

Barone creștase concurs
asistent medical în cadrul
secției chirurgie

data de 26.05.2025

I. Pancreatita acută - simptomatologică
Enumerare - 20p.

3.2.2. Simptomatologie	Simptomele și semnele sunt fruste în pancreatitele acute, edematoase și deosebit de intense, <i>dramatice</i> în pancreatitele necrotic-hemoragice. Debutul bolii este brusc. ● Durerea abdominală, cu localizare în etajul superior "în bară", cu iradiere în spate și mai rar în umeri, simulând ulcerul perforat, este simptomul principal. Este continuă, de intensitate mare. Uneori bolnavul ia poziții antalgice (flexiunea trunchiului, antebrațele pe abdomen apăsând regiunea dureroasă). ● Vărsături (alimentare, bilioase sau hemoragice). ● Meteorism. ● Tulburări de tranzit (constipație sau ileus dinamic). ● Stare de șoc în formele grave (paloare, puls mic și rapid, tensiune arterială scăzută, transpirații, extremități reci, anxietate, tahipnee). ● Semnele locale sunt sărace: — nu există contractură musculară, — uneori o ușoară apărare epigastrică, — pe abdomen apar în unele cazuri pete cianotice (în formele necrotice).
--------------------------------------	--

Bazele cizetare concurs asistent medical în cadrul secției chirurgie din data de 26.05.2025

2. Hemoragia digestivă superioară - Cauze Emulsi

3.4.1. Cauze

Cele mai importante cauze ale H.D.S.:

- *Boli ale esofagului:*
 - varice esofagiene,
 - ulcer peptic al esofagului,
 - tumori maligne și benigne,
 - sindromul Mallory-Weiss (fisura longitudinală a esofagului inferior după eforturi repetate de vărsătură),
 - diverticul esofagian, hernie gastrică transhiatală, alte cauze.
- *Boli ale stomacului și duodenului:*
 - ulcerul gastric și duodenal (cauza principală și cea mai frecventă - 80%),
 - ulcerul acut de stres,
 - gastrite hemoragice (corozive și medicamentose): acizi puternici, hidrat de sodiu, medicamente cu risc hemoragic (corticoterapie, aspirină, fenilbutazonă etc.),
 - tumori maligne și benigne ale stomacului și duodenului,
 - varice gastrice,
 - traumatisme.
- *Boli ale intestinului subțire până la unghiul Treitz.*
- *Hipertensiune portală de diverse cauze (ciroza hepatică, tromboză a venei porte etc.).*
- *Cauze generale:*
 - boli ale vaselor (hemangioame, telangiectazia Rendu-Osler),
 - boli de sânge (sindroame hemoragice prin trombocitopenie),
 - șoc grav.
- *Boli ale organelor învecinate:*
 - sânge înghițit (provenit din gură, faringe, epistaxis, hemoptizie); ruptura unui anevrism, abces, tumori etc.

3. Ocluzia intestinală - Simptome -

20 p

1.3.2. Simptomatologie

— *Durerea abdominală* apare brusc, este localizată inițial la locul leziunii, însă se generalizează repede. Este extrem de puternică atunci când ocluzia se instalează brusc (bride, volvulus, încarcerări etc.). În toate tipurile de ocluzii mecanice durerile au cel mai des caracter colicativ, intermitent, spasmodic, survenind la 10-20 de minute, fiind de intensitate extrem de vie în momentul în care musculatura intestinală se contractă și creează mișcări peristaltice prin care încearcă să învingă obstacolul.

De reținut. Dacă în plin sindrom ocluziv durerile dispar, este semn că musculatura a obosit. Este un semn rău, pentru că pot surveni complicații grave: gangrena și perforarea ansei intestinale, urmată de peritonită.

— *Vărsătura* survin de obicei după o criză dureroasă. Vărsăturile apar după o perioadă în care s-a acumulat conținutul în ansa de deasupra obstacolului, cu atât mai curând, cu cât obstacolul este situat mai sus. La început sunt formate din conținut alimentar, apoi devin bilioase și ulterior fecaloide.

— *Întreruperea tranzitului intestinal* (oprirea evacuării de materii fecale și gaze) este un simptom cardinal în ocluzia intestinală. Dacă sediul ocluziei este mai înalt, bolnavul poate avea emisiune de gaze și mai ales de materii fecale din porțiunea inferioară a intestinului;

— uneori scaune cu striuri sanguine (invaginație intestinală, infarct enteromezenteric, tumori).

— *Distensia abdominală* (meteorismul abdominal) este deosebit de marcată când obstrucția este situată la colon și îndeosebi la colonul sigmoidian.

— *Borborismele* (clopotajul intestinal). Prin percutarea peretelui abdominal - cu toată mâna - se pune în evidență un zgomot caracteristic celui pe care-l face lichidul amestecat cu aer, zgomot hidroaeric.

— *Examenul radiologic* al abdomenului făcut "pe gol" arată că intestinul este plin de gaze și de lichid intestinal. Se creează imaginea radiologică de nivele hidroaerice, în cuiburi de rândunică - gaze care plutesc deasupra lichidului.

— *Semnele generale* lipsesc în faza de debut a ocluziei. Progresiv, starea generală se alterează, tensiunea arterială scade, instalându-se șocul și toxemia gravă.

pg. 3

Ingrădirea pacientului cu afecțiuni
 ale căilor biliare - intervenția asistentului
 în managementul cazului - 20 p.

Intervenții

Asistenta:

- 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 ionogramelor
- 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, hemo-grama, 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 (vezi protocolul pentru observarea durerii)
- 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

5. Atribuțiile asistentei medicale responsabile de saloan
în activitatea de supraveghere, prevenire și limitare a
I. A. H. M.

- 20p

13. Atribuțiile asistentei medicale responsabile de saloan:

- a) implementează practicile de îngrijire a pacienților în vederea limitării infecțiilor;
- b) se familiarizează cu practicile de prevenire a apariției și răspândirii infecțiilor și aplicarea practicilor adecvate pe toată durata internării pacienților;
- c) menține igiena, conform politicilor spitalului și practicilor de îngrijire adecvate din saloan;
- d) informează cu promptitudine medicul de gardă/medicul șef de secție în legătură cu apariția semnelor de infecție la unul dintre pacienții aflați în îngrijirea sa;
- e) inițiază izolarea pacientului care prezintă semne ale unei boli transmisibile și anunță imediat medicul curant și serviciul de prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale;
- f) limitează expunerea pacientului la infecții provenite de la vizitatori, personalul spitalului, alți pacienți sau echipamentul utilizat pentru diagnosticare;
- g) semnalează medicului curant existența elementelor sugestive de infecție asociată asistenței medicale;
- h) participă la pregătirea personalului;
- i) participă la investigarea focarelor.