în bolile digestive pot fi:</p> <ul style="list-style-type: none"> – precoce, după mese întâlnite în ulcerul gastric ✓ – tardive la 2–4 ore după masă în ulcerul duodenal – conținut alimentar în gastrite, boala ulceroasă – conținut alimentar vechi (alimente ingerate cu 24–48 ore înainte) în stenoza pilorică – conținut biliar – în dischineziile biliare – conținut sanguin – hematemeză – în complicațiile bolii ulceroase, cancer gastric
<p>Durere</p> <p>2</p> <p>3</p>	<p>– Localizare – epigastrică postprandială sau nocturnă întâlnită în ulcerul gástroduodenal</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ – retrosternală în bolile esofagului ✓ – hipocondrul drept în colecistită – flanc stâng, drept în cancer de colon – abdominală difuză în rectocolită ✓ – fosa iliacă dreaptă, în apendicită – supraombilical, hipocondrul stâng – în bară în pancreatită <p>– Iradiere – în spate, în ulcerul gastroduodenal</p> <ul style="list-style-type: none"> – în umărul drept, în litiaza veziculară <p>– Manifestare – ca un „pumnal” în cazul perforațiilor</p> <ul style="list-style-type: none"> – foame dureroasă în boala ulceroasă – de intensitate crescută – colică, biliară, apendiculară, intestinală <p>– Ritmicitate – marea periodicitate (durerea apărută toamna și primăvara)</p> <ul style="list-style-type: none"> – mica periodicitate (imediat după mese sau la 2–4 ore) în ulcer gastric sau duodenal <p>✓ – Factori care ameliorează durerea:</p> <ul style="list-style-type: none"> – alimentația în boala ulceroasă – eliminarea scaunului în colite – tenesme, senzație imperioasă de defecare întâlnite în procesele rectosigmoidiene
<p>Regurgitație</p>	<p>– reflux alimentar din esofag sau stomac, în cavitatea bucală</p> <ul style="list-style-type: none"> – este însoțit de arsură retrosternală – survine mai frecvent în hiperaciditate gastrică
<p>Eructație</p>	<p>✓ – evacuarea pe gură a gazelor din stomac sau din esofagul inferior. Este întâlnită în aerofagie, la persoanele care mănâncă repede</p>
<p>Pirozis</p>	<p>✓ – arsură retrosternală care uneori înlocuiește durerea are caracter ritmic și periodic (cauza fiind hiperaciditatea)</p>
<p>Meteorism</p>	<p>– acumularea gazelor în intestin, este întâlnită în colite, colecistite, ciroză hepatică</p>

Diaree sau constipatii	<ul style="list-style-type: none"> - diaree acută de cauze infecțioase, cronică întâlnită în colita ulceroasă - perioade alternante de diaree și constipație întâlnite în cancerul de colon - constipația determinată: <ul style="list-style-type: none"> - repaus prelungit la pat - procese stenozante – cancer de colon - afecțiuni anale – hemoroizi - ca efect secundar al unor medicamente - Tenesme rectale
Melenă	- hemoragie digestivă superioară exteriorizată prin scaun, întâlnită în ulcerul hemoragic, ciroză hepatică cu varice esofagiene (scaun negru lucios ca păcura)
Rectorație	- hemoragie la nivelul ultimei porțiuni a tubului digestiv. Sângele este roșu și acoperă scaunul.

ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU AFECȚIUNI DIGESTIVE TRATATE MEDICAL

INGRIJIREA PACIENTULUI CU STOMATITĂ

Stomatitele sunt inflamații ale mucoasei bucale. Ele apar din cauze diferite: infecții virale sau bacteriene, în cursul unor boli (pelagra, scorbut, leucemie), în intoxicații cu plumb, mercur și arsenic.

Culegerea datelor	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>circumstanțe de apariție:</i> <ul style="list-style-type: none"> - persoane care au în antecedentele personale pelagra, leucemie - persoane cu carențe vitaminice și scădere a imunității - persoane care lucrează în industria vopselelor, lacurilor, în medii cu arsenic, mercur ● <i>manifestări de dependență:</i> <ul style="list-style-type: none"> - alterarea mucoasei cavității bucale, roșeață, ulceratii, leziuni necrotice - arsură în cavitatea bucală - dureri la masticatie, la deglutiție - salivatie abundentă - miros neplăcut al gurii - gingivoragii - uneori febră și alterarea stării generale
--------------------------	--

Obiective	<ul style="list-style-type: none"> - pacientul să prezinte stare de bine - pacientul să se poată alimenta și hidrata fără dificultate - pacientul să prezinte temperatura corporală în limita normală
Problemele pacientului	<ul style="list-style-type: none"> - alterarea integrității mucoasei bucale - alterarea confortului fizic - risc de suprainfecții
Intervenții	<ul style="list-style-type: none"> - efectuează spălături bucale, gargarisme, cu apă bicarbonată 2-3% sau infuzie de mușețel în stomatita ulceroasă sau badijonări cu ZnCl₂ 5%, în stomatita infecțioasă - hidratează pacientul cu lichide prin tub de sucțiune în primele zile de boală - alimentează pacientul cu piureuri, supe pasate, iar în zilele următoare, recomandă pacientului alimentație completă, la temperatura corpului, fără condimente - educă pacientul să excludă factorii care favorizează alterarea integrității mucoasei bucale (alcoolul, fumatul, protezele dentare neadaptate) - verifică înțelegerea sfaturilor - administrează tratamentul antiinfecțios recomandat de medic - respectă măsurile de prevenire a suprainfecțiilor (veselă și tacâmuri proprii, obiecte de toaletă individuale) - utilizează instrumentar de unică folosință în aplicarea tratamentelor locale - supraveghează și notează temperatura corporală, informând medicul în cazul modificărilor acesteia

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU BOALĂ ULCEROASĂ

Boala ulceroasă este o ulceratie pe stomac (pe mica, marea curbură, antrul piloric) pe porțiunea inferioară a esofagului sau pe duoden. Boala interesează întregul organism. Ulcerația e favorizată de secreția gastrică crescută de HCl și aproape întotdeauna de infecția locală cu *Helicobacter pylori*.

Este cea mai frecventă boală digestivă, fiind corelată cu condițiile geografice (zone industrializate) și condițiile de stres.

Localizarea ulcerului pe duoden este mai frecventă decât localizarea gastrică.

<p>Culegerea datelor</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>circumstanțe de apariție:</i> <ul style="list-style-type: none"> – persoane cu orar neregulat de alimentație, exces de condimente, alcool și tutun – persoane cu teren ereditar – persoane cu stres fizic și psihic – persoane cu tratamente cronice cu aspirină, corticoizi, antiinflamatoare nesteroidiene – frecvența mai mare la bărbați – incidența maximă la persoanele cu vârsta între 55–60 ani, pentru localizarea gastrică a ulcerului ● <i>manifestări de dependență (semne și simptome):</i> <ul style="list-style-type: none"> – durere epigastrică care apare la 2–3 ore după mese (mica periodicitate), care se calmează după alimentație – durerea apare în pusee dureroase, toamna și primăvara (marea periodicitate), urmate de perioade de remisiune – pirozis – vărsături postprandiale – scădere ponderală – astenie
<p>Problemele pacientului</p>	<ul style="list-style-type: none"> – disconfort abdominal cauzat de durere – anxietate – deficit de volum lichidian – risc de complicații: <ul style="list-style-type: none"> – hemoragie digestivă superioară (hematemeză și/sau melenă) – perforație – stenoză pilorică – malignizare (îndeosebi pentru ulcerul gastric)
<p>Obiective</p>	<ul style="list-style-type: none"> – pacientul să prezinte stare de confort fizic și psihic – prelungirea perioadelor de remisiune – pacientul să se alimenteze corespunzător perioadei de evoluție a bolii, nevoilor sale calitative și cantitative – pacientul să fie conștient că prin modul său de viață, de alimentație, poate preveni apariția complicațiilor

Intervenții

Asistenta:

- asigură repausul fizic și psihic al pacientului (12-14 ore/zi repaus la pat, repaus obligatoriu postprandial) în perioada dureroasă
- asigură dieta de protecție gastrică individualizată în funcție de fazele evolutive ale bolii, alimentația fiind repartizată în 5-7 mese/zi, astfel:
 - în faza dureroasă – supe de zarzavat strecurate, lapte îndoit cu ceai, la care treptat se adaugă supă cremă de zarzavat, piure de zarzavat, sufleuri, soteuri, brânză de vaci, pâine veche, făinoase fierte în lapte și apoi – carne fiartă de pasăre sau vită
 - în faza de acalmie sunt permise: laptele dulce, făinoase fierte în lapte, ou fiert moale sau sub formă de ochi românesc, carne de vită sau pasăre fiartă sau la grătar, pâine veche de o zi, supe de zarzavat, legume sub formă de piureuri, sufleuri, biscuiți, prăjituri de casă, fructe coapte
 - următoarele alimente sunt interzise: laptele bătut, iaurtul, carnea grasă, legumele tari (varză, castraveți, fasole), pâinea neagră, cafeaua, ciocolata, supele de carne, sosuri cu prăjeli, alimente reci sau fierbinți
- pregătește pacientul fizic și psihic pentru explorări funcționale și îl îngrijește după examinare (examenul radiologic cu sulfat de bariu, fibroscopie esogastroduodenală cu biopsie, chimism gastric, recoltează materiile fecale pentru proba Adler)
- administrează medicația prescrisă respectând ritmul și modul de administrare: medicația antisecretoare înainte meselor, medicația antiacidă și alcaninizantă la 1-2 ore după mese; pentru a evita recidivele este necesară eradicarea germenului *Helicobacter pylori* prin administrarea unui antibiotic adecvat
- supraveghează pulsul, TA, apetitul, semnele de deshidratare, scaunul, greutatea corporală și le notează în foaia de observație
- face bilanțul zilnic între lichidele ingerate și cele excretate
- pregătește pacientul preoperator, când se impune necesitatea operației chirurgicale
- educă pacientul pentru a recunoaște semnele complicațiilor (scaunul melenic, caracterul durerii în caz de perforație vărsăturile alimentare cu conținut vechi în caz de stenoză pilorică)
- educă pacientul pentru a respecta alimentația recomandată și renunță la obiceiurile dăunătoare (alcool, tutun)

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU ENTEROCOLITĂ

Enterocolitele sunt inflamații simultane ale mucoasei intestinului subțire și colonului. Enterocolita infecțioasă este o inflamație a mucoasei cauzată de o bacterie, de un virus sau de un parazit. Contaminarea se face prin ingestia alimentelor infectate sau prin transmisia între indivizi. →

Culegerea datelor	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>circumstanțe de apariție:</i> <ul style="list-style-type: none"> – persoane care au consumat alimente contaminate cu <i>Proteus salmonella</i> și <i>Shigella Escherichia coli</i> ● <i>manifestări de dependență:</i> <ul style="list-style-type: none"> – greață, inapetență, cefalee, neliniște – dureri abdominale, balonare, vărsături alimentare – scaune lichide sau sangvinolente 5–10–30/zi – tenesme, febră, frisoane
Problemele pacientului	<ul style="list-style-type: none"> – deshidratare – disconfort abdominal – hipertermie – riscul răspândirii infecției
Obiective	<ul style="list-style-type: none"> – pacientul să fie echilibrat hidroelectrolitic – pacientul să prezinte stare de confort fizic – pacientul să prezinte temperatura corporală în limitele normale – pacientul să nu devină sursă de infecție pentru alte persoane
Intervenții	<p>Asistenta:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 – asigură repausul fizic și psihic al pacientului 2 – menține igiena tegumentelor, a lenjeriei 3 – reechilibrează hidroelectrolitic pacientul prin regim hidric 24–48 ore (apă și zeamă de orez); apoi regim alimentar de tranziție: orez fiert în apă, supă de zarzavat sărată, brânză de vaci, carne fiartă, pâine prăjită, ou fiert moale, piureuri, soteuri; după 8–10 zile se pot introduce laptele și mezelurile 4 – supraveghează scaunul – frecvența, consistența 5 – recoltează scaunul pentru examenul bacteriologic, sânge pentru cercetarea ionogramei 6 – supraveghează semnele de deshidratare: piele uscată, oligurie, tahicardie și HTA 7 – supraveghează durerile abdominale și caracteristicile lor 8 – recomandă pacientului poziția antalgică pentru diminuarea durerilor 9 – administrează tratamentul antispastic și antiinfecțios recomandat de medic 10 – respectă măsurile de prevenire a infecțiilor nosocomiale

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU RECTOCOLITĂ HEMORAGICĂ

Rectocolita hemoragică este reprezentată de existența unor leziuni cu caracter ulcerativ purulent localizate în regiunea rectosigmoidiană, dar în 30% din cazuri, poate cuprinde colonul în întregime. Boala evoluează în pusee, cu perioade de liniște relativă. Îngrijirea intraspitalicească se asigură în timpul puseelor acute.

Culegerea datelor	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>circumstanțe de apariție:</i> <ul style="list-style-type: none"> – persoane cu vârste cuprinse între 24–45 ani – etiologie neprecizată – frecvent boală familială ● <i>manifestări de dependență:</i> <ul style="list-style-type: none"> – scaune diareice, până la 20/zi, de cele mai multe ori mucosanguinolente – dureri abdominale, tenesme, jenă permanentă în regiunea anorectală – febră, scădere ponderală – astenie, paloare
Problemele pacientului	<ul style="list-style-type: none"> – alterarea eliminărilor intestinale – disconfort abdominal – hipertermie – deshidratare – anxietate – risc de alterare a stării generale, cauzată de hemoragii și perforații ale colonului
Obiective	<ul style="list-style-type: none"> – pacientul să prezinte stare de bine fizic – pacientul să prezinte eliminări intestinale normale – pacientul să fie echilibrat hidroelectrolitic și să aibă o alimentație de cruțare a intestinului în fazele acute – să diminueze anxietatea pacientului, să se prelungească perioadele de liniște
Intervenții	<p>Asistenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> – asigură repausul fizic și psihic al pacientului în perioadele evolutive – pregătește pacientul pentru examenul endoscopic și radiologic și-l îngrijește după examinare – asigură alimentația pacientului; în perioadele acute – regim hidric, apoi supe de zarzavat îmbogățite cu griș și orez, brânză de vaci, ouă moi, carne fiartă, piure de morcovi, sarea fiind permisă – în caz de denutriție, regimul este hipercaloric

- reechilibrarea hidroelectrolitică se realizează prin transfuzii de sânge integral sau plasmă hidrolizată de proteine, soluție Ringer
- supraveghează scaunul pacientului și caracteristicile acestuia, și notează în foaia de temperatură
- monitorizează pulsul, TA, le notează în foaia de temperatură
- evaluează semnele de deshidratare și informează medicul când constată prezența lor
- recoltează sânge, materii fecale, urină, pentru examenele de laborator
- administrează medicația prescrisă antiinflamatoare, antiinfecțioasă, simptomatică (corticoterapie, salazopirină, antispastice) și urmărește efectele acestora
- aplică tratamentul radioterapic când acesta este recomandat, ca și tratamentul local – clisme medicamentoase cu cortizon, tanin
- furnizează pacientului cunoștințele necesare pentru îngrijirea sa la domiciliu, care să asigure prelungirea perioadelor de liniște
- pregătește pacientul pentru intervenția chirurgicală, când se impune necesitatea acesteia
- psihoterapia este foarte utilă pentru a diminua anxietatea pacientului

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU CIROZĂ HEPATICĂ

Ciroza hepatică este o suferință cronică a ficatului, cu evoluție progresivă, caracterizată prin dezorganizarea arhitecturii hepatice, țesutul conjunctiv structurându-se în benzi de scleroză. Hepatitele acute cu virus B și C pot determina hepatite cronice, care apoi degenerază în ciroza hepatică.

Culegerea datelor

- *circumstanțe de apariție:*
 - persoane cu hepatită virală tip B, C, D în antecedente
 - persoane consumatoare de alcool
 - persoane cu tulburări metabolice (diabet zaharat, supra- și subalimentație)
 - persoane tratate cu medicație hepatotoxică
 - suferinzi ai unor obstrucții cu infecții în teritoriul căilor biliare, care determină proliferarea țesutului conjunctiv
 - femeile la menopauză, tinerii, cauzele fiind necunoscute
- *manifestări de dependență:*
 - în perioada de debut: fatigabilitate, depresie, scăderea capacității de efort, inapetență, grețuri, balonare postprandială

	<ul style="list-style-type: none"> - în perioada de stare: stelute vasculare, eritem palmar, limbă lucioasă roșie, icter, edeme, ascită, scădere marcată în greutate, ginecomastie, somnolență, comă (encefalopatie portală)
Problemele pacientului	<ul style="list-style-type: none"> - disconfort abdominal - deficit de volum rahidian - lipsa autonomiei în îngrijirile personale - risc de alterare a integrității tegumentelor - risc de complicații: - ascita - hemoragii epistaxis - hemoragie digestivă superioară - comă hepatică
Obiective	<ul style="list-style-type: none"> - pacientul să prezinte stare de confort fizic și psihic - pacientul să se poată alimenta, să-și mențină starea de nutriție și echilibrul hidroelectrolitic - tegumentele să fie curate, integre, fără leziuni de grataj - pacientul să cunoască modul de viață, de alimentație, să se poată autoîngriji - pacientul să fie ferit de complicații
Intervenții	<p>Asistenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - asigură repausul la pat 16-18 ore/zi în decubit dorsal sau în poziția adoptată de pacientul cu ascită masivă, care să-i faciliteze respirația - reduce la maxim efortul fizic al pacientului prin deservirea acestuia la pat, pentru a-i conserva energia - menține igiena tegumentară, a lenjeriei și a mucoaselor; îngrijește cavitatea bucală, îndeosebi în caz de gingivoragie și gust amar - recoltează sânge, urină, pentru examenul de laborator în vederea evaluării funcției hepatice - supraveghează scaunul, urina (cantitatea și culoarea), icterul tegumentar, greutatea corporală și le notează în foaia de temperatură - hidratează, pe cale orală, pacientul când este permis, și pe cale parenterală în celelalte situații, cu soluții de glucoză tamponată cu insulină - alimentează pacientul cu produse lactate, zarzavaturi, fructe fierte, coapte, supe, piureuri de zarzavat. Alimentele sunt desodate

	<ul style="list-style-type: none"> - educă pacientul și antrenează familia pentru a respecta alimentația și normele de viață impuse, în funcție de stadiul bolii - respectă normele de prevenire a infecțiilor nosocomiale, având în vedere receptivitatea crescută a pacientului la infecții - pregătește pacientul și materialele necesare pentru puncția abdominală exploratoare sau evacuatoare (dacă este cazul) și îngrijește pacientul după puncții - supraveghează comportamentul pacientului și sesizează semnele de agravare a stării sale, sesizează apariția semnelor de insuficiență hepatică - administrează medicația hepatoprotectoare, corticoterapia și medicația calmantă a pruritului, când este cazul - pregătește pacientul în vederea intervenției chirurgicale pentru transplant hepatic, la indicația medicului.
--	---

ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU AFECȚIUNI ALE CĂILOR BILIARE

Angiocolecistitele sunt inflamații ale căilor biliare extrahepatice și/sau intrahepatice fără afectarea vezicii biliare.

Colecistitele sunt inflamații ale vezicii biliare acute sau cronice.

Diskineziile biliare sunt tulburări funcționale ale căilor biliare extrahepatice cu sau fără modificări organice locale. Se pot manifesta sub formă de hiper- sau hipokinezie.

Culegerea datelor	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>circumstanțe de apariție:</i> <ul style="list-style-type: none"> - incidența maximă la femeie între 30-50 ani care prezintă malformații congenitale, litiază biliară - paciente cu tulburări neuroendocrine ● <i>manifestări de dependență:</i> <ul style="list-style-type: none"> - în angiocolecistită, febră 39-40°C, frison, dureri colicative, subicter sau icter la 1-2 zile după debut - în colecistitele acute - frison, febră 39-40°C, stare generală alterată, durere intensă în hipocondrul drept, cu iradiere în umărul drept sau în spate, vărsături biliare, icter - în diskinezia biliară hipokinetică - grețuri, vărsături biliare, constipații, depresii, inapetență, senzație de plenitudine în hipocondrul drept - în diskinezia biliară hiperkinetică - dureri repetate sub formă de colici în hipocondrul drept
--------------------------	--

Problemele pacientului	<ul style="list-style-type: none"> – alterarea confortului – hipertermie – risc de deshidratare – anxietate
Obiective	<ul style="list-style-type: none"> – ameliorarea confortului fizic și psihic al pacientului – echilibrarea hidroelectrolitică – combaterea hipertermiei
Intervenții	<p>Asistenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> – asigură repausul fizic, psihic și alimentar în perioada acută a bolii – supraveghează vărsăturile cantitativ și calitativ și notează în foaia de temperatură – reechilibrează hidroelectrolitic pacientul cu perfuzii intravenoase cu ser fiziologic, glucoză 5%, bicarbonat de sodiu, după datele ionogramei – asigură alimentația: în perioadele dureroase – regim hidric îmbogățit cu făinoase, supe de zarzavat, apoi brânză de vaci, carne fiartă de pui sau de vită. În perioadele de liniște sunt contraindicate alimentele grase: carnea, șunca, mezelurile, prăjelile, conservele – pregătește pacientul pentru examenele radiologice și ecografice în vederea stabilirii diagnosticului. Examenul radiologic și tubajul duodenal se fac după ce au cedat fenomenele acute – recoltează sânge pentru examene de laborator: VSH, hemograma, bilirubina – administrează tratamentul antispastic (papaverină, scobutil, atropină), antiemetic și antiinfecțios neopiaceu (ampicilină, gentamicină) prescris de către medic – supraveghează durerea, notând caracteristicile ei și mijloacele nefarmacologice (punga cu gheață) folosite pentru diminuarea ei (<i>vezi protocolul pentru observarea durerii</i>) – monitorizează temperatura corporală, pulsul și tensiunea – instruește pacientul privind regimul de viață după externarea din spital, îl învață să-și prepare alimentele numai prin tehnici simple (fierbere, frigere, înăbușire) și să evite excesele alimentare – pregătește psihic, pacientul în vederea actului chirurgical, atunci când medicul hotărăște această conduită terapeutică

Protocol pentru observarea durerii/24 h

Diagnosticul medical: colecistită acută

Data: 26 februarie 1995		IDENTIFICAREA PACIENTULUI: B. M. Fem. 45 ani															
ORA	INTENSITATEA DURERII PE ZONE ȘI LA EFORT				DURERE GLOBALĂ	MĂSURI PENTRU DIMINUAREA DURERII MANIFESTĂRI ÎNSOTITOARE										APRECIERI	
	A	B	C	D		Ridicare	Întoarcere	Masaje	Activitate de distragere a atenției	Administrare de antispastice și analgezice	Schimbarea poziției	Alte ajutoare	Vărsături	Astenie	Transpirații reci		IV Febră
10.00	■									■	■						Durerea s-a diminuat după administrarea de algocalmin și schimbarea poziției
12.00	■								■	■	■						Diminuarea durerii după 16 min. de la întoarcere și de la distragerea atenției
12.30		■								■	■						Administrare de analgezice. Eficiență 3 ore.
15.30			■														Ușoare dureri la ora 15.30
18.30			■							■	■						După efortul de mers la grupul sanitar, durerea s-a accentuat
24.30			■														Durerea s-a accentuat, ceea ce a determinat administrarea de algocalmin
5.00			■														Bolnava a dormit între orele 1.00-5.00 prezintă dureri ușoare
8.00			■														Bolnava a luat micul dejun, durerea s-a ameliorat pentru 15-30 min.
10.00			■														După administrarea de algocalmin durerea s-a diminuat.

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU PANCREATITĂ ACUTĂ

Pancreatita acută reprezintă inflamația acută a pancreasului. Enzimele eliberate interstițial provoacă autolezarea pancreasului. Evoluția este variabilă și, inițial, dificil de prevăzut. Forma acută catarală survine în cursul bolilor infecțioase. Cea mai severă este forma hemoragică necrotică, care este deseori letală.

Culegerea datelor	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>circumstanțe de apariție:</i> <ul style="list-style-type: none"> – persoane cu afecțiuni ale căilor biliare, în special calculi biliari – alcoolici – persoane care prezintă infecții (parotidită epidemică, hepatită virală) – persoane cu traumatisme pancreatice – persoane care au efectuat colangiogramă pancreatografie endoscopică – pacienții tratați cu glucocorticoizi ● <i>manifestări de dependență, semne și simptome:</i> <ul style="list-style-type: none"> – debut brusc, cu dureri violente, constante, în abdomenul superior, deseori în centură, iradiind în spate – grețuri, vărsături, meteorism abdominal – retenție de fecale și gaze – febră, tahicardie – rareori ascită, revărsat pleural
Problemele pacientului	<ul style="list-style-type: none"> – disconfort abdominal – alterarea eliminării intestinale – risc de deshidratare – hipertermie – risc de șoc hipovolemic
Obiective	<ul style="list-style-type: none"> – să se amelioreze durerile abdominale – pacientul să fie echilibrat hidroelectrolitic – pacientul să prezinte eliminări intestinale normale
Intervenții	<p>Asistenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> – asigură repaus la pat post alimentar și de lichide – aplică punga cu gheață în regiunea epigastrică – aplică la indicația medicului, substituția volemică parenterală (glucoză 5%, soluție Ringer)

	<ul style="list-style-type: none"> - reia alimentarea pe cale naturală după 3-10 zile de la încetarea durerilor, cu 400-500 ml ceai/24 ore, supă de zarzavat strecurată, biscuiți, apoi regimul se îmbogățește treptat, cafeaua, alcoolul, grăsimile fiind interzise - administrează tratamentul prescris antialgic, antiinflamator, antihemoragic, antienzimatic - urmărește raportul ingestia/excreta - monitorizează semnele vitale, presiunea venoasă centrală - instalează sonda vezicală permanentă și urmărește diureza - introduce sonda gastrică pentru aspirație continuă - recoltează produse (sânge, urină) pentru cercetarea glicemiei, amilazemiei, ureei, creatininei, testelor de coagulare și amilazuriei - pregătește pacientul pentru ecografie, radioscopie toracică - pregătește pacientul pentru intervenția chirurgicală, dacă medicul decide aceasta - educă pacientul să evite prânzurile copioase, alcoolismul, să combată obezitatea și să facă tratamentul corect în cazul tuturor infecțiilor
--	--

**PARTICULARITĂȚI PRIVIND PREGĂTIREA PREOPERATORIE
ÎN INTERVENȚIILE CHIRURGICALE
ASUPRA APARATULUI DIGESTIV**

T. CHI
GEN

Probleme	<ul style="list-style-type: none"> - durere - grețuri, vărsături, stare de denutriție (cancer esofagian, gastric, stenoză pilorică) - stare de disconfort determinată de icter, prurit (colecistită litiazică) - eliminări sanguine sub formă de hematemeză, melenă sau rectoragie - constipație alternând cu diaree - disconfort anal (senzație de golire incompletă a rectului după scaun) în cazul hemoroizilor - risc de dezechilibru hidroelectrolitic, anemie
-----------------	--

Obiective	<ul style="list-style-type: none"> → pacientul să aibă stare de bine psihic și fizic → pacientul să fie informat asupra necesității actului operator și să-l accepte – să fie echilibrat respirator și circulator – să nu prezinte semne de deshidratare → să aibă o bună pregătire preoperatorie
Intervenții	<ul style="list-style-type: none"> – pentru pacienții denutriți, cu dezechilibru hidroelectrolitic și volemic (neoplasm, stenoză pilorică, abdomen acut, <u>HDS</u>): → reechilibrare hidroelectrolitică cu produse recomandate în funcție de natura pierderilor × – recoltarea produselor pentru examene de laborator (sânge, urină) – notarea zilnică a bilanțului ingesta/excreta, în funcție de care medicul stabilește reechilibrarea hidroelectrolitică – golirea tubului digestiv: → în intervențiile pe intestinul gros se recomandă: → 4–6 zile regim alimentar nefermentescibil iar cu o zi înainte de intervenție, regim hidric → administrare de purgative și clismă evacuatoare înaltă – dezinfecția intestinului se va face cu chimioterapice – în intervențiile pe stomac, duoden, apendice, colecist cu o zi înaintea operației regim hidric, cu 12 h înainte se întrerupe alimentația, seara și dimineața se fac clisme evacuatoare. → în stenoza pilorică, cu trei-patru zile înaintea operației se fac <u>spălături gastrice</u> – pregătirea locală în cazul fistulelor biliare, intestinale pentru reintervenție chirurgicală: constă în spălarea tegumentelor din jur, urmate de pansament protector timp de două-trei zile înaintea intervenției

**PARTICULARITĂȚI DE ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII
ÎN INTERVENȚIILE CHIRURGICALE
PE TUBUL DIGESTIV ȘI GLANDELE ANEXE**

Probleme	<ul style="list-style-type: none"> → durere – imobilitate – alimentație inadecvată în deficit – anxietate – risc de complicații: vărsături, balonare, sughiț, complicații pulmonare, eviscerație, tromboflebită
-----------------	--

<p>Obiective</p>	<ul style="list-style-type: none"> - pacientul să prezinte „stare de bine”, fără dureri ➤ <u>să fie echilibrat hidroelectrolitic, respirator și circulator</u> ➤ <u>să-și recapete independența în mobilizare, să aibă o bună postură</u> - pacientul să se poată alimenta pe cale naturală ➤ <u>plaga operatorie să se vindece fără complicații</u>
<p>Intervenții</p>	<ul style="list-style-type: none"> - poziția pacientului după actul chirurgical este decubit dorsal, în seara zilei 0—poziție Fowler ➤ <u>mobilizarea pacientului se face precoce, pasiv și apoi activ pentru a preveni tromboflebita (se începe cu mobilizarea în pat apoi în poziție șezând, pacientul ajutându-se de agățatoarele fixate la pat).</u> - alimentația postoperatorie se reia în funcție de segmentul operat: <ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>intervențiile pe esofag – alimentația este parenterală, timp de câteva zile, se reia cu regim hidric, apoi semiconsistent, iar după 14 zile se ajunge la o alimentație completă</u> - intervențiile pe stomac – primele două zile alimentație pe cale parenterală, a treia zi regim hidric – (o linguriță de ceai la 1–2 ore), a patra zi se mărește cantitatea de ceai, se adaugă supă strecurată de zarzavat, în a cincea zi se introduce iaurtul, brânza de vacă, oul fiert moale, pâinea. După o săptămână alimentație completă pentru operația de ulcer - intervențiile pe intestinul subțire – apendicectomie în ziua 0 alimentație pe cale parenterală, începând cu ziua 1 se reia alimentația treptat – regim hidric, hidrozaharat, lactat, în 5 zile se ajunge la alimentație completă - intervențiile pe intestinul gros – o săptămână dietă hidrică fără reziduuri alimentare: ceai, supă strecurată după care se trece la alimente semisolide - în colecistectomie alimentația se reia ca și în boala ulceroasă, excluzându-se grăsimile ➤ <u>intervenții pentru combaterea unor complicații mai frecvente în intervențiile chirurgicale pe tubul digestiv:</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>în caz de vărsături – se evacuează staza gastrică prin sondă, după care se face spălătură cu presiune redusă. Pe cale injectabilă se administrează Torican</u> - în caz de balonare se introduce tubul de gaze 20–30 minute sau se administrează Miostin intramuscular - în caz de sughit se aplică pungă cu gheață în regiunea epigastrică sau se injectează iv 20–60 ml de soluție hipertona de NaCl (20%)

– pentru prevenirea complicațiilor pulmonare se face mobilizarea precoce, gimnastică respiratorie. Preoperator se vor trata infecțiile pulmonare existente

✗ eviscerația (se poate produce la sfârșitul primei săptămâni postoperatorii datorită tusei, strănutului, vărsăturii). Se previne prin comprimarea plăgii cu mâna în timpul acestor acte.

– îngrijirea plăgii operatorii ca și în alte tipuri de intervenții chirurgicale. De menționat tubul Kerr se scoate din coledoc la 12 zile de către medic în colecistectomie. În colostomie îngrijirea este descrisă în „Ghid de nursing“

– în intervențiile de hemoroizi se schimbă primul pansament sub anestezie, fiind foarte dureros. După fiecare scaun și până la vindecare pacientul va face baie de șezut pentru igienă și confort

– educația pacientului pentru a păstra regimul alimentar la domiciliu în caz de gastrectomie, colecistectomie, gastrostomă și colostomă (vezi „Ghid de nursing“) și „Tehnici de evaluare și îngrijiri acordate de asistenta medicală“.

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU ABDOMEN ACUT CHIRURGICAL NETRAUMATIC

Abdomenul acut chirurgical netraumatic este reprezentat de totalitatea durerilor abdominale intense și de durată cu debut brusc însoțite de tulburări locale și generale care necesită intervenție chirurgicală de urgență (apendicita acută, ulcer gastric și duodenal perforat, ocluzie intestinală, colecistită acută, pancreatită acută, litiază veziculară, peritonită acută, sarcină ectopică).

Culegerea datelor

● circumstanțe de apariție:

✗ alimentație bogată în grăsimi, mese copioase, pancreatită acută, colecistită acută

– eforturi fizice mari

– persoane cu antecedente personale de boală ulceroasă, litiază biliară, dureri abdominale, femei cu amenoree

● manifestări de dependență (semne și simptome)

✗ dureri – continue progresive – în inflamații (apendicită, colecistită, pancreatită, peritonită)

✗ dureri colicative cu intervale nedureroase între ele (colică litiazică, ileus mecanic)

– dureri supraacute cu ameliorare de câteva ore, apoi se asociază cu semne de peritonită în infarctul mezenteric

– iradierea durerii poate fi în umărul drept, în colecistită sau în spate în pancreatită