

VARIANTA 1

- 1. COLICA BILIARA – CAUZE
- 2. PANCREATITA ACUTA – SIMPTOMATOLOGIE
- 3. OCLUZIA INTESTINALA – SIMPTOMATOLOGIE
- 4. HEMORAGIILE DIGESTIVE SUPERIOARE – CAUZE
- 5. RESUSCITAREA CARDIO RESPIRATORIE – SEMNE CLINICE
- 6. PUNCTIA VENOASA – PREGATIREA PUNCTIEI
- 7. PARACENTEZA – DEFINIȚIE
- 8. TRANSFUZIA DE SANGE – SCOPUL
- 9. ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PE CALE ORALA – ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR
- 10. PREGATIREA PACIENTULUI PENTRU EXAMENUL RADIOLOGIC AL COLONULUI – PREGATIREA PACIENTULUI

Ex. 10 a3

3.1.1. Cauze

— Litiaza biliară este prezența de calculi în vezicula biliară sau în căile biliare intra- și extrahepatice (fig. 3.1).

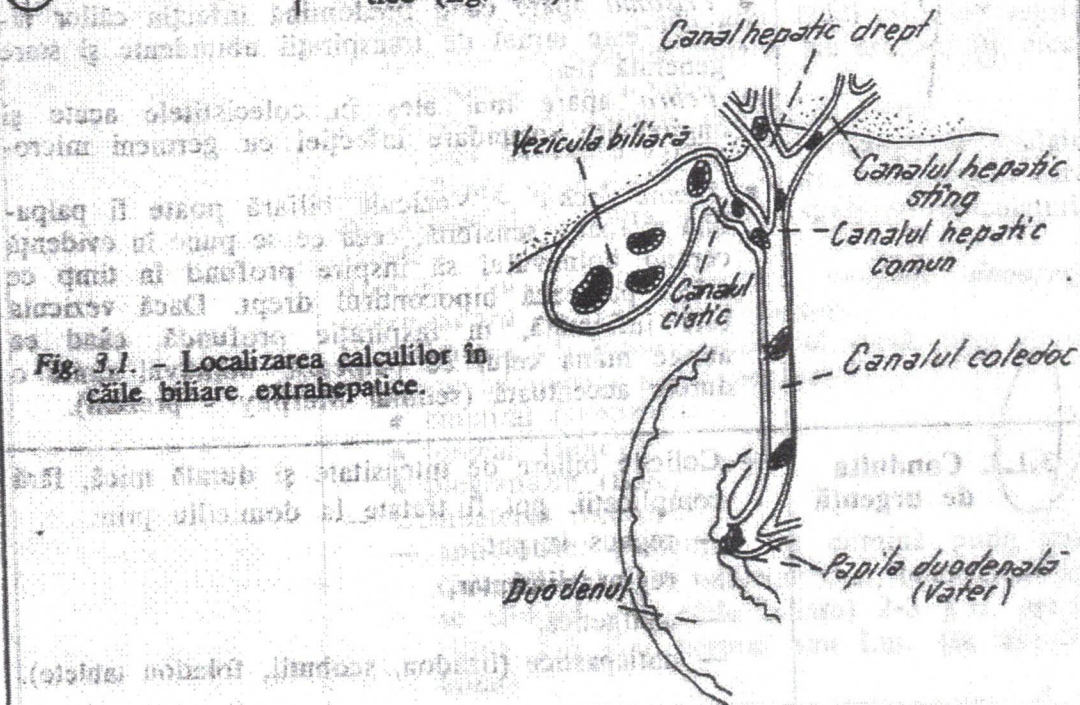


Fig. 3.1. - Localizarea calculilor în căile biliare extrahepatice.

- Colecistita acută este o inflamație cu caracter acut a peretelui colecistic (congestie, supurație, gangrenă). De cele mai multe ori survine din cauza obstrucției canalului cistic (litiază cistică) și infecției pereților veziculei biliare.
- Angiocolitele (colangite) sunt afecțiuni inflamatoare ale căilor biliare extra- și intrahepatice (când este interesat și colecistul este vorba de angio-colecistite).
- Colecistita cronică și diskineziile biliare (diskineziile biliare sunt tulburări ale motricității veziculei biliare).
- Parazitozele intraveziculare (giardia).

3.2.3. Simptomatologie

Simptomele și semnele sunt fruste în pancreatitele acute, edematoase și deosebit de intense, *dramatice* 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).

Barcu de corectare

Subiectul nr. 3 - 10p

3.3. 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. — Înteruperea 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 emburi 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.
--	--

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.

2.6.1. Semne clinice	— oprirea mișcărilor respiratorii, toracice și abdominale, — încetarea bătăilor inimii (bătăile inimii se cercetează prin auscultare, în partea stângă a toracelui, sub mamelon), — absența pulsului la artera carotidă, — paloarea externă (sau cianoza) tegumentului, — midriază, cu globii oculari imobili, — pierderea cunoștinței, — relaxarea completă a musculaturii, inclusiv a sfincterelor, ceea ce duce la pierderi necontrolate de urină și materii fecale. De reținut: înainte de a începe reanimarea cardio-respiratorie, salvatorul se va asigura foarte rapid, fără a pierde timp prețios, că nu este într-adevăr vorba de oprire cardiacă, prin:
	— controlul pulsațiilor cardiace (puls femural, carotidian), — controlul respirației: semnul oglinzii (se pune în fața buzelor oglinda, care nu se va aburi când nu există respirație); se va încerca ascultarea respirației direct, lipind urechea de toracele bolnavului; se va apropia urechea și obrazul de gura bolnavului pentru a sesiza mișcarea aerului sau se va urmări mișcarea foței de la o țigară sau a unui tifon (care nu se va mișca în caz de stop respirator), — controlul reflexului pupilar (midriază).

Barem de corectare

Subiectul nr. 6 - 10p.

**Pregătirea
puncției**

• **materiale**

- de protecție - pernă elastică pentru sprijinirea brațului, mușama, aleză
- pentru dezinfectia tegumentului tip I (vezi generalități)
- instrumental și materiale sterile - ace de 25-30 mm, diametrul 6/10, 7/10, 10/10 mm (în funcție de scop), seringi de capacitate (în funcție de scop), pense, mănuși chirurgicale, tampoane
- alte materiale - garou sau bandă Esmarch, eprubete uscate și etichetate, cilindru gradat, fiole cu soluții medicamentoase, soluții perfuzabile, tăviță renală (materialele se vor pregăti în funcție de scopul puncției)

• **pacientul**

- pregătirea psihică - se informează asupra scopului puncției
- pregătirea fizică - pentru puncția la venele brațului, antebrațului:
 - se așază într-o poziție confortabilă atât pentru pacient, cât și pentru persoana care execută puncția (decubit dorsal)
 - se examinează calitatea și starea venelor având grijă ca hainele să nu împiedice circulația de întoarcere la nivelul brațului
 - se așază brațul pe pernă și mușama în abducție și extensie maximă

- se dezinfectează tegumentele
- se aplică garoul la o distanță de 7-8 cm deasupra locului puncției, strângându-l astfel încât să oprească circulația venoasă fără a comprima artera
- se recomandă pacientului să strângă pumnul, venele devenind astfel turgescente

Barem de corectare

Subiectul nr. 7. - 10 p.

PUNCȚIA ABDOMINALĂ (PARACENTEZA)

Definiție

Puncția abdominală sau paracenteza constă în traversarea peretelui abdominal cu ajutorul unui trocar în diferite scopuri. În cavitatea peritoneală, se poate acumula lichid (ascită) care poate avea drept cauză: ● obstacole în circulația portală, ceea ce determină hipertensiune în ramurile venei porte (în ciroza hepatică, insuficiența cardiacă, tumorile peritoneale) ● inflamația (în peritonita tuberculoasă).

Suportul nr. 8 - 10p

Transfuzia de sânge

Scop	- restabilirea masei sanguine și asigurarea numărului de globule roșii necesare pentru transportul oxigenului în caz de hemoragii, anemii, stări de șoc - îmbunătățirea circulației periferice, reducerea anoxemiei și mobilizarea sângelui de rezervă al organismului - stimularea hematopoiezei - mărirea capacității de coagulabilitate a sângelui în vederea hemostazei, prin introducerea în sângele primitorului a unor noi cantități de elemente necesare procesului de coagulare, în caz de hemofilie, trombocitopenie - aport de substanțe nutritive, proteice - stimularea reacțiilor metabolice ale organismului, intensificarea schimburilor celulare - stimularea reacțiilor antitoxice și antiinfecțioase prin acțiunea sângelui transfuzat asupra sistemului reticulo-endotelial, în special când se administrează sânge de la convalescenți, după boala respectivă - corectarea imunodeficiențelor - corectarea unor deficiențe plasmatice congenitale - depurarea organismului prin înlocuirea, parțială sau totală, cu sânge proaspăt, a sângelui încărcat cu substanțe toxice (autogene sau exogene)
-------------	---

Barem de corectare

Subiectul nr. 9. - 10 p.

Adminis-
trarea
medica-
mentelor

• lichidele:

- siropuri, uleiuri, ape minerale, emulsii
- se măsoară doza unică cu paharul, ceașca de cafea
- mixturile, soluțiile, emulsiile se măsoară cu lingura, lingurița

	- tincturile, extractele se dozează cu pipeta sau sticla picurătoare Medicamentele lichide se pot dilua cu ceai, apă sau se administrează ca atare, apoi pacientul bea apă, ceai.
	• solidele: - tabletele, drajeurile se așază pe limba pacientului și se înghit ca atare. Tabletele care se resorb la nivelul mucoasei sublinguale (nitroglicerina) se așază sub limbă. - pulberile divizate în casete amilacee sau capsule cerate - se înmoaie înainte caseta în apă și se așază pe limbă pentru a fi înghițită - pulberile nedivizate - se dozează cu lingurița sau cu vârful de cuțit - granulele se măsoară cu lingurița - unele pulberi se dizolvă în apă, ceai și apoi se administrează sub formă de soluții (ex. purgativele saline)

**Pregătirea
pacientului**

- se anunță pacientul cu 2-3 zile înainte, explicându-i-se
necesitatea tehnicii, și i se administrează un regim alimentar de

212

crutare neiritant, neexcitant, nefermentescibil, neflatulent format
din: brânză de vaci, smântână, ouă fierte, carne slabă fiartă, orez
fiert, pâine uscată

- cu o zi înaintea examinării, se administrează un regim hidric cu
piureuri

- se efectuează, după masă, o clismă evacuatoare și apoi, se
administrează mai târziu două linguri de ulei de ricin (clisma
singură elimină numai resturile de materii fecale din rect și
sigmoid)

- se conduce pacientul la serviciul de radiologie; va fi ajutat să
se dezbrace și va fi așezat pe masa de examinare

- i se efectuează clisma baritată, după metoda obișnuită a clis-
melor, și se întrerupe de câte ori bolnavul are senzația de
defecare

- se întrerupe introducerea substanței de contrast când barul a
ajuns în cecum

- se închide rectul cu sonda Strauss, după însuflare cu pompă
de aer și după introducerea substanței opace

- medicul examinează radiologic modificările anatomice ale
colonului