

ORL

EXPLORAREA FUNCTIONALA A ANALIZATORULUI ACUSTICO-VESTIBULAR

A. EXAMENUL AUZULUI

Examenul functiei auditive se face cu scopul stabilirii capacitatii auditive si a sediului topografic al leziunii.

In acest sens se practica urmatoarele examinari:

-acumetrie fonica : se foloseste vocea;

-acumetrie instrumental : se folosesc ceasul , acumetrele si mai ales diapazoamele;

-audiometrie cu aparat.

1.ACUMETRIE FONICA - este explorarea functionala a capacitatii de auz folosindu-se vocea.

Prin aceasta metoda se masoara distanta la care urechea percepe distinct, in mod clar, vocea soptita.

ETAPE DE EXECUTIE:

a).Asigurarea conditiilor de examinare si pregatirea bolnavului;

-bolnavul este adus intr-o incapere cu izolare fonica;

-persoana este asezata pe un scaun, in profil cu urechea de examinat spre directia de unde vine vocea examinatorului,la distanta de 6m;

-se executa o OTOSCOPIE (inspectie- sa nu fie dop de cerumen);

-urechea cealalta se astupa cu mana.

b).Examinarea

-examinatorul pronunta cu voce soptita cuvinte bisilabice de tonalitate joasa (“noua”, ”luna”) ; de tonalitate inalta(“trei”, ”cinci”)

-daca persoana examinata nu aude, examinatorul se apropie progresiv si repeta cuvintele.

-se noteaza distanta de unde persoana repeta cuvintele.

c).Interpretarea

-vocea soptita se aude in mod normal la distanta de 6 metri;

- vocea de conversatie se aude in mod normal la 20 metri;
- cand vocea nu se aude decat sub 5 metri inseamna ca este o surditate usoara;
- cand nu se aude sub 1m vorbim de surditate accentuata.

OBSERVATIE: Prin aceasta metoda nu se poate defini tipul de surditate, ci numai gradul.

2.ACUMETRIE INSTRUMENTALA

Se efectueaza o serie de probe cu DIAPAZOANELE pentru a face diagnosticul diferential intre surditate de tip transmise si cea de tip perceptie (proba Rinne'), proba Schwabach ,proba Weber). Pentru examinare, DIAPAZONUL se pune in vibratie strangand intre police si index extremitatea libera a celor doua ramuri ale DIAPAZONULUI si eliberandu-le brusc (ca o piscatura).

Diapazonul pensat cu degetele se pune in vibratie in fata pavilionului urechii (proba Rinne'), pe mastoida (proba Schwabach) si pe vertex (proba Weber) .Se compara auditia pe cale obisnuita aeriana (timpanica) cu auditia pe cale osoasa si in acest fel se stabileste sediul leziunii, deci si tipul de surditate.

3.EXAMENUL AUDIOMETRIC

Este o metoda moderna prin care se stabilesc tipul de surditate si gradul deficientei auditive. Se efectueaza cu AUDIOMETRUL prin care se inregistreza grafic pierderile auditive pe frecvente din scara tonala. Audiometrele au posibilitatea de a inregistra, pe cale aeriana, intensitati pana la 110 decibeli. Astfel se obtin diferite curbe audiometrice.

B.EXAMENUL FUNCTIEI DE ECHILIBRU

Funcția de echilibru se controlează prin semne spontane vestibulare și probe provocate.

1.SEMNE SPONTANE

-Nistagmusul spontan (miscarea ritmica a globilor oculari, care poate fi orizontala, pe verticala sau rotatorie).

-Proba bratelor intinse (persoana examinata trebuie sa tina bratele intinse, in pozitie fixa, timp de doua minute, cu ochii inchisi). In cazul unei alterari functionale bratele deviaza pe partea labirintului in hipofunctie.

-Proba Romberg (cand bolnavul sta in pozitie verticala, cu bratele lipite de corp si picioarele apropiate, cu ochii inchisi).Exista trei posibilitati: pozitia capului nu deviaza (normal), deviaza in dreapta sau deviaza in stanga.

-Proba mersului in stea (Weil-Babinsky) : bolnavul legat la ochi si supravegheat de un ajutor face 5 pasi inainte si 5 pasi inapoi intr-o directie indicate .Daca exista o leziune labirintica, bolnavul, in loc sa urmeze o linie dreapta, va devia progresiv spre labirintul in hipofunctie.

2.SEMNE PROVOCATE

-Proba calorica (irigatia timpanului cu apa calda 40°C si apa rece 25°C; se urmaresc nistagmusul si celelalte reactii vestibulare).

-Proba rotator (bolnavul este asezat pe un scaun rotator care se invarteste cu 10 turatii in 20 secunde, apoi se opreste brusc; se masoara durata nistagmusului, care in mod normal este de 10 - 20sec.).

-Proba pneumatica cerceteaza nistagmusul prin compresiunea si decompresiunea cu un dus de aer cu para Politzer a labirintului membranos in cazul unei fistule labirintice.

-Proba electrica se face cu un curent continuu de intensitate mica.Doi electrozi inveliti in tifon se aplica, unul pe un tragus si al doilea pe celalalt tragus .La trecerea curentului electric,de la un pol la altul, la un individ normal se constata deviatia capului intodeauna spre polul pozitiv.

RECOLTAREA EXUDATULUI FARINGIAN

DEFINITIE:

Exudatul faringian este un lichid rezultat in urma unui process inflamator faringian.

SCOP-EXPLORATOR

- depistarea germenilor patogeni de la nivelul faringelui in vederea tratamentului;
- depistarea persoanelor sanatoase purtatoare de germeni .

MATERIALE NECESARE:

-De protectie: masca de tifon.

-Sterile: - spatula linguala;

- eprubeta cu tampon faringian sau ansa de platina;
- eprubete medii de cultura;
- ser fiziologic sau glicerina 15%.

- Nesterile**: -tavita renala;
- stativ pentru eprubete ;
- lampa de spirt;
- chibrituri.

PREGATIREA PACIENTULUI:

Pregatirea psihica: -se anunta si I se explica tehnica.

- Pregatirea fizica**: -se anunta sa nu manance, sa nu bea apa;
- sa nu i se instileze solutii dezinfectante in nas;
- sa nu faca gargara;
- se aseaza pacientul pe un scaun.

TEHNICA RECOLTARII

-se recolteaza inainte de administrarea antibioticelor sau sulfamidelor.

Asistenta se spala pe maini si se dezinfecteaza cu alcool;

- isi pune masca de protectie;
- invita pacientul sa deschida gura si inspecteaza fundul de gat;
- deschide eprubeta cu tamponul faringian ;
- flambeaza gatul eprubetei si o inchide cu dop steril;
- roaga pacientul sa deschida gura, apoi apasa limba pacientului cu spatula linguala si inspecteaza fundul de gat;
- cu tamponul faringian sterge depozitul de pe faringe si amigdale, dezlipeste o portiune din falsele membrane (cand este cazul);
- flambeaza gura eprubetei si introduce tamponul faringian in eprubeta care se inchide cu dopul flambat;
- la indicatia medicului, intinde produsul obtinut pe lame de sticla pentru frotiuri colorate sau insamanteaza imediat pe medii de cultura, succesiv doua eprubete din aceasi recoltare;
- se spala pe maini cu apa si sapun.

PREGATIREA PRODUSULUI PENTRU LABORATOR

- se transporta produsul la laborator evitand suprainfectarea;
- daca nu este posibila insamantarea la patul bolnavului, tamponul se umezeste in prealabil cu ser fiziologic sau glicerina 15%.

REORGANIZAREA

NOTAREA IN F.O. (foaia de observatie)

- se noteaza data recoltarii;
- numele persoanei caruia i s-a efectuat recoltarea;
- daca s-au facut insamantari sau nu.

DE STIUT!!!

- timpul scurs de la recoltare la insamantare sa nu depaseasca 5-6 ore;
- inainte de recoltare se inspecteaza regiunile de unde urmeaza sa se recolteze;
- recoltarea se face nu numai in angine ci si in alte boli care pot fi declansate de o infectie faringiana (NEFRITE, R.A.A.-reumatism articular acut).

DE EVITAT!

- imbibarea tamponului cu saliva;
- atingerea dintilor.

RECOLTAREA SECRETIEI NAZALE SI OTICE

1.RECOLTAREA SECRETIEI NAZALE (RINOREEA)

-DEFINITIE

Rinoreea este tratamentul medical ce descrie orice scurgere de materii fluide (adesea avand consistenta mucoasa) din nas.

Recoltarea se face cu un tampon mai subtire fixat pe un porttampon de sarma usor indoita, cu care se poate patrunde in nazo-faringe.

Pt. examinari virusologice, recoltarea se face fie prin suflarea puternica a nasului intr-o cutie Petri sterila, fie prin spalare nazo-faringiana.

EXECUTIE:

- recoltarea se face dimineata, dupa trezirea pacientului;
- pacientul este asezat in pozitia sezand, cu capul in extensie fortata;
- se injecteaza in fosele nazale o solutie izotonica de NaCl sterila cu ajutorul unei seringi ce se prelungeste cu un tub de cauciuc de 2-4cm;
- capatul liber al tubului taiat oblic se introduce in una din fosele nazale si se injecteaza solutia de spalatura;
- pacientul apleaca imediat capul inainte si lasa sa se scurga lichidul intr-o cutie Petri sterila;
- se trece imediat lichidul in eprubete etichetate si se trimite la laborator;
- daca se intarzie trimiterea la laborator, atunci produsul va fi asezat la gheata.

2.RECOLTAREA SECRETIEI OTICE

Secretia otica (otoreea) : este un simptom caracterizat prin scurgerea din ureche a unei secretii care poate fii seroasa, mucoasa, muco-purulenta, hemoragica etc.,in functie de patologia care a determinat-o.

Recoltarea se face, cu tamponul, sub control vizual (OTOSCOP), din conductul auditiv extern.

- flora normala a pavilionului urechii si a conductului auditiv extern este reprezentata de bacteriile ce se intalnesc pe piele;
- in etiologia otitei medii acute se intalnesc : stafilococi, streptococci, Haemophylus;
- la nou nascuti si copii se intalnesc : E.coli, Klebsiella, stafilococ, Pseudomonas etc. .

RECOLTAREA SPUTEI

DEFINITIE:

Sputa este un produs ce reprezinta totalitatea secretiilor ce se expulzeaza din caile respiratorii prin tuse.

SCOP Explorator- pt.examinari macroscopice ,citologice, bacteriologice, parazitologice, in vederea stabilirii diagnosticului.

MATERIALE NECESARE :

- sterile*: cutie Petri, pahar conic, scuipatoare speciala (sterilizata fara substanta sterilizanta);
- nesterile* : pahar cu apa, servetele sau batiste de unica intrebuintare.

PREGATIREA PACIENTULUI

- psihic* – se anunta si I se explica necesitatea executarii examinarii
- fizic* -se instruieste sa nu inghita sputa, sa nu o imprastie;
 - sa expectoreze numai in vasul dat, sa nu introduca in vas si saliva.

EXECUTIE:

- I se ofera paharul cu apa sa-si clateasca gura si faringele
- I se ofera vasul de colectare, in functie de examenul cerut
- se solicita pacientului sa expectoreze dupa un efort de tuse
- se colecteaza sputa matinala sau adunata din 24h(ore)

RECOLTAREA SPUTEI PRIN FROTIU FARINGIAN SI LARINGIAN

- se umezeste tamponul de vata cu apa distilata sterila
- se apasa limba cu spatula
- se introduce tamponul in faringe cerand pacientului sa tuseasca
- sputa eliminata se prinde pe tamponul de vata care se introduce imediat in eprubeta sterila
- frotiul laringian se recolteaza de medic patrundand cu tamponul in laringe sub control laringoscopic.

RECOLTAREA SPUTEI PRIN SPALATURA GASTRICA

- se introduce sonda (EINHORN sau FAUCHER), in stomac, dimineata pe nemancate;
- se introduce prin sonda 200 ml apa distilata, bicarbonatata, calduta, care este evacuata imediat sau extrasa cu seringa;
- lichidul recoltat se trimite imediat la laborator, pt. ca germenii cautati, pot fi distrusi daca stau mai mult timp in contact cu mediul acid al sucului gastric;
- daca recoltarea se face pt. insamantare si lichidul trebuie trimis la alt laborator, suculet obtinut poate fi neutralizat cu bicarbonat de sodiu(Na)

RECOLTAREA SPUTEI PRIN SPALATURA BRONSICA

- se utilizeaza la pacientii cu TBC cavitara, care nu expectoreaza
- se pun in evidenta bacilli incapsulati in submucoasa, care nu apar in mod obisnuit in sputa
- se introduc in recipientul de aerosoli 5ml ser fiziologic sau 4ml solutie teofilina 3% cu 1ml sol. de stricnina 1/1000;
- pacientul inhaleaza de cateva ori prin inspiratii adanci, repetate, urmate de expiratii scurte;
- se face o scurta pauza de 4-5sec. si se repeta pana la aerosolizarea intregii cantitati de lichid;
- dupa aspiratii, pacientul incepe sa tuseasca chiar daca nu a tusit niciodata;
- sputa expectorata se recolteaza intr-un vas steril, recoltarea se repeta zilnic, in urmatoarele 4 zile, in vase separate.

PREGATIREA PRODUSELOR PT. LABORATOR

- se acopera recipientele, se eticheteaza, se trimit la laborator.

REORGANIZAREA

NOTAREA IN F.O.

SPALATURA AURICULARA

DEFINITIE:

Prin spalatura auriculara se intelege spalarea conductului auditiv extern prin introducerea unui curent de lichid.

SCOP TERAPEUTIC - indepartarea secretiilor (puroi,cerumen) ;

-indepartarea corpilor straini ajunsi in urechea externa accidental sau voluntar;

-tratamentul otitelor cronice.

MATERIALE NECESARE:

-De protectie: doua sorturi de cauciuc , musama , prosop, aleza.

-Sterile: -seringa Guyon, vata

-lichidul de spalatura la 37°C

-solutia medicamentoasa prescrisa, sol. de bicarbonat de Na 1:1000

-Nesterile : masa de tratamente, tavita renala, scaun.

PREGATIREA PACIENTULUI:

-Psihic- se anunta pacientul , i se explica scopul tehnicii.

-Fizic:

-In cazul dopului de cerumen , cu 24h inainte se instileaza in conductul auditiv extern de 3ori/zi de bicarbonat de Na in glicerina 1/20.

-In cazul dopului epidermic se instileaza solutie de Acid Salicilic 1% in ulei de vaselina.

-In cazul corpilor straini hidrofili (boabe de legume si cereale), se instileaza alcool.

-In cazul insectelor vii ,se fac instilatii cu ulei de vaselina, glicerina sau se aplica un tampon cu alcool cu efect narcotizant.

-pacientul se asaza in pozitie sezand pe scaun;

-se protejeaza cu prosopul si sortul;

-se aseaza tavita sub urechea pacientului care va tine capul inclinat spre tavita.

EXECUTIE:

Asistenta, se spala pe maini si imbraca sortul de cauciuc;

-verifica temperatura lichidului de spalatura si incarca seringa Guyon;

-solicita pacientul sa deschida gura (conductul se largeste si continutul patologic se indeparteaza mai usor);

-trage pavilionul urechii in sus si inapoi cu mana stanga, iar cu dreapta injecteaza lichidul de spalatura spre peretele posterosuperior si asteapta evacuarea;

-operatia se repeta la nevoie;

-se usuca conductul auditiv extern;

-medicul controleaza rezultatul spalaturii prin OTOSCOPIE;

-se introduce un tampon de vata in conduct;

-se aseaza pacientul in decubit dorsal 1/2-1 ora;

-se examineaza lichidul de spalatura.

REORGANIZARE:

NOTARE IN F.O. -se noteaza tehnica si rezultatul spalaturii (corpi straini extrasi etc.)

DE STIUT!!!

Pot aparea accidente ca varsaturi, ameteli, lipotimie, dureri, traumatizarea timpanului datorate presiunii prea mari sau temperaturii scazute sau crescute a lichidului de spalatura.

MANIFESTARI DE DEPENDENTA (SEMNE SI SIMPTOME)

SURDITATEA:

-Hipoacuzia - tulburarea auditivei ce consta in scaderea acuitatii auditive (vocea soptita se aude de la o distanta de sub 5m).Poate fi cauzata de dop de cerumen, otite , parotidita, meningita.

-Surditatea - tulburare a auditivei in care persoana nu aude vocea soptita nici in apropierea urechii.

-surditatea se poate instala lent sau brusc (in accidentele vasculare), la nivelul arterei auditive.

-Coforza - tulburare in care persoana nu distinge nici un sunet.

INFECTII:

-Infectiile otice , se pot localiza:

-la nivelul pavilionului urechii

-in conductul auditiv extern

-urechea medie - OTITE

-mastoida - OTOMASTOIDITA

-Infectiile rinosinuzale se pot localiza:

- la nivelul cavitatii nazale - rinite , furuncul;
- la nivelul sinusurilor - sinuzite.

-Infectiile faringoamigdaliene se pot localiza:

- infectiile faringelui si amigdalelor - Faringoamigdalita
- infectiile vegetatiilor adenoide - Adenoidita;
- infectiile laringiene- Laringite.

CORPI STRAINI

-Auriculari - hipoacuzie , acufene

-Nazal - obstructie nazala , rinoree

TULBURARI DE ECHILIBRU -apar in imbolnavirile acute ale canalelor semicirculare din labirint in cadrul infectiilor otice, rinofaringiene sau independent (sindrom Me'niere).

SEMNELE:

-VERTIJ(senzatie ca obiectele din jur se invartesc sau se deplaseaza)

- tulburari de echilibru

-hipoacuzie

- greturi si varsaturi la miscarile bruste ale capului

-neliniste.

-EPISTAXIS (hemoragie ce ia nastere in fosele nazale) , cauzata de iritatie mecanica locala sau leziuni ale vaselor mucoasei nazale, sau traumatisme ale oaselor nazale; apar si in cadrul unor boli generale HTA, Hemofilie, Avitaminoza C,K;

Semnele insotitoare sunt in functie de cantitatea de sange pierdut.

INGRIJIREA PACIENTILOR CU AFECTIUNI OTO-RINO-LARINGOLOGICE

EVALUAREA MORFO- FUNCTIONALA A ORGANELOR OTO-RINO-LARINGOLOGICE

Instrumente folosite:

-EXAMENUL AUZULUI - acumetrie fonica

-acumetria instrumentala

-examenul audiometric

-OTOSCOPIA - examenul pavilionului urechii si a conductului auditiv extern.

-NARINOSCOPIA - examineaza narinele si interiorul cavitatii nazale.

-RINOSCOPIA – metoda de investigatie a foselor nazale, folosind un speculum sau un endoscop.

-BUCO – FARINGO - SCOPIA - examenul cavitatii bucale si a faringelui.

-LARINGOSCOPIA - examenul laringelui

-indirecta

-directa - examen pt. prelevarea de tesuturi pt. examen biopsic si extragerea corpilor straini.

-RADIOGRAFIA SINUSURILOR FETEI

-EXAMEN DE LABORATOR

- secretie otica - se recolteaza in conditii de asepsie pt. examen bacteriologic

-secretie nazala

-exudatul faringian pt. examen bacteriologic

-sange:

-VSH

-leucograma

-TS (timp de sangerare)

-TC (timp de coagulare)

EXPLORAREA FUNCTIONALA A ANALIZATORULUI ACUSTICO- VESTIBULAR

A).EXAMENUL AUZULUI-Examenul functuei auditive se face cu scopul stabilit capacitatii auditive si a sediului topografic al leziunii.

-**ACUMETRIE FONICA**- cand se foloseste vocea;

-**ACUMETRIE INSTRUMENTALA**-cand se folosesc ceasurile, Acumetrele , Diapazoanele, Audiometria cu aparat.

1).-ACUMETRIA FONICA -este explorarea functionala a capacitatii de auz folosindu-se vocea.

Prin aceasta metoda se masoara distanta la care urechea poate percepe distinct (clar) vocea soptita.

-Bolnavul este adus intr-o incapere cu izolare fonica;

-Persoana esta asezata pe un scaun in profil cu urechea de examinat spre directia de unde vine vocea examinatorului la distanta de 6m;

-Se executa o OTOSCOPIE sa nu fie dop de cerumen;

-Urechea cealalta se astupa cu mana;

-Examinatorul pronunta cu voce soptita cuvinte disilabice

-de tonalitate joasa: noua, luna;

-de tonalitate inalta: trei ,cinci;

-Daca persoana examinata nu aude examinatorul se apropie progresiv si repeta cuvintele;

-Se noteaza distanta de unde persoana repeta cuvintele.

INTERPRETARE:

-**Vocea soptita** se aude in mod normal la distanta de 6m.

-**Vocea de conversatie** se aude de la 20m.

-**Cand vocea nu se aude decat sub 5m** inseamna ca este o surditate usoara.

-**Cand nu se aude sub 1m** vorbim de surditate accentuata.

2).ACUMETRIE INSTRUMENTALA

Se efectueaza o serie de probe cu DIAPAZOANELE pt. a face diagnosticul diferential intre surditate de tip Transmisie si cea de tip Perceptie.

Pt. examinare DIPAZONUL se pune in vibratie in fata pavilionului urechii si se compara auditia.

3).EXAMENUL AUDIOMETRIC stabileste: -Stilul de surditate;

-Gradul deficientei auditive.

Se efectueaza cu AUDIOMETRUL care inregistreaza grafic pierderile auditive.

Audiometrele au posibilitatea de a inregistra pe cale aeriana intensitati pana la 110dcb..Se obtin astfel diferite curbe audiometrice.

B)-EXAMENUL FUNCTIEI DE ECHILIBRU

Funcția de echilibru se controlează prin: -semne spontane;

-probe provocate.

a).Semne spontane

-Nistagmusul spontan (miscarea globilor oculari, trebuie sa mearga paralel (=));

-Proba bratelor intinse (2min.);

-Proba Romberg;

-Proba mersului in stea.

b).**Semne provocate:** proba calorica ; proba electrica; proba rotatorie; proba pneumatica.

INGRIJIREA PACIENTILOR CU AFECTIUNI ALE URECHII EXTERNE

(dopul de cerumen, corpi straini, plagi, contuzii, arsuri si degeraturi ale pavilionului urechii)

CULEGEREA DATELOR- circumstante de aparitie:

1). -Dop de cerumen - persoane cu hipersecretie a glandelor ceruminoase

-Traumatismele pavilionului- expunere la temperaturi scazute, accidente de munca, traumatisme.

MANIFESTARI DE DEPENDENTA (semne si simptome) :

-diminuarea auzului

-discomfort auricular

-ameteli

-prezenta plagilor, arsurilor, degeraturilor la nivelul pavilionului

-secretii purulente, sanguinolente la nivelul pavilionului urechii

-durere

-cicatrici vicioase cu ingustarea orificiului conductului auditiv extern.

PROBLEME:

- comunicare ineficienta senzoriala auditiva
- discomfort fizic cauzat de durere sau senzatii auditive violente (in cazul corpilor straini animati)
- risc de complicatii: infectii ale timpanului urechii medii si cicatrici vicioase.

DIAGNOSTIC DE NURSING:

- Dificultate de a comunica din cauza hipoacuziei manifestata prin colaborare ineficienta cu personalul medical.
- Risc de accident legat de prezenta vertijului manifestat prin risc de cadere.
- Discomfort din cauza durerii manifestat prin agitatie, neliniste, anxietate.

-OBJECTIVE:

- cicatrizarea plagilor, arsurilor, fara complicatii;
- pacientul sa afirme stare de bine.

INTERVENTII:

ASISTENTA pregateste materialele si pacientul pt. spalatura auriculara in vederea inlaturarii dopului de cerumen si a corpilor straini;

-aplica tratamentul in plagile pavilionului urechii (spala tegumentele sanatoase din jur cu apa calduta si sapun, le dezinfecteaza cu alcool, face dezinfectia plagii prin tamponare cu apa oxigenata, acopera plagile cu comprese uscate fixand pansamentul cu fasa);

-aplica comprese umede in solutii de rivanol 1/1000 in cazul infectarii plagilor;

-educa pacientul sa se prezinte in continuare pt. schimbarea pansamentului pana la vindecarea plagilor.

EVALUARE:

SPALATURA AURICULARA

DEFINITIE:

Prin spalatura auriculara se intelege spalatura conductului auditiv extern prin introducerea unui curent de lichid.

SCOP TERAPEUTIC:

- tratamentul otitelor cronice
- prin indepartarea secretiilor, a corpilor straini.

MATERIALE NECESARE:

- De protective** : 2 sorturi de cauciuc, musama, prosop, aleza.
- Sterile** : seringa Guyon , vata, lichid de spalatura la 37°C, sol. medicamentoasa, bicarbonat de sodiu 1/1000.
- Nesterile** : masa de tratamente, tavita renala, scaun.

TEHNICA:

- se anunta pacientul si i se explica tehnica
- se pregateste din punct de vedere fizic

In cazul dopului de cerumen:

- cu 24h inainte se instileaza in conductul auditiv extern de 3 ori/zi sol. de bicarbonat de sodiu in glicerina 1/20.

In cazul dopului epidermic:

- se instileaza sol. de acid salicilic 1% in ulei de vazelina.

In cazul corpilor straini hidrofili:

- se instileaza alcool

In cazul insectelor vii:

- Se fac instilatii cu ulei de vazelina, glicerina sau se aplica un tampon cu alcool.
- Pacientul se aseaza in pozitia sezand pe scaun;

- Se protejeaza cu prosopul si sortul;
- Se aseaza tavita sub urechea pacientului care va tine capul inclinat spre tavita.

ASISTENTA

- se spala pe maini si imbraca sortul de cauciuc;
- verifica temperatura lichidului de spalatura si incarca seringa Guyon;
- solicita pacientului sa deschida gura;
- trage pavilionul urechii in sus si inapoi cu mana stanga, iar cu dreapta injecteaza lichidul de spalatura spre peretele posterosuperior si asteapta evacuarea;
- operatia se repeta la nevoie;
- se usuca conductul auditiv extern si se controleaza rezultatul spalaturii prin OTOSCOPIE;
- se introduce tampon cu vata in conduct si se aseaza pacientul in decubit dorsal 30 min. - 1h.

2).CORPI STRAINI AURICULARI - sunt de doua categorii:

a).Corpi straini animati (care se misca): purici, plosnite, tantari, viermi, urechelnite, fluturi,muste, larve de muste , paianjeni.

b).Corpi straini neanimati: samburi de fructe, vegetale boabe de fasole, bete de chibrit , scobitori, corpi straini metalici.

SIMPTOME:

- senzatie de infundare a urechii;
- jena;
- hipoacuzie;
- acufene (vajaituri).

In cazul in care se lezeaza conductul apare:

- otalgie;
- escoriatii sau plagi;
- secretii;
- tumefiere ;
- zgomote auriculare ;
- gadilatari;
- ameteala.

INTERVENTII:

-se verifica existenta, natura sediul corpului strain cu ajutorul SPECULULUI AURICULAR;

-se face spalatura auriculara cu ajutorul seringii Guyon;

-daca extractia corpului strain nu a reusit in spalatura, bolnavul va fi trimis la serviciul ORL unde se va scoate cu o pensa.

INGRIJIREA PACIENTILOR CU OTITA

DEFINITIE:

Otita este o infectie a urechii medii care netratata in faza congestiva determina supuratia .Otomastoidita este complicatia otitei medii supurate, netratata la timp, aparand la doua – trei saptamani de la debutul otitei.

CULEGERA DATELOR:

-CIRCUMSTANTE DE APARITIE - in timpul unei faringite

- la orice varsta, mai frecvent la copii si sugari.

-MANIFESTARI DE DEPENDENTA(semne si simptome):

-IN OTITA ACUTA SUPURATA:

-durere la inceput moderata, treptat devine vie si insuportabila, iradiaza spre maxilar;

-senzatie de tensiune in ureche;

-febra 39-40°C;

-frisoane;

-hipoacuzie;

-IN OTOMASTOIDA ACUTA SUPURATA:

-durere vie in regiunea mastoidiana;

-febra;

-dispnee;

-tahicardie.

PROBLEME:

-durere;

-hipertermie;

-anxietate;

-insomnie;

-comunicare ineficienta la nivel senzorial auditiv;

-risc de complicatii: alterarea respiratiei si circulatiei, deshidratare,paralizia nervului facial.

DIAGNOSTIC DE NURSING:

- Insomnie din cauza durerii in conductul auricular manifestata prin ore insuficiente de

somn.

- Deshidratare din cauza febrei manifestata prin tegumente uscate.
- Hipertermie din cauza procesului inflamator otic, manifestat prin febra 39-40°C.

OBIECTIVE:

- pacientul sa afirme stare de bine;
- temperatura corporala sa se mentina in limitele fiziologice;
- sa se obtina vindecarea fara complicatii.

INTERVENTII:

ASISTENTA- asigura repausul la pat in perioada febrila intr-o camera linistita cu temperatura 20-22°C;

- masoara temperatura, pulsul si le noteaza in foaia de temperature (F O);
- administreaza tratamentul: cu antibiotic pe cale generala, cu simptomatice pt, combaterea febrei si a durerilor;
- face instilatii auriculare cu solutii caldute decongestive si analgetice;
- aplica instilatii nazale cu solutii dezinfectante;
- aplica comprese caldute pe regiunea mastoidiana ;
- asigura alimentatia hidrozaharata in perioada febrila, bogata in vitamine si lichide, pe care o completeaza ulterior cu alte alimente;
- pregateste pacientul si participa la punctia otica (paracenteza otica).

SCOPUL PUNCTIEI:

-EXPLORATORIE- recoltarea secretiei otice;

-TERAPEUTICA- evacuarea secretiei urmata de spalatura.

Ingrijiri ulterioare:

- Educa pacientul sa se prezinte la control (prezinta mesa pt. drenaj, este informat ca orificiul format creat se vindeca fara a afecta auditia);
- -Pregateste pacientul, cand este cazul pt., interventia chirurgicala-
ANTROMASTOIDIDECTOMIE - si il ingrijeste postoperator.

EVALUARE:

INGRIJIREA PACIENTILOR CU MASTOIDITA

DEFINITIE: Mastoida reprezinta infectia si inflamatia spatiilor de aer cuprinse in osul mastoidian.

Mastoida face parte din osul temporal al craniului .Poate fi palpata ca o proeminenta osoasa posterior si usor superior lobului urechii. Contine spatii mici pline cu aer (celule aeriene). Este conectata cu urechea medie, si astfel atunci cand exista o colectie lichidiana in urechea medie, este prezenta o cantitate mica de lichid si in spatiile cu aer din mastoid.

CAUZE:

Afectiunea se dezvolta de regula cand o otita medie acuta este netratata sau tratata necorespunzator si se extinde de la urechea medie la osul inconjurator.

Severitatea mastoidei variaza de la simpla (putin lichid ajuns in celulele aeriene ale mastoidei, in urma unei infectii a urechii medii), la complexa, atunci cand infectia invadeaza periostul osului mastoidian, la foarte grava cand este distrus chiar osul.

SIMPTOME:

- apar la zile sau saptamani dupa dezvoltarea otitei medi acute, pe masura ce infectia distruge portiunea interna a procesului mastoid;
- se pate forma o colectie de puroi (abces) in os;
- simptomele initiale ale mastoidei pot fi aceleasi cu simptomele din faza initiala infectiei urechii mijlocii;
- pielea care acopera mastoida devine eritematoasa (inrosita), inflamata si sensibilă, iar urechea externa este impisa in lateral si inferior;
- febra;
- durere in jur sau in ureche, tinde sa fie persistenta si pulsabila;
- scurgeri cremoase din ureche;
- afectarea auzului se poate inrautati progresiv.

PROBLEMELE PACIENTULUI:

- discomfort;
- risc de complicatii;
- anxietate;

-alterarea integritatii tegumentelor;

-alterarea eliminarilor.

DIAGNOSTIC DE NURSING:

-Discomfort din cauza durerii manifestat prin agitatie, neliniste.

-Anxietate legata de pierderea auzului manifestata prin agitatie, neliniste.

-Alterarea integritatii tegumentelor legata de formarea abcesului manifestata prin piele eritematoasa si scurgeri cremoase din ureche.

OBIECTIVE:

-pacientul sa fie linistit, sa nu prezinte durere;

-sa-si diminueze anxietatea la un nivel usor sau moderat;

-sa nu prezinte complicatii.

INGRIJIRI:

Asistenta, pregateste pacientul psihic si fizic pt. CT;

-recolteaza secretii purulente pt. examen bacteriologic;

-pregateste si efectueaza spalatura auriculara;

-la indicatia medicului administreaza antibiotice;

-explica pacientului complicatiile posibile ale afectiunii si importanta administrarii tratamentului indicat.

TERAPIA MASTOIDEI ACUTE:

-antibiotice folosite : Vancomicina plus Ceftriaxona sau Cefepine pt. Pseudomonas sau combinatia unei Peniciline cu un inhibitor de beta-lactamaza (ampicilina cu sulbactam);

-terapia parenterala trebuie administrata pt. cel putin 7- 10 zile;

-terapia orala poate inlocui tratamentul parenteral daca se observa ameliorari pt. un total de 4 saptamani;

-agentii orali cuprind Clindamicina plus o cefalosporina de generatia III sau Amoxicilina plus Acid Clavulanic.

TERAPIA IN MASTOIDA CRONICA:

-Tratamentul este similar cu cel al otitei cronice medii supurate, cu antibiotice topice.

Daca acesta esueaza se practica toaletarea urechii si terapie sistemica.

Alegerea empirica a antibioticelor sistemice trebuie sa actioneze asupra bacteriilor aere si anaerobe. Aproape jumatate din bacteriile anaerobe gram-negative sunt rezistente la peniciline pt. ca produc beta – lactamaza. Clindamicina, Cefotaxinul, Metronidazolul, Cloramfenicolul sau combinatia Amoxicilina si Acid Clavulanic sau Piperacilina si Tazobactam acopera bacteriile anaerobe.

-Cand este prezent Staphylococcus aureus Meticilin rezistent se va administra Vancomicina sau Linezolid.

-O aminoglicozida, cefalosporina de generatia III sau o quinolona trebuiesc indicate pt. acoperirea bacililor gram- negativi aerobi, incluzand Pseudomonas.

-Terapia orala poate inlocui pe cea parenterala si se va mentine pt.o durata de 6 saptamani.

TERAPIA CHIRURGICALA:

-Miringotomia si timpanocenteza sunt folosite de obicei pt. a obtine specimene si a ameliora discomfortul din otita medie acuta. Plaga timpanica se vindeca in cateva zile.

-In timpanostomie se plaseaza un tub care mentine membrane timpanica deschisa si permite acces la urechea medie si mastoid pt. administrarea picaturilor antibiotice, steroide sau ambeleor pt. drenaj fara probleme asupra permeabilitatii tubei Eustache.

-Mastoidectomia se efectueaza prin interiorul urechii sau in spatele urechii printr-o incizie.Chirurgul deschide osul mastoid si inlatura celulele aeriene infectate. Membrana timpanica este incizata pt. a drena urechea medie. Se vor administra picaturi antibiotice in ureche.

INGRIJIREA PACIENTILOR CU OTORAGIE

DEFINITIE: Prin otoragie se intelege scurgerea de sange prin conductul auditiv extern.

CAUZE:

-Hemoragii auriculare postraumatice rezultate din plagi taiate, intepate sau zdrobite ale pavilionului urechii;

-leziuni traumatice pe conductul auditiv extern;

-fracturi ale peretelui conductului auditiv extern in urma unor perforatii sau rupturi traumatice a timpanului;

-traumatisme cranio –cerebrale cu fracturi auriculare.

-Hemoragii auriculare din cursul bolilor infectioase: otite medii acute, otomastoidita, diverse tumori.

-Hemoragii auriculare grave survenite dupa: accidente, erodarea arterei carotide, fracturi sau leziuni prin arme de foc.

SIMPTOME: -senzatie de infundare a urechii, jena;

-hipoacuzie;

-acufene;

-durere;

-sangerare.

PROBLEME: -risc de complicatii;

-anxietate;

-alterarea eliminarilor;

-alterarea integritatii mucoaselor si tegumentelor;

-alterarea igienei personale.

DIGNOSTIC DE NURSING:

-Alterarea igienei personale din cauza hemoragiei manifestata prin tegumente si vestimentatie murdara.

-Risc de complicatii legat de hemoragie, manifestat prin pierderea echilibrului.

-Anxietate din cauza fricii de moarte, manifestata prin neliniste si agitati.

OBIECTIVE: -sa nu-i mai fie afectata igiena si vestimentatia;

-pacientul sa nu prezinte complicatii;

-pacientul sa nu mai prezinte anxietate.

INTERVENTII:

Indiferent de cauza hemoragiei vor fi respectate riguros masurile de asepsie a conductului auditiv extern si se mai tine seama de doua elemente:

- existenta sau nu a unui traumatism asupra urechii sau craniului urmat de otoragie;
- aparitia otoragiei in cursul unui proces inflamator.

Astfel in cazul otoragiilor posttraumatice se va aplica un tampon la locul hemoragiei si un pansament auricular steril si se trimite bolnavul la un serviciu ORL.

In cazul otoragiilor survenite in cursul unui proces inflamator primul ajutor este aplicarea unui pansament steril auricular si trimiterea bolnavului intr-o unitate spitaliceasca.

IN SPITAL in functie de intensitatea si cauza otoragiei se face:

- toaleta chirurgicala a plagii;
- pensarea si ligatura vasului sangerand, iar la nevoie spalatura auriculara.

IN CAZUL PROCESELOR INFLAMATORII se instileaza solutie cu glicerina si vasoconstrictoare.

- se administreaza medicatie generala: antitermice , vit.C, antibiotic, dezinfectante nazofaringiene.

IN OTORAGIILE GRAVE se face mesarea conductului cu mese imbibate cu solutii hemostatice.

TRATAMENTUL este general cu: transfuzii si hemostatice si se intervine chirurgical.

EVALUARE:

INGRIJIREA PACIENTILOR CU TUMORI ALE URECHII MEDII

-Tumorile benigne ale urechii externe provin din elementele histologice din care este format pavilionul sau conductul auditiv extern . Pe tegument putem intalni papiloame (tumori de dimensiuni mici care se dezvoltă pe suprafata tegumentului sau a mucoaselor), care necesita extirpare, iar in conductul auditiv extern apar osteoame (tumori osoase benigne), ce determina hipoacuzie numai cand devin obstruante. Osteoamele se extirpa chirurgical.

Tumorile maligne sunt destul de rare. Carcinoamele pavilionului (carcinom – tumora maligna cu originea in orice tip de tesut care contine cellule epiteliale) apar cu predilectie la barbatul varstnic si necesita extirpare. Cancerele conductului auditiv sunt de mare gravitate, pt. ca afecteaza precoce osul. Rezultatele chirurgiei sau ale radioterapiei sunt modeste.

Tumorile urechii medi

-Tumorile benigne ale urechii medii sunt foarte rare. Cea mai frecventa este tumora glomusului de jugulara, care naste pe golful (curbura) venei jugulare (tumora glomica jugulara), evolueaza la gaura rupta posterioara dar mai ales in urechea medie (tumora glomica timpanica), unde patrunde prin erodarea peretelui inferior al casei timpanului.

COLESTEATOMUL

Definitie: Colesteatomul este o tumora benigna, cauzata de o infectie cu capacitate de distrugere a structurilor osoase invecinate (asemanator cariei dentare), aparuta ca urmare a proliferarii epidermului (pielii) in interiorul urechii medii.

Colesteatomul poate constitui si o sursa de infectie al sistemului nervos central, ducand la aparitia abceselor cerebrale, meningitelor, unele avand chiar prognostic rezervat si evolutie grava.

Incidenta colesteatoamelor nu este foarte bine cunoscuta.

CULEGEREA DATELOR

Circumstante de aparitie (cauze):

a).Accidentale (dobandite) :

- introducerea unor obiecte ascutite in ureche
- lovituri peste ureche
- spalatura auriculara pt. extragerea dopurilor de ceara
- retractia membranei timpanice
- in urma timpanoplastiei
- perforare de timpan ca urmare a unei otite medii acute sau traumatism
- iatrogen (termen care desemneaza o boala determinata de rezultatul unui tratament, ca efect advers fie nedorit, fie neasteptat, inevitabil
- otita medie
- in timpul unor interventii chirurgicale.

b).Congenitala – apare ca urmare a sechestrării de tesut epitelial scuamos in interiorul osului temporal in timpul perioadei fetale.

- devine clinic manifest in primii ani ai copilăriei (6 luni – 5 ani) cu evolutie rapida.

Manifestari de dependenta (semne si simptome):

- cefalee
- tinitus (tuituri, fasait, zgomot in ambele urechi)
- durere in ureche
- ameteala, vertij
- otoree nedureroasa, ce nu dispare sau care are caracter recurent
- surgere colorata din ureche (brun galbuie, de cele mai multe ori si foarte urat mirositoare (miros fetid)
- scurgeri de puroi din ureche
- slabiciune a muschilor fetei
- modificari ale auzului – hipoacuzie (mergand pana la pierderea lui)
- etc.

PROBLEMELE PACIENTULUI

- discomfort
- risc de complicatii
- insomnie
- alterarea integritatii tegumentelor
- risc de caderi

DIAGNOSTIC DE NURSING

- Discomfort din cauza durerii , manifestat prin agitatie, neliniste.
- Insomnie din cauza durerii manifestata prin ore insuficiente de somn
- Alterarea integritatii tegumentelor din cauza scurgerilor purulente manifestata prin iritatie tegumentelor

OBIECTIVE

- pacientul sa nu prezinte durere
- sa nu apara complicatii
- sa doarma ore suficiente
- sa fie ferit de riscuri

INTERVENTII

Asistenta asigura repaus la pat intr-o camera linistita;;

-urmareste functiile vitale ale pacientului: temperatura, puls, TA si le noteaza in foia de temperatura;

-recolteaza sange pt. analize de laborator;

-administreaza tratament medicamentos la recomandarea medicului;

-pregateste pacientul preoperator, il insoteste la sala de investigatii;

-il ingrijeste postoperator ;

-educa pacientul ca dupa externare sa se prezinte la controale periodice.

EVALUARE

INGRIJIREA PACIENTULUI CU SINDROMUL MENIERE

Sindromul MENIERE apare in cadrul imbolnavirilor acute ale canalelor semicirculare din labirint, din cursul infectiilor rinofaringiene sau otice sau independent de ele. Boala MENIERE reprezinta distensia labirintului membranos prin acumulare de endolimfa.

CULEGEREA DATELOR:

-Circumstante de aparitie (cauze) :

-infectii rinofaringiene si otice;

-Manifestari de dependenta (semne si simptome) :

-tulburari de echilibru;

-ameteli;

-senzatie de zgomot in ureche (acufane);

-greturi;

-varsaturi , mai ales la miscarile capului;

-surditate de perceptie uni- sau bilateral.

PROBLEME:

-dificultate de deplasare si de mentinere a ortostatismului;

- intoleranta digestiva;
- comunicare ineficienta la nivel senzorial auditiv;
- anxietate;
- risc de complicatii - surditate.

DIAGNOSTIC DE NURSING:

Dificultate de a se misca si a avea o buna postura din cauza tulburarii de echilibru , manifestata prin imposibilitate de mentinere a echilibrului.

Anxietate din cauza surditatii, manifestata prin agitatiie , neliniste.

Risc de complicatii din cauza greturilor si a varsaturilor manifestat prin deshidratare, tegumente uscate.

OBIECTIVE:

- Pacientul sa-si pastreze o buna pozitie, sa se deplaseze fara dificultate.
- Pacientul sa-si pastreze integritatea fizica si psihica.
- Pacientul sa nu prezinte greturi si varsaturi.

INTERVENTII:

Asistenta asigura camera obscura, linistita pt. repausul pacientului;

-asigura alimentatie desodata si cu reducerea cantitatii de lichide/24h;

-administreaza medicatia recomandata pt. scaderea presiunii intralabirintice: diuretice, sulfat de magneziu 15% intravenous(i.v.) , glucoza hipertona i.v. si antivomitice;

-insoteste pacientul in micile deplasari in salon, la toaleta, protejandu-l de caderi;

-reeducu pacientul pt. mentinerea echilibrului;

-il invata sa se culce pe partea sanatoasa si sa-si intoarca ochii pe partea bolnava.

EVALUARE:

INGRIJIREA PACIENTILOR CU INFECTII NAZOFARINGIENE SINUZALE SI LARINGIENE

DEFINITIE:

Rinita acuta este inflamatia mucoasei nazale de natura virala sau alergica.

Sinuzita este inflamatia unuia sau a tuturor sinusurilor , oaselor fetei (frontal, etmoidal, sfenoidal, maxilar).

Laringita este inflamatia acuta a mucoasei laringiene si a corzilor vocale.

CULEGEREA DATELOR:

-Circumstante de aparitie (cauze):

- sezonul rece;
- primavara, pt. rinitele alergice;
- inhalare de pulberi iritante, persoane cu eforturi vocale mari, in cazul laringitelor;
- sinuzitele si laringitele pot aparea ca urmare a unei rinite acute sau cronice.

MANIFESTARI DE DEPENDENTA (SEMNE SI SIMPTOME):

-In rinite:

- obstructie nazala;
- respiratie pe gura;
- secretie apoasa din nas.

-In sinuzite

- durere la nivelul fetei;
- secretie purulenta nazala;
- tulburari respiratorii si ale mirosului, febra ,fotofobie, cefalee;

-In laringita:

- disfonie : care poate merge pana la afonie;
- tuse seaca;
- disfagie;
- anxietate.

PROBLEME:

- alterarea respiratiei ;
- lipsa confortului fizic;
- risc de complicatii (cronicizare, prinderea si a altor segmente a cailor respiratorii);
- anxietate.

DIAGNOSTIC DE NURSING:

- Alterarea respiratiei din cauza obstructiei cailor respiratorii manifestata prin dispnee.
- Risc de complicatii din cauza extinderii infectiei manifestata prin septicemie.
- Anxietate legata de necunoasterea prognosticului bolii manifestata prin agitatie, neliniste.

OBIECTIVE:

- pacientul sa respire liber pe nas, sa aiba stare de bine psihic si fizic;
- pacientul sa poata comunica eficient verbal;
- sa nu prezinte complicatii, sa se previna cronicizarea infectiei.

INTERVENTII:

Asistenta-asigura repausul la pat in incapere aerisita cu umiditate 65% , in pozitie care sa favorizeze scurgerea secretiei (decubit ventral in sinuzite);

-asigura repausul vocal pt. pacientul cu laringita, invatandu-l sa comunice in scris, reluarea vorbirii facandu-se treptat cu voce softa si apoi cu voce normala (atentie la profesionisti: cantareti, avocati);

-asigura aport crescut de lichide calde in rinite , laringite;

-invata pacientul sa-si evacueze secretiile nazale fara violenta,pe rand fiecare nara, iar la sugar aspira secretiile cu o para de cauciuc;

-participa la punctia si spalatura sinusala efectuata de catre medic;

-administreza tratamentul recomandat:

- instilatii nazale cu solutii dezinfectante astrigente in rinitele infectioase si instilatii cu antihistaminice in rinitele alergice;
- antibioticoterapie pe cale generala , inhalatii aerosoli cu solutii antiseptice astrigente in laringite;

- pregătește psihic și fizic pacientul pt. intervenție chirurgicală și pt. repararea viciilor dobândite sau congenitale care întrețin sinuzita cronică (deformații ale nasului, deviația de sept nazal, polipi nazali).

-educa pacientul să evite factorii care favorizează apariția infecțiilor: fumatul, alcoolul, condimentele, vaporii iritanți, consumul de băuturi reci.

EVALUARE:

INGRIJIREA PACIENTILOR CU AMIGDALITA

DEFINITIE:

AMIGDALITA este inflamatia amigdalelor. Poate fi acuta sau cronica, fiind determinata in mod deosebit de streptococ hemolitic.

CULEGEREA DATELOR:

-Circumstante de aparitie (cauze):

- anotimpul rece;
- schimbari bruste de temperatura;
- frecventa scazuta la copii;
- persoane astenice, convalescente cu rezistenta scazuta.

-Manifestari de dependenta (semne si simptome):

- dureri la deglutitie;
- usoara senzatie de sufocare;
- febra 39-40°C, frisoane.

PROBLEME:

- alterarea respiratiei si circulatiei;
- hipertermie;
- incapacitatea de a se alimenta;
- risc de complicatii - flegmon amigdalian;
- alterarea comunicarii;
- disfagie.

DIGNOSTIC DE NURSING:

- Hipertermie din cauza procesului inflamator infectios, manifestata prin febra(39-40°C).
- Alterarea comunicarii din cauza disfoniei (raguseala), manifestata prin dificultate de comunicare cu personalul.

- Disfagie din cauza obstructiei laringiene manifestata prin dificultate de a se alimenta.
- Risc de complicatii din cauza propagarii infectiei manifestata prin septicemie.

OBIECTIVE:

- pacientul sa afirme stare de bine fizic si psihic;
- sa aiba respiratie libera, usoara, eficienta;
- pacientul sa se poata alimenta pe cale naturala;
- pacientul sa-si mentina temperatura corpului in limite fiziologice;
- sa nu intervina complicatii.

INTERVENTII:

ASISTENTA- asigura repausul la pat in camera calda, cu umiditate corespunzatoare, pe fata anterioara a gatului aplica comprese alcoolizate;

- asigura alimentatie lichida (ceai, zeama de compot, lapte supe caldute), in perioada febrila; alimentatia se imbogateste cu alimente semiconsistente in functie de reducerea durerilor la deglutitie;
- masoara temperatura ,pulsul ,respiratia;
- administreza tratamentul: antibioticoterapie, antitermice;
- recolteaza exudatul faringian, sange pt. cercetarea VSH-ului, ASLO, leucogramei;
- pregateste pacientul care prezinta flegmon amigdalian de urgenta pt. incizia si evacuarea puroiului;
- invata pacientul caruia i s-a facut incizie sa stea cu capul aplecat in fata pt. a se scurge puroiul in tavita renala si periodic sa faca gargara cu H₂O₂ ;
- educa pacientul care prezinta amigdalite repetate sa se supuna interventiei chirurgicale pt. a preveni reumatismul articular acut (R.A.A.), glomerulonefrita.

Pregateste pacientul pt. amigdalectomie:

- masoara pulsul , tensiunea arteriala(TA), respiratia ,temperatura;
- recolteaza sange pt. determinarea hemoleucogramei, TS, TC;
- recolteaza urina pt. examen de laborator.

Ingrijeste postoperator dupa amigdalectomie:

- supraveghere permanenta 6-8 ore, internare 24 de ore;

- asigura repausul complet la pat in decubit ventral cu capul sprijinit pe antebraț sau sezând cu capul aplecat în față cu tavita renală pe coapsă;
- educa pacientul să nu înghită salivă, să nu facă mișcări de deglutiție, copilii să nu plângă pt. a nu se accentua sângerarea;
- examinează secreția care se scurge în tavita renală și informează medicul în cazul hemoragiilor mari pt. a se reintervenii chirurgical;
- alimentează pacientul după atenuarea durerii și opririi hemoragiei cu lichide reci în înghițituri mari;
- învăță pacientul să nu sugă cu paiul lichidele, să nu facă gargară, să evite să tusească, să strănută, să vorbească tare (acestea putând determina hemoragii);
- educa pacientul ca timp de șapte zile să stea în casă și îl informează că în a 6-a-8-a zi este posibilă o mică hemoragie datorită desprinderii membranelor albicioase formate în lojele amigdaline.

EVALUARE:

INGRIJIREA PACIENTILOR CU VEGETATII ADENOIDE (POLIPOZA)

DEFINITIE:

VEGETATIILE ADENOIDE reprezinta hipertrofia amigdalei faringiene.Se intalnesc mai frecvent intre 3-10 ani.

CULEGEREA DATELOR:

-CIRCUMSTANTE DE APARITIE:

- copii cu infectii repetate- rinite;
- anotimpul rece;
- alimentatie deficitara, avitaminoze.

-MANIFESTARI DE DEPENDENTA(semne si simptome):

- obstructie nazala care se accentueaza in perioadele acute ale bolii;
- secretie nazala abundenta;
- respiratie pe gura;
- apetit diminuat;
- astenie;
- somn agitat;
- apatie;
- intelect redus;
- tulburari in dezvoltarea scheletica (facies caracteristic cu prognatism);
- cutie toracica deformata (torace globules).

PROBLEME:

- alterarea respiratiei;
- intoleranta la activitatea fizica;
- comunicare ineficienta la nivel afectiv;
- comunicare ineficienta la nivel intelectual;
- insomnie;
- modificarea schemei corporale;

-risc de complicatii – otite, traheite, bronsiectazie.

DIAGNOSTIC DE NURSING:

Alterarea respiratiei din cauza obstructiei cailor respiratorii manifestata prin respiratie ingreunata.

Insomnie din cauza durerii localizata in gat manifestata prin ore insuficiente de somn.

OBIECTIVE:

- copilul sa prezinte respiratie libera pe nas;
- sa aiba apetit prezent, somn odihnitor;
- sa recupereze deficitul ponderal;
- sa atinga greutatea corespunzatoare varstei;
- sa fie comunicativ, sa se joace ,sa invete.

INTERVENTII:

- ASISTENTA din ambulatoriu – dispensar, cresa camin, scoala , informeaza familia, educatorii ,invatatorii privind consecintele negative ale vegetatiilor adenoide asupra dezvoltarii copilului;
- indruma parintii copiilor catre medicul specialist OTO-RINO- LARINGOLOG;
- asistenta din serviciul ORL, ambulatoriu sau spitalicesc, pregateste copilul pt. interventia chirurgicala (ca si pt. amigdalectomie);
- supravegheaza post operator copilul 3-4 ore pt. ca secretiile bucale sa se scurga in cavitatea nazala;
- linisteste copilul sa nu planga , sa nu se agite pt. a prevenii hemoragiile;
- timp de 24 ore recomanda regim hidric rece;
- daca intervin hemoragii, administreza hemostatice;
- asistenta din ambulatoriu va ingriji copilul in continuare pt. combaterea sechelelor (anemia ,rahitismul si reeducarea respiratiei).

EVALUARE:

INGRIJIREA PACIENTILOR CU EPISTAXIS

DEFINITIE:

EPISTAXISUL sau RINORAGIA reprezinta hemoragia care ia nastere in fosele nazale, avand cazse locale si generale.

CULEGEREA DATELOR:

-CIRCUMSTANTE DE APARITIE (cauze) :

- persoane tinere, copii;
- persoane cu inflamatii sau tumori nazale;
- persoane cu leucemie, hemofilie, HTA, avitaminoze;
- traumatisme.

-MANIFESTARI DE DEPENDENTA(semne si simptome):

- surgerea sangelui prin fosa nazala de obicei unilateral (cand hemoragia este abundenta se elimina si pe gura);
- neliniste;
- tahicardie , hipotensiune arterial (in functie de cantitatea de sange pierdut);
- paliditate.

PROBLEME:

- alterarea respiratiei si circulatiei ;
- anxietate;
- stare de discomfort;
- risc de soc hemoragic.

DIAGNOSTIC DE NURSING:

- Alterarea respiratiei si circulatiei din cauza unui traumatism la nas manifestata prin respiratie ingreunata si hemoragie.
- Stare de discomfort din cauza unei lovituri survenite in zona nasului manifestata prin durere si lacrimare.
- Risc de soc hemoragic din cauza cantitatii de sange pierdut in urma traumatismului la nas, manifestata prin tahicardie, hipoTA, paliditate.

OBIECTIVE:

- oprirea hemoragiei in cel mai scurt timp;
- pacientul sa fie echilibrat respirator si circulator;
- pacientul sa fie linistit;

-sa se inlocuiasca masa de sange pierduta (daca este cazul).

INTERVENTII:

ASISTENTA –aplica masurile de prim ajutor:

- prin compresiune digitala asupra narinei care sangereaza cel putin 10 min.

-prin tampon compresiv imbibat in solutie hemostatica (antipirina 10%, H₂O₂);

-ajuta medicul la aplicarea tamponamentului anterior sau dupa caz, posterior in vederea hemostazei;

-evlueaza gravitatea hemoragiei prin masurarea pulsului si a TA ; recolteaza sange pt. determinarea hemoglobinei, hematocritului;

-asigura repausul la pat pe partea care sangereaza pt. pacientii cu tendinta la Lipotimie;

-administreaza medicatia hemostatica recomandata de medic si inlocuieste pierderile cu sange integral sau masa eritrocitara;

-aplica ingrijiri specifice epistaxisului cauzat de boli generale – HTA , HEMOFILIE, AVITAMINOZE.

EVALUARE:

INGRIJIREA PACIENTILOR CU STOMATITA (MUGUETUL – MARGARITARELUL)

DEFINITIE:

MUGUETUL sau MARGARITARELUL este o inflamatie a gurii (stomatita), produsa de ciuperci sau leziuni.

CAUZE:

-carii dentare, tartru, diabet, lipsa vit.A si C;

-organism slabit, dupa boli acute sau cronice;

-apare la copiii sugari, stari febrile, cu tulburari digestive;

-tratament indelungat cu antibiotic favorizeaza infectia gurii cu levuri mai ales cu Candida.

SIMPTOME:

-limba bolnavului este albicioasa incarcată;

- adesea sunt prinse si gingiile, mucoasa obrazilor care sunt rosii, inflamate, acoperite cu o secretie purulenta;
- durere la mestecatul alimentelor si la inghitit;
- bolnavul nu se poate alimenta;
- copilul nu poate suge;
- febra in cazul suprainfectiei cu microbi;
- sangerare usoara.

PROBLEMELE PACIENTULUI:

- disfagie ;
- hipertermie;
- discomfort;
- risc de complicatii.

DIAGNOSTIC DE NURSING:

- Disfagie din cauza limbii incarcate si inflamate, manifestata prin inapetenta.
- Hipertermie din cauza procesului infectios manifestata prin febra.
- Discomfort legat de disfagie, disfonie, manifestata prin agitatie ,neliniste.
- Risc de complicatii din cauza unei alimentatii deficioase, manifestata prin casexie,anemie, etc. .

OBIECTIVE:

- sa nu prezinte febra;
- sa se alimenteze;
- sa nu prezinte complicatii.

INTERVENTII:

ASISTENTA- invata pacientul sa mentina o igiena orala adecvata ; sa evite alimentele picante, excesiv de reci sau fierbinti, acide care pot provoca noi iritatii ; sa faca spalaturi ale gurii de maimulte ori/zi cu infuzie concentrata de musetel, salvie ceai pt. gargara.

Tratament – clatire cu sol. slab antiseptic , atingeri ale veziculelor cu sol. de nitrat de argint si sol. tricloracetic, folosirea pastelor cu corticoizi, spray-uri antiseptic, aplicatii de colutorii cu antibiotic, corticoterapie si vitaminoterapie complex C si B si antihistaminice.

-antibioticele sunt recomandate doar daca starea generala se altereaza;

Prevenire: igiena orala adecvata, alimentatie sanatoasa, renuntarea la fumat, evit. alim. fierbinti sau prea reci,consum moderat de alcool,vizite regulate la dentist (pt. carii dentare , proteza, aparat dentar)

EVALUARE

INGRIJIREA PACIENTULUI CU HERPES

Definitie :

Este o afectiune a pielii si mucoaselor, produsa de virusul herpetic. Se intilneste mai frecvent la buze (herpes labial) si la organele genitale (herpes genital).

Cauze: Infectii bacteriene si virale, indigestii, intoxicatii, ciclul menstrual (herpes catamenial), sarcina, stresul nervos si psihic, mici traumatisme ale gurii (extractii dentare, plombe, gingivita), expunerea la soare, la frig sau la vant.

Semne si simptome :

- Apar cateva vezicule (basicute)
- Senzatii de mancarime (prurit)
- Durere

Semne generale :

- dureri de cap (cefalee)
- lipsa poftei de mancare,
- indigestie, indispozitie generala.

Problemele pacientului :

- Alterarea integritatii tegumentului si mucoaselor
- Discomfort
- Anxietate
- Risc de complicatii

Diagnostic:

- 1.Alterarea integritatii tegumentelor si mucoaselor din cauza infectiei virale manifestata prin vezicule si prurit labial.
- 2.Disconfort din cauza pruritului, senzatia de arsura manifestata prin agitatie, neliniste.
- 3.Anxietate legata de modificarea aspectului fizic, manifestata prin izolare, neliniste.
- 4.Alterarea integritatii corporale legata de modificarea aspectului fizic, manifestata prin alterarea stimei de sine.

Interventii:

- Se va trata leziunea locala ferind-o de infectii microbiene.
- Se evita scarpinarea si ruperea crustei.
- Se vor pune pe leziuni, comprese reci cu infuzie de musetel.

-Se administreaza vitamina A si C

-In faza initiala se aplica pe leziune o bucata de gheata timp de 10-15 minute si se repeta de mai multe ori pe zi, aceasta duce la calmarea mancarimii sau a durerii si scurteaza evolutia leziunilor locale.

-In faza a doua, de crusta, se vor aplica unguente cu antibiotic (Aciclovir) sau tablete cu Aciclovir, plasturi.

-La femeile gravide cu herpes genital, medical va indica un tratament special cu Gamma Globulina, pentru a preintimpina trecerea virusului la fat, caruia ai poate produce complicatii grave.

-Sugarii si copii mici vor fi izolati de bolnavii cu herpes, deoarece ei se infectza cu virusul herpetic facand forme grave de herpes generalizat cu distrugerea sistemului nervos central.

Evaluare:

INGRIJIREA PACIENTILOR CU FARINGITA (ANGINA)

Definitie : Este inflamatia acuta a istmului bucofaringian format din palatine, lueta, lojele amigdalelor palatine.

Cauze : Angina sau faringita este o infectie a fundului gatului (a faringelui) produsa de diferiti microbi (stafilococi, streptococi, bacilul difteriei, etc), de sinusuri sau de levuri (ciuperci microscopice).

Simptome :

-Debuteaza cu jena la inghitit, alterarea starii generale, frisoane, febra moderata 38-39°C

-Instalarea progresiva a durerii locale (in gat) de intensitate moderata

-Tuse, obstructii nazale sau rinoree

-Senzatie de corp strain, uneori cu durere difuza cu iradiere spre ureche

-Insuficienta respiratorie, facies caracteristic

- Inrosirea si edematizarea faringelui, mucoasei
- Pe suprafata amigdalelor se observa o secretie de fibrina
- Durere de cap (cefalee)
- Oboseala (fatigabilitate)
- Lipsa poftei de mancare
- Dureri de articulatii

Problemele pacientului:

- Disconfort si alterarea respiratiei
- Risc de complicatii
- Alterarea tegumentelor
- Hipertensiune
- Anxietate

Diagnostic :

- Disconfort din cauza cefaleei manifestata prin agitare, neliniste
- Anxietate legata de reactia la spitalizare, manifestata prin neliniste, frica, plans.
- Hipertensiune din cauza procesului infectios, manifestat prin subfebrilitate 37-38°C
- Obstructionarea cailor respiratorii din cauza sangerarii si inflamatiei.
- Risc de complicatii din cauza diseminarii infectiei, manifestata prin dureri articulare.

Interventii :

- La primele semne de laringita, bolnavul va face o baie generala calda sau o baie fierbinte la picioare. Apoi se va culca intr-o camera calda, va bea ceaiuri calde de soc, musetel sau ceai sudorific.
- Pacientul va face gargara cu infuzie de musetel, cu apa oxigenata sau solutie de permanganat de potasiu care are un efect dezinfectant local sau sugerea de comprimate Faringosept, Fenosept, Vitamina C.
- La indicatiile medicului se va administra antinevralgice si antitermice: Aspirina, Antinevralgic, Fasconal, Paracetamol.
- Daca simptomele si mai ales febra nu cedeaza in 1-2 zile iar fundul gatului se acopera de depozite albicioase, medicul va prescrie un tratament cu antibiotice.
- Asistenta recolteaza sange pentru analize.

- Invata pacientul sa evite consumarea bauturilor sau alimentelor reci, sa evite praful, tutunul, substantele chimice profesionale, etc.
- Se va intari rezistenta organismului prin alimentatie corespunzatoare, odihna rationala si prin vitaminizare (polivitamine).
- Persoanele mai sensibile la frig vor antrena organismul la variatii de temperatura prin frictiuni pe piept si pe spate cu apa calda si rece sau prin alte metode de calire.

Interventii specifice si obiective la copii:

- Copilul sa fie linistit si convins de prezenta personalului de ingrijire, implicarea familiei in ingrijire
- Durerile sa se diminueze intr-un interval 1-3 ore
- Temperatura corpului se se regleze in limite fiziologice
- Respiratia sa devina libera pe nas
- Asigurarea conditiilor de mediu cu un microclimat corespunzato.
- Abordarea copilului cu calm, blindete si rabdare
- Castigarea increderii copilului si incurajarea comunicarii cu ceilalti copii din salon
- Administrarea tratamentului prescris de medic cu blindete pentru evitarea traumatizarii
- Efectuarea de spalaturi faringiene.
- Alimentarea c cu alimente pastoase si lichide pentru evitarea durerilor
- Indepartarea secretiilor nazale
- Umezirea aerului din incapere.

In cazul interventiei chirurgicale :

- Pacientul nu va consuma alimente si lichide in ziua operatie
- Asistentul pregateste pacientul, fizic si psihic preoperator
- Recoldeaza sange si exudat faringian pentru analize de laborator
- Postoperator se urmaresc functiile vitale ale pacientului: puls, respitratie, temperature, T.A.
- Respecta masurile de prevenire a suprainfectiilor
- Utilizeaza instrumente de unica folosinta in aplicarea tratamentelor locale
- Asigura baia partiala a corpului cu un tampon umed si asigura lenjerie curata de corp si de pat
- Ajuta pacientul sa se imbrace si sa se dezbrace
- Supravegheaza permanent copilul 6-8 ore, se asigura repaos complet la pat in decubit ventral cu capul sprijinit pe antebrat sau sezand cu capul aplecat in fata cu tavita nazala pe coapse

-Alimentatia se reia, dupa atenuarea durerii si oprirea hemoragiei, cu lichide reci si inghitituri mari.

INGRIJIREA PACIENTILOR CU FURUNCUL IN CONDUCTUL AUDITIV EXTERN

Definitie : Este o infectie a pielii situata la radacina unui fir de par. Spre deosebire de foliculita (cos) cu care adesea incepe, infectia din furuncul este localizata adinc in piele.

Cauze : Infectia este produsa de Stafilococ, care patrunde pe linga firul de par datorita unor mici leziuni sau iritatii ale pielii: zgarieturi, rosaturi la picioare, frecaturi la ceafa de gulerul hainei, dupa barbierit, etc.

Unele boli care slabesc rezistenta la infectii a organismului si de pielea mai groasa.

Semne si simptome :

-La inceput se manifesta printr-o roseata in jurul unui fir de par, adesea insotita de mancarime (prurit)

-Dupa cateva ore, locul respectiv devine dureros iar roseata se intinde si la pielea din jur

-Durerea devine violenta local cu iradierii in zona si care exacerbeaza la palpare

-Hipoacuzie

-Modificarea starii generale.

Problemele pacientului :

-Discomfort

-Diminuarea auzului

-Risc de complicatii

Diagnostic :

Alterarea integritatii tegumentelor si mucoaselor legat de aparitia burbionului manifestata prin eritem , prurit, durere.

Risc de accident din cauza hipoacuziei, manifestat prin vertij, risc de caderi.

Risc de complicatii legat de diseminarea infectiei manifestat prin Furunculoza.

Obiective :

Sa se opreasca din evolutie infectia.

Pacientul sa nu prezinte durere.

Interventii :

- In faza initiala , infectia poate fi oprita daca se aplica pe leziune un tampon cu spirt, apa de colonie cu tinctura de iod diluata cu apa pe din doua (1/1);
- Tamponul trebuie fixat cu leucoplast sau un pansament si tinut pina cand infectia cedeaza;
- Administrarea de antialgice de combatere a infectiei si durerii;
- Asistenta educa pacientul sa pastreze o igiena riguroasa local si sa nu palpeze zona;
- In faza a doua, cand apare umflatura si durerea cu senzatia de zvavnire, simptome ce indica “coacerea” furunculului, se vor aplica comprese calde, umede sau uscate, care grabesc delimitarea infectiei si formarea puroiului;
- Bolnavul este invatat sa nu stoarca buboiul pentru a nu raspindi infectia in singe. Aceasta operatiune va fi efectuata de catre medic;
- Asistenta pregateste pacientul si instrumentele necesare;
- In faza de colectie se practica incizia si se dreneaza cu mese umezite cu solutii dezinfectante;
- Tratamentul general, dupa caz, se face cu antibiotic sau sulfamide;
- Se vor trata bolile care favorizeaza infectiile pielii, diabetul, etc.;
- Persoanele cu furunculoza repetata vor mentine o igiena corespunzatoare a pielii si a rufariei de corp si de pat.

EVALUAE:

URGENTELE OTORINOLARINGOLOGICE

1.CORPII STRAINI IN ORGANELE OTORINOLARINGOLOGICE

Corpii straini care pot sa ajunga in organele otorinolarinologice pot fi de provenienta externa (exogene) si de provenienta endogena (dopul de cerumen, false membrane, dop epidermic, colesteatom, etc)

Acest capitol se va referi numai la corpii straini exogeni, patrunti pe cale naturala in urmatoarele cavitati : conductul auditiv extern, fosele nazale, rinofaringe, orofaringe sau hipofaringe, laringe, trahee si bronhii, esofag.

2.CORPII STRAINI AURICULARI

Corpii straini exogeni ai conductului auditiv extern pot fi de doua categorii :

a).Corpi straini animati (vii) : insecte (purici, plosnite, tintari, fluturasi sau larve de muste), viermi, paianjeni, urechelnite.

b).Corpi straini neanimati (inertii) : simbure de fructe, vegetale, boabe de fasole, bete de chibrit, scobitori, margele sau corpi straini metalici, etc.

Urgentele adevarate pot fi considerate doar corpii straini, vii sau inertii, care au provocat leziuni ale conductului sau timpanului.

Corpii straini inertii, latenti, de obicei asimtomatici, nu constituie urgente.

Simptome :

-Daca nu este lezat conductul, bolnavul acuza:

- Senzatii de infundare a urechii, jena
- Hipoacuzie, acufene.

-In caz de leziune a conductului data de corpul strain, fie ca urmare a introducerii brutale, fie prin stagnarea indelungata sau prin tentative necorespunzatoare de extragere, apar urmatoarele simptome:

- Otalgii
- Excoriatii sau plagi ale conductului, timpanului urechii medii

- Tumefiere, tegument infiltrat, rosu, secretand produse de stagnare indelungata de vegetale sau corpi straini iritanti.

-In cazul corpiilor straini vii,apare o simptomatologie subiectiva intensa, manifestata prin:

- Zgomote auriculare insuportabile (produse de miscarile insectei) care fac sa vibreze timpanul.
- Uneori apar dureri, gadilaturi,
- ameteala.

Masuri de urgenta:

a).OTOSCOPIE : se verifica existenta, natura si sediul corpului strain cu ajutorul Speculului Auricular.

b).SPALATURA AURICULARA corecta pentru extragerea corpului strain.

Corpii straini inertii : spalatura se face cu ajutorul unei seringi Guyon, folosind apa incalzita la 37°. Jetul de apa va fi dirijat pe peretele postero-superior al conductului pentru a evita eventuale traumatizari ale timpanului.

Precizare : in cazul cand corpul strain este o graminee, aceasta va fi deshidratata inainte de extragere, instilandu-se in conduct alcool absolut.

Atentie ! Tehnica este indicata numai dupa ce prin Otoscopie s-a precizat ca nu s-au produs leziuni ale timpanului si ale conductului, iar corpii straini nu sunt inclavati.

c).Daca extractia corpului strain nu a reusit prin spalatura, se recomanda sa nu se insiste cu alte mijloace (pense) care ar putea sa provoace leziuni ale timpanului. Bolnavul va fi trimis la serviciul ORL din policlinica sau spital.

-Cand corpul strain este viu,va fi transformat intr-unul inert prin:

- Instilare de ulei de parafina in conduct, ulei comestibil sau glicerina, care asfixiaza insecta;
- Aplicarea in fata conductului a unui tampon imbibat cu eter, mentinut timp de 3-10 minute

Incetarea zgomotelor, provocate de miscarea insectei, dovedeste moartea acesteia.

-Extragerea se va face prin spalatura auriculara.

-Daca nu a reusit extractia insectei prin acest procedeu, se va trimite bolnavul la serviciul ORL.

De retinut : daca pe conduct exista leziuni de otita externa, bolnavul va fi trimis la serviciul de specialitate ORL pentru tratamentul leziunilor. Extragerea se va face sub control vizual.

Uneori cand corpii straini inclavati sau foarte profunzi, aderenti, nu pot fi extrasi pe caile naturale, vor fi extrasi pe cale chirurgicala sub anestezie locala sau generala (in special la copii mai mici).

3.CORPII STRAINI NAZALI

Urgenta in corpii straini introdusi prin narine este data de corpii straini ai pacientului.

Copiii isi introduc in nas diferite obiecte (nasturi, margele, pietricele, boabe de fasole, seminte, hartie, etc.)

Adultii, introduc corpi straini de obicei cu scop terapeutic (tampoane de vata sau tifon , introduse si uitate in fosele nazale).

Simptome :

- In cazuri recente, simptomatologia este data de obstructia nazala unilaterala:
 - senzatie de infundare a nasului
 - hidroree (secretie nazala apoasa)
 - stranut
 - lacrimare
- In cazuri mai vechi, apare infectia:
 - rinoree mucopurulenta (secretie nazala galbuie, purulenta), uneori secretie sanguinolenta, fetida unilaterala.
 - eczema si ragade perinarine.
- La rinoscopia anterioara (examenul foselor nazale cu speculul nazal) facuta de medic, se constata prezenta corpului strain si modificari locale:
 - mucoasa congestionata, acoperita cu secretii purulente
 - uneori ulceratii.

Masuri de urgenta :

- Cand corpul strain este situat anterior in fosa nazala si este mobil, extragerea o face fara anestezie orice cadru medical, folosind un stilet curbat sau chiureta ce incarca de sus in jos corpul strain si il extrage.

Observatie : daca este vorba de un copil, acesta este imobilizat intr-un cearsaf sau va fi tinut in brate de un ajutor care cu o mana va imobiliza capul copilului iar cu cealalta mainile acestuia, iar cu picioarele incrucisate peste ale copilului va imobiliza picioarele acestuia, copilul sa fie la distanta de sol.

Atentie ! Boabele de fasole nu se extrag cu pensa !

- In toate celelalte cazuri, bolnavul va fi trimis la serviciul ORL, unde extragerea corpului strain se va face in conditii de luminozitate optima si sub anestezie locala prin:
 - introducerea unor tamponane cu solutie vasoconstrictoare si anestezica (solutie Xilina 2% cu Adrenalina sau Efedrina)
 - imobilizarea ferma a capului
 - extragerea se va face cu un stilet incurbat.

De retinut : In afara serviciilor ORL este interzisa incercarea de a extrage un corp strain nazal mai profund situate,cu suprafete netede rotunde,deoarece se pot produce accidente grave,ca :

- Inclavarea corpului in treimea posterioara a fosei;
- Caderea corpului in faringe, putand fi astfel aspirat in laringe, trahee cu ocazia unei inspiratii adinci in timpul plansului.

4.CORPI STRAINI FARINGIENI

Corpii straini orofaringieni si hipofaringieni sunt retinuti in aceste cavitati datorita anfractuozitatii , neregularitatii regiunii care favorizeaza inclavarea lor, fiind fie de volum mare, fie ascutit (coaja de nuca, butoni de mansete, fragment de oase, os de peste, cuie, ace de gamalie, fragmente de proteze dentare, cioburi de sticla, etc.)

Cauze favorizante : rasul, stranutul, tusea in timpul alimentatiei precum si scaderea sensibilitatii faringiene in ebrietate sau paraliziiile faringiene.

Urgenta acestor cazuri este data de anxietatea bolnavului de faptul ca unii corpi straini fiind mai voluminosi pot comprima orificiul laringian, determinand insuficienta respiratorie.

Simptomatologie :

In caz de corpi straini voluminosi, bolnavul prezinta:

- Disfagie
- Disfonie (raguseala)
- Tulburari respiratorii
- Senzatii de intepatura
- Acuza durere la deglutitie
- Stari de anxietate
- Sialoree (salivare exagerata)

Obiectiv ,corpii straini orofaringieni se pun in evidenta prin :

-Bucofaringoscopie ; in unele cazuri corpul strain este patruns aproape in totalitate in tesuturi (corpi straini mici, peri din peria de dinti), evidentierea lor nu se poate face si necesita trimiterea la examen de specialitate ORL.

-Corpii straini hipofaringieni se pun in evidenta cu ajutorul oglinzii laringiene sau cu ajutorul directoscopiei.

-Corpii straini metalici se pun in evidenta prin examen radiologic;

-Uneori corpii straini anorganici (metale,sticle etc.) pot fii tolerate timp indelungat fara sa determine reactii inflamatoare;

-Cel mai adesea corpii straini care nu au fost extrasi la timp produc leziuni inflamatoare si supurative.

ATITUDINEA DE URGENTA

In caz de corp strain vizibil in orofaringe, medicul generalist va proceda la extragerea acestuia cu pense potrivite , apoi va recomanda in continuare gargarisme cu ceai de musetel sau apa oxigenata 3%.

Corpii straini inclavati in hipofaringe vor fi extrasi numai de medici specialisti in serviciul ORL, sub anestezie.

-La COPIL , dupa preanestezie; sub anestezie generala , extragerea se va face in pozitie culcat, bine imobilizat prin directoscopie;

-La ADULT , dupa anestezie locala de suprafata (cocaina sau xilina) fie in pozitie sezanda - cu pensa laringiana , fie in pozitie culcat. Extragerea se va face cu ajutorul pensei pt. corpi straini esofagieni.

ATENIE ! In toate cazurile de corpi straini faringieni exista pericolul de cadere a corpului strain in caile respiratorii.

Cadrele medii nu vor incerca manevre de extragere a corpiilor straini. Se va incerca prin interogatorii stabilirea naturii corpului strain si in lipsa medicului se va trimite bolnavul urgent intr-un serviciu de specialitate. Corpii straini ai rinofaringelui sunt mai rari, ei pot provenii din corpi straini faringieni sau ajung in acest loc prin manevre necorespunzatoare (monede, suruburi etc.)

5.CORPII STRAINI LARINGIENI

Localizarea corpiilor straini in laringe este mai rara prin faptul ca o parte din corpiii straini se fixeaza in feringe, iar alta parte patrund mai deperte in arborele traheo-bronsic.

Corpii straini patrund in laringe prin aspirare.

SIMPTOMATOLOGIE:

Debut brusc cu fenomene de insuficienta respiratorie acuta manifestata prin:

- dispnee inspiratorie,
- tiraj, cornaj,
- cianoza, tuse spasmodica, agitatie. Aceasta faza dureaza de la cateva minute la ½ ora, dupa care simptomatologia respiratorie acuta cedeaza.

Bolnavul prezinta o insuficienta respiratorie mai usoara:

- TIRAJUL, CORNAJUL de mai mica intensitate;
- TUSEA SPASMODICA intermitenta, DISFONIE.

IMPORTANT: uneori bolnavul este vazut numai in aceasta faza . De aceea anamneza are o mare importanta pt. stabilirea momentului aspiratiei corpului strain si natura lui.

DIAGNOSTIC DIFERENTIAL

In lipsa datelor anamnestice se va face diagnosticul diferential (la copil)cu LARINGOSPASMUL.

- Laringita acuta subglotica (pseudocorp)
- Laringita striduloasa
- Crupul difteric
- Astmul bronsic in criza.

CONDUITA DE URGENTA

- Cand exista suspiciunea unui corp strain laringian este obligatoriu internarea bolnavului de urgent intr-un serviciu de specialitate.
- Evitarea oricarei manevre de extragere ce poate declansa spasme laringiene.

IMPORTANT!

Diagnosticul se face prin laringoscopie sau directoscopie cu anestezie generala la copil,iar la adult cu anestezie locala.

6.CORPII STRAINI TRAHEOBRONSICI

Frecventa si variabilitatea corpiilor straini traheobronsici sunt mai mari decat a celor laringieni. Obisnuitele victime ale acestui accident sunt copiii nesupravegheati, dar accidentul survine si la adulti, mai ales la persoanele care tin anumite obiecte in gura in timpul lucrului (tapiteri , pantofari), la cei care mananca foarte repede.

Patrunderea corpiilor straini poate sa aiba loc in timpul unui acces de ras al unei chinte de tuse sau al unui stranut. In trahee si bronhii pot patrunde aceeasi corpi straini, care au fost descrisi la capitolele anterioare.

O gravitate deosebita este data de corpiii straini vegetali, hidroscopici (boabe de fasole, porumb etc.)care isi maresc treptat volumul, ducand la obstructia completa a bronhiei sau de cei iritanti pt. mucoasa bronsica prin uleiurile pe care le elimina (sambure de nuci).

Corpiii straini traheali sunt in general mobili. Cei bronsici, cand sunt mici, pot migra dintr-o bronhie in alta. Unii se instaleaza intr-una din bronhii, mai in dreapta care este o bronhie mai mare, aproape vertical, in continuarea traheei.

SIMPTOME- faza de debut

Simptomatologia se traduce printr-un tablou dramatic:

-Debut brusc ,in plina sanatate (in imprejurari cunoscute sau nu de anturaj) cu :

- un acces de sufocare brutala spasmodica;
- cianoza , tiraj, cornaj;
- chinte de tuse exploziva
- jena retrosternala;
- spaima, agitatie, voce pastrata.

ATENTIE ! Aceste fenomene pot sa duca la ASFIXIE, mai ales cand corpul strain este mare si obstrueaza complet LUMENUL TRAHEAL.

De cele mai multe ori tulburarile respiratorii se calmeaza, corpul strain fixandu-se in bronhie: DISPNEEA si TUSEA apar in crize paroxistice.

-In faza secundara simptomatologia este in functie de localizarea corpului strain.

Corpul strain traheal mobil da o simptomatologie intermitenta:

- chinte de tuse paroxistica la miscarea corpului;

- acesele survin noaptea, in pozitie culcata, jena retrosternala;
- la auscultatie : zgomot in clapa la expiratie, zgomot de drapel in inspiratie (asemanator cu cel produs de panza unui drapel batut de vant).

Precizarea diagnosticului se face prin control ENDOSCOPIC.

In cazul corpiilor straini inclavati in bronhii, bolnavul are:

- O DISPNEE continua , dar de mai mica intensitate;
- TUSEA la inceput este seaca, apoi cu expectoratie mucopurulentă sau sanguinolentă;
- bolnavul nu are TIRAJ;
- CORNAJUL este inlocuit de un suierat ASMATIFORM;
- VOCEA este clara.

Dupa un anumit timp apar modificari ale peretilor conductului:

- iritatii ;
- edem;
- eroziuni;
- supuratii.

Sub nivelul obstacolului se dezvoltă fenomene de ATELECTAZIE (imposibilitatea unei parti a plamanului de a se extinde).

Diagnosticul se face prin RADIOGRAFIE toracica.

Inflamatiile supraadaugate fenomenelor de STAZA duc la PNEUMOPATII ACUTE.

OBSERVATIE: aceste tulburari sunt precoce si brutale in cazul corpiilor straini organici; cei metalici dau reactii mai putine si sunt mai bine tolerati.

Diagnosticul se pune usor cand se cunoaste momentul aspiratiei si natura corpului strain.

Precizarea diagnosticului (in lipsa anamnezei) se face prin examen RADIOLOGIC si ENDOSCOPIC (TRAHEOBRONHOSCOPIC) .

MASURI DE URGENTA

- In orice suspiciune a unui corp strain traheobronsic, bolnavul va fi transportat de urgenta intr-un serviciu de specialitate ORL sau PNEUMOLOGIE;
- In timpul transportului (daca este posibil) se administreaza OXIGEN;
- Se anunta telefonic serviciul specializat pt. a se putea intervenii de urgenta.

TRATAMENTUL consta in:

-extragerea corpului strain prin caile naturale prin BRONHOSCOPIE (de medici instruiti pt. ENDOSCOPIE);

-la copii sub 4-5 ani este de preferat la nevoie executarea unei TRAHEOTOMII, prin orificiul careia se scoate corpul strain.

Cadrul mediu de teren joaca un rol important in masurile de prevenire a patrunderii corpului strain in arborele traheobronsic, printr-o munca sustinuta de educatie sanitara. De asemenea, recunoasterea simptomatologiei si o anamneza corecta pot constitui informatii pretioase pt. medic, in vederea atitudinii terapeutice.

Profilaxia incepe in mediul familial. Copiilor sa nu li se puna la dispozitie boabe de orice fel pt. joaca.

7.CORPI STRAINI ESOFAGIENI

Orice obiect care se opreste in tranzitul lui in lumenul esofagului constituie un corp strain esofagian.

Mai frecvent se intalnesc la copii, alienati mintal, la anumiti meseriasi (croitori , cizmari etc.) care au obiceiul sa tina in gura ace sau cuie, la bolnavi care sufera de stenoza esofagiana, la persoane in stare de ebrietate.

Obiecte care devin cel mai frecvent corpi straini esofagieni sunt: monede, oase (de vita sau de peste), diferiti samburi de fructe, proteze dentare, bol alimentar etc.

Nivelul la care se opresc este de obicei situat in dreptul stramtorilor fiziologice ale esofagului: 70% in 1/3 superioara la strictura CRICOTIROIDIANA. Restul in treimea medie a esofagului la CARDIE.

SIMPTOME:

In faza initiala

Simptomatologia este in functie de momentul examinarii:

- durere puternica
- disfagie (dificultate la inghitire)
- odinofagie (durere la deglutitie)
- jena retrosternala, uneori intrascapulara
- hipersalivatie (sialoree)
- In inclavarile inalte, dispnee prin edem inflamator sau in cazul corpiilor straini mari care comprima laringele sau traheea.

In faza de toleranta

-In aceasta perioada exista o senzatie de jena exacerbata de deglutitia alimentelor.

In faza de complicatie

Apar fenomene infectioase:

- febra, care traduce reactii inflamatoare
- apar leziuni de Esofagita, ulceratii de decubit, abcese esofagiene

Corpul strain poate perfora esofagul, producand hematemeza si toate consecintele perforatiei esofagiene (abces periesofagian,mediastinita purulenta acuta, abces mediastinal).

Daca nu sunt tratate, leziunile supurative pot provoca moartea fie prin fenomene hipertoxice, fie prin hemoragie masiva, datorita erodarii vaselor importante din vecinatate (aorta, carotida, jugulara, subclaviculara).

Diagnosticul pozitiv se bazeaza pe anamneza, examen radiologic si examenul endoscopic.

Atentie!

Esofagoscopia este contraindicata cand sunt semne de perforatie esofagiana (emfizem cervical si mediastinal ,febra si odinofagie), care pot sa fie puse in evidenta prin radiografia toracica.

MASURI DE URGENTA:

Asistenta medicala (in lipsa medicului) va face anamneza amanuntita.

-Va lua masuri de:

-suprimare a alimentatiei pe cale naturala (repausul esofagului);

-administrare a antispasticelor si calmantelor.

-Va transporta bolnavul de urgenta la un serviciu de specialitate pt. precizarea diagnosticului si extragerea corpului strain prin ESOFAGOSCOPIE.

-In cazurile de deshidratare, la indicatia medicului, va instala o perfuzie cu glucoza 5%.

-La copii extragerea corpului strain se face , sub anestezie generala.

-La adult anestezie de baza (FENOBARBITAL + ATROPINA) si anestezie locala a ISTMULUI BUCOFARINGIAN si a SINUSURILOR PIRIFORME.

-se folosesc tuburi si pense speciale potrivite pt. extragerea corpilor straini;

-in caz de infectie se administreaza ANTIBIOTICE.

Atentie! Sunt contraindicate:

-procedeele oarbe de extragere sau impingere a corpului strain in stomac;

-provocarea de varsaturi;

-ingerare de miez de paine (aceste procedee pot determina leziuni grave ale esofagului).

HEMORAGIILE OTO-RINO-LARINGOLOGICE

1. HEMORAGIA NAZALA (EPISTAXISUL)

DEFINITIE:

Prin epistaxis se intelege orice hemoragie care ia nastere in fosele nazale (pierdere de sange prin nas). Se mai numeste si rinoragie.

In functie de sediul epistaxisului distingem:

-Epistaxis anterior din pata vasculara (zona Valsalva - Kisselbach);

- Epistaxis posterior;

-Epistaxis viu, difuz in mai multe puncte ale mucoasei pituitare (indica de cele mai multe ori existenta unei discrazii sanguine, tulburari de coagulabilitate sanguine).

CAUZE - sunt local , generale si traumatice.

1. Cauze locale :

-grataj digital;

-tusea;

-stranutul;

-prezenta unor ulceratii ale septului nazal (ulcer Hayek);

-afectiuni inflamatoare (viroze);

-unele tumori benigne sau maligne;

-polip sangerand al septului.

2. Cauze generale:

-hipertensiune arteriala (HTA) ;

-lipsa vit.C si K (avitaminoze);

-boli ale sangelui: Leucemie, Hemofilie, Purpura, Agranulocitoza etc.;

-boli cardiovasculare (stenoza mitrala) ;

-insuficiente hepatice si renale;

-boli contagioase (Scarlatina, Gripa, Febra Tifoida etc.).

3.Cauze traumatice:

-accidentale sau chirurgicale.

TABLOUL CLINIC:

1. IN EPISTAXISUL BENIGN

a).Bolnavul este agitat, speriat.

Prin anamneza se va stabili daca hemoragia a survenit prin grataj, tuse , stranut, expunere la rece sau la caldura, efort fizic ,traumatism extern.

b).Hemoragia este de obicei unilateral (se stabileste prin inspectie sau daca sunt conditii prin rinoscopie anterioara, dupa o prealabila suflare a nasului si crearea conditiilor unei bune vizibilitati).

2.IN EPISTAXISUL GRAV

-Hemoragia nazala abundenta , pe una din fose cel mai adesea; rar pe ambele fose nazale. Inundand faringele , sangele este eliminate si pe gura.

-Starea generala a bolnavului este alterata:

-palid (uneori cu facies normal colorat);

-transpiratii reci;

-puls normal sau usor accelerat;

-TA este normal , la hipertensivi ridicata sau scazuta , in raport cu tensiunea anterioara;

-In cazul hemoragiilor mari:

-sete;

-TA prabusita;

-lipotimii.

OBSERVATII:

Acest tablou clinic dramatic este determinat de:

-epistaxisul grav al hipertensivilor (este epistaxisul salvator, cu rol de supapa de siguranta , care evita hemoragia cerebral);

-epistaxisul grav posttraumatic;

-epistaxisul grav dat de bolile amintite la cauze generale.

ATITUDINEA DE URGENTA

-bolnavul va fi asezat pe un scaun si asistenta medical il va linisti;

-va fi eliberat de orice compresiune (guler, centura);

-se va indeparta anturajul;

-se va incerca stabilirea cauzei locale si locul hemoragiei, putandu-se alege atitudinea de urgenta.

Hemostaza locala in hemoragiile simple se obtine prin:

-compresiunea digitala; se apasa aripa narinei care sangereaza , cel putin 10 min;

-aceasta se poate face si dupa ce au fost introduse tamponare narinare imbibate cu solutii hemostatice (Trombina, solutie de Antipirina 10%, Apa Oxigenata, solutie de otet etc.), pelicula de Fibrina, Gelaspon, Adrenalina 1:1000;

-aplicarea de comprese reci pe regiunea frontal - nazala.

Daca hemoragia continua se practica:

-tamponamentul anterior al fosei nazale.

MATERIALE NECESARE:

-oglinda frontala, o sursa de lumina;

-speculum nazal, o pensa lunga si subtire (Lubet Barbon) ;

-pensa anatomica;

-mesa de tifon (lunga de 30 - 50cm si lata de 1 - 2cm) sau comprese sterile (patrate);

-lubrefiante sterile: ulei de parafina, oleu gomenolat sau unguent cu tetraciclina , tavita renala.

TEHNICA

-sedegajeaza fosele nazale de cheagurile de sange, invitandu-se bolnavul sa sufle nasul, nara cu nara, intr-o tavita renala;

-se imbiba mesa cu substanta lubrefianta;

-cu ajutorul speculului nazal si al pensei, sub controlul vederii, lasand 5 - 6cm inafara, se introduce mesa in nas cautand-o dinapoi inainte (in acordeon) in straturi suprapuse, astupand complet fosa nazala;

-dupa aceea se pune bolnavului la nas un pansament sub forma de capastru sau prastie;

-tamponamentul anterior se mentine 24 - 48 de ore sau mai mult;

-demesarea se face cu multa atentie, inmuind continuu mesa cu apa oxigenata, cu ajutorul unei seringi.

DE RETINUT:

In anumite imprejurari, tamponamentul anterior al fosei nazale se poate face cu comprese sterile, asezate in straturi suprapuse si tasate.

In centrele dotate, tamponamentul anterior se practica ideal, cu baloane de cauciuc sau bureti resorbabili de fibrina sau trombina.

Indiferent de metodele intrebuintate , controlul hemostazei va fi facut obligatoriu ,prin Bucofaringoscopie.

Tamponarea unei fose nazale necesita obligatoriu asocierea antibioterapiei de protectie (tamponanele imbibate cu sange din fosele nazale fiind mediu de cultura propice pt. dezvoltarea unor germeni patogeni).

Administrarea de hemostatice generale:

- Venostat, Calciu, Adrenostazin, vit.K, pe cale parenterala;
- pt. hemoragiile care vin din pata vasculara si se repeta, se va face cauterizarea punctelor hemoragice cu creion de nitrat de argint sau termocauterizare (electrocoagulare).
- dupa cauterizare se indica dezinfectante nazale (D.N.F.)

ATENTIE!

Dupa tratamentul de urgenta se va recomanda repaus fizic timp de 24-48 de ore (in functie de abundenta sangerarii, eventual internare).

La nevoie se administreza calmante pt. linistirea bolnavului.

Pt. epistaxisurile este indicate internarea de urgenta a bolnavului in spital. Pana la internare se aplica:

- primele masuri de urgenta care sunt cele amintite la epistaxisul benign (hemostaza locala : comprimarea narinei, tamponane narinare, tamponament anterior, hemostatice generale);
- transportul se va face in pozitie semisezanda sau culcat cu capul usor ridicat;
- in caz de colaps se va aseza bolnavul culcat in decubit lateral, cu capul decliv.

In epistaxisul grav

Aceste hemoragii de intensitate mai mare, la varstnici, hipertensivi, necesita de cele mai multe ori tamponament posterior care trebuie facut de medici specialisti ORL.

IN SPITAL

Tehnica tamponamentului posterior

- se confectioneaza un tampon dintr-o fasa (2cmx2 pt. adult) pregatit anterior si sterilizat;
- tamponul este legatla mijloc cu un fir de ata de matase ale carui capete se lasa lungi (20 cm);
- se introduce in fosa nazala care sangereaza o sonda subtire Ne'laton al carui capat se scoate prin gura;
- de acest capat se leaga firul de ata al tamponului si se retrage sonda;
- in felul acesta tragem tamponul prin gura si-l introducem in rinofaringe (inapoia valului moale);
- la narina se leaga firele tamponului posterior la un alt tampon, care astupa complet narina; se formeaza astfel o cavitate inchisa care favorizeaza formarea de cheaguri sanguine si oprirea hemoragiei;
- se asociaza tamponamentului posterior antibiotic, hemostatice, calmante, la nevoie transfuzii de sange.

De retinut!

- Este bine ca tamponamentul posterior sa nu fie tinut mai mult de 2-3 zile.
- Personalul mediu va avea permanent materiale sterile pregatite pt. cazurile de urgenta .Va supraveghea bolnavul spitalizat si va semnala medicului orice modificare aparuta in starea bolnavului.

HEMORAGIILE AURICULARE (OTORAGIILE)

DEFINITIE:

Prin otoragie se intelege scurgerea de sange prin conductul auditiv extern.

CAUZE:

1.Hemoragii auriculare posttraumatice benigne:

- plagi taiate, intepate sau zdrobite ale pavilionului urechii;
- leziuni traumatice pe conductul auditiv extern (prin manevre intempestive de grataj , cu ocazia manevrelor de scoatere a corpilor straini);
- in fracturile peretelui anterior al conductului auditiv extern si al condiliului mandibular in caderile pe barbie;
- in urma unei perforatii sau rupturi traumatice a timpanului (corpi straini, instrumente intepatoare);
- in traumatisme cranio - cerebrale, cu fractura stancii temporalului.

2.Hemoragii auriculare din cursul bolilor infectioase:

- Otite medii acute gripale;
- Otita medie, Otomastoidita supurata cronica polipoasa;
- Tumoare glomica.

3.Hemoragii auriculare grave, otoragii survenite prin:

- accidente dupa timpanectomie, prin lezarea sinusului lateral (din casa timpanului);
- erodarea arterei carotide interne (in cazuri de tuberculoza ulcerativa a stancii temporale, tumori maligne ale urechii, ale bazei craniului;

-fracturi sau leziuni ale regiunii otomastoidiene (posttraumatic) prin arme de foc.

MASURI DE URGENTA:

Indiferent de cauza, in cazul otoragiilor vor fii respectate riguros masurile de asepsie a conductului auditiv extern.

In aplicarea masurilor de urgenta se va tine seama de doua elemente:

- existenta sau nu a unui traumatism asupra urechii sau a craniului , urmat de otoragie;
- aparitia otoragiei in cursul unui proces inflamator otic.

Astfel,

1.In cazul otoragiilor posttraumatice benigne survenite in pavilionul urechii sau conductul auditiv extern, in lipsa medicului, cadrul mediu va aplica un tampon la locul hemoragiei si va aplica un pansament auricular steril, sau tamponament al conductului; va trimite bolnavul la un serviciu ORL sau neurochirurgie.

ATENTIE!

In cazul otoragiilor survenite in cadrul unui traumatism, cranio- cerebral, masurile de urgenta se adreseaza traumatismului craniocerebral (vezi capitolul corespunzator).

Se evita instilatiile auriculare, spalaturile auriculare.

2.In cazul otoragiilor survenite in cursul unui proces inflamator, primul ajutor in ambulator este aplicarea unui pansament steril auricular si trimiterea bolnavului intr-o unitate spitaliceasca.

In spital - in functie de intensitatea si cauza otoragiei medicul va face:

- toaleta chirurgicala a plagii;
- pensarea si ligatura vasului sangerand.

La nevoie:

- spalatura auriculara;
- instilatii auriculare cu solutii de glicerina si vasoconstrictoare (in cazul proceselor inflamatorii)
- tratamentul general de fond: antitermice, vit.C, dezinfectie nazofaringiana, antibiotic;
- tratament chirurgical.

DE RETINUT:

In otoragiile grave ,tratamentul corect este facut numai de specialist, in unitati sanitare bine dotate, unde in functie de cauza se vor face tratamente locale:

- mesajul conductului cu mese imbibate cu solutii hemostatice (trombina 5%);
- tratament general: transfuzie , hemostatice;
- trepanarea mastoidei (operatie prin care se deschide tabla externa a mastoidei si se indeparteaza leziunile).

HEMORAGIILE FARINGIENE

Hemoragiile pot surveni dupa traumatisme faringiene, dupa interventii chirurgicale (ADENOAMIGDALECTOMIE-extirparea vegetatiei adenoide si a amigdalelor palatine), biopsii, drenajul flegmonului periamigdalian etc.

Uneori au loc hemoragii spontane , putin abundente, dar repetate.

In aceste cazuri se pune problema diagnosticului diferential cu hematemeza, hemoptizia. Bolnavul v-a fi trimis intr-o unitate spitaliceasca pt. investigatii.

In hemoragiile faringiene survenite dupa interventii chirurgicale si care apar in spital (in sectiile de specialitate), hemostaza este facuta de medici specialisti, cadrelor medii revenindu-le sarcina de a semnala urgent medicului aparitia hemoragiei sau a altor semne (paloare marcata, varsaturi de sange negru, puls tahicardic, TA scazuta) si de a ajuta medical la interventia de urgenta, avand pregatit material steril si medicamente de urgenta.

De retinut:

Hemoragiile dupa amigdalectomie sunt de trei tipuri:

- precoce, in primele patru ore de la interventii, de obicei survin prin deschiderea unor vase (vene sau artere);
- dupa opt ore de la actul operator (aceleasi cauze = leziuni de vase);
- tardive, la 7-10 zile de la actul operator.

MASURI DE URGENTA

Urgenta propriu - zisa ce solicita ajutorul medicului din teren este hemoragia survenita tardiv dupa interventiile chirurgicale.

Pe baza anamnezei se poate constata ca bolnavul a fost operat in urma cu 7-10 zile si sangereaza brusc din faringe.

-se administreaza hemostatice generale (vit. K, venostat, Adrenostazin, E.A.C.=acid aminocaproic etc.)

-se transporta bolnavul de urgenta la serviciul ORL.

In spital- hemostaza o face medicul specialist:

-suprimarea reflexelor faringiene si a durerii prin tamponarea sau pulverizarea plagii si a mucoasei faringiene cu Xilina 2% , sau solutii anestezice in spray (stomacaina);

-comprimarea lojei amigdalene prin tamponare din tifon steril, imbibate in apa oxigenata solutii de Trombina, Coagulen sau alcool;

-compresiune prin compresorul Mikulitz;

-pensarea sau ligatura vasului;

-tratament medical;

-refrigerare locala prin succiune de gheata si aplicare de comprese reci;

-administrare de hemostatice (mentionate anterior);

-la nevoie, transfuzie de sange.

Atentie!

Bolnavul va fi supravegheat atent, va fi pus in pozitie sezand sau semisezanda, va fi sfatuit sa nu inghita.

HEMORAGIILE LARINGIENE

Hemoragiile laringiene sunt rare si pot sa survina:

-In cadrul unui traumatism laringian:

-plagi;

-fracturi ale laringelui;

-corpi straini;

-rupturi ale corzilor vocale (la cantareti);

-eforturi puternice de tuse;

-varsaturi.

-Postoperator :

-biopsii;

-Laringectomii.

-In afectiuni inflamatoare sau tumorale ale laringelui;

-In cadrul unei afectiuni generale:

-discrazii sanguine (Hemofilie, Purpura, Avitaminoza C si K);

-HTA;

-Leucoze acute si cronice;

-Insuficienta hepatica;

-boli infectioase cronice.

-Hemoragiile laringiene sunt periculoase prin patrunderea sangelui in caile pulmonare, cu riscul de asfixie (sufocare).

Atitudine de urgenta (vezi atitudinea in hemoragii traheobronsice)

HEMORAGIILE TRAHEOBRONSICE

In hemoragiile trahebronsice , hemoptizia este simptomul frecvent (sangele care se elimina prin tuse).

-Hemoragia poate fi cosecutiva unui corp strain, secundara unei interventii chirurgicale (trahetomizati , larigectomizati,dupa exereza pulmonara) sau dupa manevre endoscopice.

-Hemoragia poate sa survina si in cadrul unei:

- afectiuni traheobronsice;
- bronsita hemoragica;
- turbeculoza bronsica;
- cancer traheobronic;
- polipomatoza laringotraheala;
- tumori benigme.

-Hemoragia poate sa apara si in cadrul unei afectinui generale:

- discrazii sanguine;
- HTA;
- stenoza mitrala;
- insuficienta hepatica;
- astm bronsic.

Masuri de urgenta:

- repaus fizic absolute, repaus vocal;
- pozitie semisezanda;

In spital

- transportul bolnavului in spital , unde in cazul riscului de asfixie se face trahetomie;
- exceptand cazurile cu inundatie bronsica si iminenta de asfixie, se face calmarea tusei si anxietatii.

Atentie!

-Daca nu exista inundatie traheobronsica si iminenta de asfixie,la indicatia medicului se poate administra Morfina, care are efecte sedativ asupra tusei , starii psihice.

Mai pot fi administrate:

- barbiturice;

- preparate de Dionina;
- Atropina sau Tusocalmin.
- hemostatice cu actiune asupra vascularizatiei bronhopulmonare si hemostatice pulmonare.
- uneori se recurge la trasfuzii de sange in cantitate mica (100ml), cu scop hemostatic.

HEMORAGIILE ESOFAGIENE

-Hemoragiile din esofag au o etiologie foarte variata.

CAUZE:

Traumatisme esofagiene:

- manevre endoscopice;
- corpi straini esofagieni, tentative nereusite de extragere a unui corp strain;
- traumatism caloric sau coroziv al esofagului;
- plagi penetrante sau perforatii, rupturi spontane ale peretilor esofagieni.

Esofagopatii:

- esofagita peptica;
- cancerul esofagian;
- tumori benigne sau turbeculoza esofagiana.

Boli hepatobiliare:

- varicele esofagiene in cirozele hepatice.

Afectiuni generale:

- cardiopatii;
- scleroza vasculara;
- HTA;
- discrazii sanguine;
- leucemii.

SIMTOMATOLOGIE:

-Uneori debutul hemoragiei este brusc, fara semne premonitorii (la cirotici, traumatisme, corpi straini). Alteori este precedat de stare de rau, o jena sau apasare retrosternala.

-In hematemeza esofagiana (eliminarea sangelui prin varsatura) sangele este rosu, neacerat (hematemeza rosie) in cantitate variabila.

-Odata cu producerea hematemezei, mai ales cand aceasta este abundenta, se instaleaza semnele de anemie acuta (pulsul se accelereaza,TA se prabuseste, buzele si extremitatile bolnavului se cianozeaza, paloare, transpiratii, colaps).

-In cursul hemoragiilor esofagiene moderate sangele se varsa in stomac, de unde este eliminat sub forma de hematemeza cu sange negru si prin scaun (melena). Aceste cazuri nu se manifesta prin tabloul dramatic descris.

MASURI DE URGENTA:

-Repaus strict la pat in decubit dorsal, fara perna (in hemoragiile masive pozitia Trendelenburg, pt. mentinerea unei circulatii cerebrale corespunzatoare).

-Se interzice orice efort fizic (efortul fizic poate accentua hemoragia sau poate agrava tabloul clinic).

-As. med. va linisti bolnavii si apartinatorii, recomandandu-le calm si convingandu-i in acelasi timp si de necesitatea repausului.

Atentie!

Aceasta masura trapeutica trebuie aplicata atat la domiciliul bolnavului, in timpul transportului catre spital , cat si in spital. Repausul la pat dureza cel putin 3 zile dupa oprirea hemoragiei.

-As. med. va colecta intr-un vas sangele eliminat de bolnav si-l va prezenta medicului.

-Va curata gura bolnavului, cu capul asezat intr-o parte, fara sa deplaseze bolnavul.

-Prevenirea socului hemoragic trebuie sa se faca imediat la orice esalon al as. med., fie ca este vorba de dispensar rural ,de dispensar comasat, dispensar policlinic, camera de garda de spital etc. Evolutia unui H.D.S .(hemoragie digestiva superioara) fiind imprezibila, se recomanda ca medicul care vede prima data bolnavul sa puna o perfuzie cu solutii cristaloida, fie glucoza 5%, fie ser fiziologic.Indicatia de transfuzie se face mai tarziu, la aprecierea medicului.

-Bolnavul cu H.D.S. trebuie in mod obligatoriu sa fie internat, tocmai pt., a evita evolutia fatala in caz de agravare a hemoragiei, eventualitate care este imprezibila.

Conduita in spital

-Supravegherea functiilor vitale. In hemoragiile masive se face din ora in ora.

Examinari de laborator

La indicatia medicului:

-Se recolteaza sange pt. determinarea hematocritului nr. hematiilor, hemoglobinei (hemograma).

-Se recolteaza scaunul pt. a-l trimite la laborator in vederea punerii in evidenta a sangelui din materiile fecale (reactia Adler sau Grecersen).

-In cazuri grave (stari de soc) se determina azotemia, ionograma , rezerva alcalina, testele de coagulare.In clinicile mari se face si determinarea volumului sanguin cu metode izotopice.

Aplicarea masurilor terapeutice indicate de medic

-As. med.aplica punga cu gheata.

-Pregateste sange izogrup, izoRh si instaleaza transfuzia de sange.

-Administreaza (in cazul ca se asociaza) medicatia hemostatica (CaCl₂, gluconat de calciu,vitaminele K, C, venostat, trombina, adrenostazin).

-Instaleaza perfuzie cu substituenti de volum: macrodex (dextran 70), rheomacrodex (dextran 40). In lipsa de solutie macromoleculara se poate perfuza ser fiziologic sau glucozat, dar acestea au actiune mai slaba pt. refacerea volemiei.

-Pregateste si administreza, in cazurile indicate, sedative (fenobarbital, diazepam) pt. calmarea starii de agitatie.

De precizat. Diagnosticul cauzei H.D.S. poate fii precizat (in afara anamnezei si examenul clinic) prin endoscopia digestiva, care trebuie sa se practice de urgenta dupa ce bolnavul a iesit din socul hemoragic.

Alimentatia

-Se suprima alimentatia pe gura, bolnavul putand primi numai lichide reci cu lingurita si bucatele de gheata in prima zi. Eventual lapte rece in cantitati mici (20 - 30 ml), din ora in ora.

-In functie de evolutie, a doua zi de la sangarare sunt permise 12 - 14 mese, compuse din 150 - 200 ml lapte, regim hidrozaharat.

-Incepend cu a treia zi regimul se imbogateste, adaugandu-se supe mucilaginoase , gris cu lapte,piureuri de legume, budinci, creme, ou moale, carne slaba de vita sau pasare, legume fierte, adaugandu-se in cateva zile (5 - 7) la o ratie calorica de 1500 - 2000 calorii.

Particularitati terapeutice

-Cand hemoragia este data de ruptura varicelor esofagiene, se introduce in esofag, pt. 24-36 de ore, sonda speciala cu balonas esofagian compresiv (tip Sengstaken - Blackmore) sau se recurge la scleroza vaselor esofagiene.

-In hemoragiile de orice sursa se administreza o fiola noratrinol peroral, cu 60 ml ceai.

In cazurile in care hemoragia nu cedeaza se repeta dupa incercarea metodelor terapeutice descrise , se recurge la interventia chirurgicala.