

aspirator, factorii meteorologici etc.

2.3.1. Semne clinice

- *Durerea*: retrosternală sau precordială.

Caracterul durerii variază de la un bolnav la altul și este descris ca:

— o senzație de constricție sau „în gheară“

— o senzație de presiune, sau ca un corset de fier care împiedică respirația – uneori ca o simplă jenă retrosternală, o senzație de arsură, de greutate sau apăsare suportabilă. Durerea iriază în umărul și în brațul stâng în regiunea cervicală, în mandibulă. Durerea mai poate fi localizată extratoracic, în epigastru, abdomen, brațe, antebrațe, coate, pumni. De asemenea, ea poate iradia în orice regiune a toracelui, depășind în sus gâtul, iar în jos poate iradia în epigastru, hipocondrul drept sau stâng.

Cea mai frecventă localizare și iradiere a durerii sunt zonele din fig. 2.4.

- Durata durerii poate fi de la 30 de minute, până la câteva ore (48 de ore), nu cedează la nitriți, apare de obicei în repaus și determină agitația bolnavului. Durerea este însoțită de:
- anxietate extremă,
- senzație de moarte iminentă,
- greață și vărsături, mai rar diaree,
- distensie abdominală, senzație de plenitudine epigastrică,
- transpirații reci, adinamie, astenie și amețeli.

a

b

2.6.2.3. *Eficiența
resuscitării
cardio-res-
piratorii*

Eficiența ventilației artificiale și a masajului cardiac se apreciază prin:

- apariția pulsului la vasele mari (carotidă, femurală)
- dispariția midriazei, reapariția reflexului la lumină
- recolorarea tegumentului.

De aceea pulsul trebuie palpat periodic după primul minut de la începerea resuscitării cardiorespiratorii și apoi la fiecare 5 minute.

De reținut:

- Instalarea respirației poate să întârzie după ce inima își reia activitatea în urma masajului cardiac extern. De aceea respirația artificială trebuie continuată până ce bolnavul poate respira singur în mod normal.
- Chiar dacă bolnavul își reia activitatea respiratorie și cardiacă, este interzisă ridicarea lui din poziția orizontală; toate manevrele complementare (imobilizări, hemostază, injecții) și transportul se vor face în poziție orizontală și sub strictă supraveghere, pentru că în orice moment stopul cardio-respirator poate să reapară.

3.3.4. Conduita în spital

- Se fac examinări de urgență: ionogramă, rezervă alcalină, azotemie, leucocite.
- Corectarea tulburărilor hidroelectrolitice și a echilibrului acido-bazic este necesară în toate cazurile. Se va face în raport cu datele furnizate prin examenul de laborator.

- În ocluzia mecanică, atunci când există fenomene de strangulație sau de peritonită, se indică intervenția chirurgicală de maximă urgență.
- Tratatamentul chirurgical, indiferent de cauza ocluziei mecanice, trebuie să fie precedat și însoțit de tratamentul medical (rehidratare, reechilibrare) ori de câte ori sunt prezente tulburările generale mai importante.
- În ocluzia dinamică se va îndepărta cauza determinantă (dacă este stabilită).
- Se face aspirația gastrointestinală prin sondă.
- În cazul ocluziei paralitice se administrează excitante ale peristaltismului intestinal: miostin 1 fiolă i.m., clismă evacuatoare.
- În ocluzia dinamică prin spasm se administrează anti-spastice sub formă injectabilă: papaverină 4% (1 fiolă de 1 ml); scobutil (fiolă a 5 ml). Injectarea se face lent i.v. sau profund i.m.

<i>2.6.2.5. Contraindicațiile masajului cardiac extern</i>	<ul style="list-style-type: none">• leziuni grave ale peretelui toracic cu fracturi costale• hemoragie masivă intrapericardică și tamponada inimii• embolie gazoasă masivă.
<i>2.6.2.6. Alte precizări</i>	<ul style="list-style-type: none">• Masajul cardiac trebuie executat până la reluarea