

- modalități de îndepărtare (ex: pomezele – cu tamponane îmbibate în soluții uleioase sau antiseptice; pastele cu tamponane îmbibate în soluții uleioase)
- pregătirea pacientului și participarea la efectuarea altor tratamente:
- tratament chirurgical:
  - biopsie incizională sau excizională
  - electrochirurgia – distrugerea leziunilor patologice cu ajutorul curentului electric (electrocauterizare)
  - crioterapia – distrugerea prin congelare utilizând azot lichid sau zăpadă carbonică
  - fototerapia – tratament cu raze ultraviolete
  - radioterapia – iradiere superficială
  - laserterapia
- administrarea tratamentului medicamentos prescris de medic (calmante, sedative, antibiotice etc.) și urmărirea efectului terapeutic
- măsurarea funcțiilor vitale
- observarea apariției unor complicații
- educația pacientului privind:
  - măsuri de prevenire a transmiterii infecției
  - măsuri de prevenire a suprainfectării leziunilor
  - necesitatea respectării dietei prescrise
  - continuarea tratamentului la domiciliu
  - necesitatea unei igiene riguroase
- încurajarea pacientului în a-și aprecia în mod realist aspectul fizic, în vederea redobândirii unei imagini de sine pozitive.

# Îngrijirea Pacienților cu afecțiuni neurologice

## NOȚIUNI DE ANATOMIE ȘI FIZIOLOGIE A SISTEMULUI NERVOȘ

Totalitatea organelor alcătuite predominant din țesut nervos specializat în recepționarea, transmiterea și prelucrarea informațiilor (excitațiilor) culese din mediul extern sau intern, formează sistemul nervos.

Rolul sistemului nervos:

- face legătura dintre organism și mediul înconjurător
- coordonează și reglează activitatea tuturor Țesuturilor și organelor.

Stimuli primari sub forma influxului nervos sunt analizați și pe baza lor se elaborează comenzi ce sunt trimise spre toate organele și sistemele.

Aceste funcții se realizează în principal prin *acte reflexe*, care au la bază *arcurile reflexe*:

- receptor
- cale aferentă
- centrul nervos
- cale eferentă
- efector.

Deci, funcția de bază a sistemului nervos = menținerea legăturilor dintre organism și mediul înconjurător și de a coordona și regla activitatea tuturor Țesuturilor, organelor și sistemelor care alcătuiesc organismul.

În raport cu aceste funcții, sistemul nervos este împărțit în:

- I. **Sistemul nervos somatic** sau al vieții de relație, care asigură legătura organism – mediu exterior. Acesta se împarte în:

S.N. central – encefal + măduva spinării  
S.N. periferic – nervii cranieni + nervii spinali.

- II. **Sistemul nervos vegetativ** sau autonom – asigură coordonarea funcționării organelor interne. Este format din:

- o porțiune centrală, situată în măduva spinării și trunchiul cerebral
- o porțiune periferică – ganglioni + fibre nervoase vegetative.



## I. SISTEMUL NERVOS SOMATIC

### Sistemul nervos central:

**Encefalul** – împărțit (în mare) în trei zone: creierul mare, trunchiul cerebral, cerebelul.

Creierul mare este împărțit în 2 lobi frontali, 2 lobi parietali, 2 lobi temporali și 2 lobi occipitali:

- lobil frontal – este sediul neuronului motor central, deci sediul mișcărilor voluntare; leziunile lobului frontal se însoțesc de tulburări motorii (paralizii), tulburări în expresia verbală și scrisă = afazie motorie, tulburări de comportament
- lobil parietal – este sediul cortical al analizorului sensibilității generale
- lobil temporal cuprinde sediul cortical al analizorului auditiv
- lobil occipital – este sediul capătului cortical al analizorului vizual (leziunea produce halucinații vizuale).

Este important de notat că funcția vorbirii este localizată în partea stângă pentru toți dreptacii și pentru majoritatea stângacilor.

**Măduva spinării** – este partea sistemului nervos central, adăpostită în canalul vertebral (rahidian).

**Măduva spinării** conține, structural, o materie cenușie în formă de H (corpul celular nervoase, înconjurate de materie albă, care este împărțită în trei perechi de coarne potrivit localizării lor: anterioare, laterale și posterioare.

Coarnele anterioare ale substanței cenușii sunt motorii, cele posterioare senzitive, iar cele laterale au funcții vegetative.

Substanța albă este formată din:

- căi motorii descendente și căi senzitive ascendente.

S.N.C. este acoperit de membrane cu rol trofic și de protecție, numite meninge (spinale, la nivelul măduvei spinării și cerebrale, la nivelul encefalului).

Cele trei foițe meningiene sunt formate din:

- dura mater – o membrană fibroasă în contact cu osul (spațiul subdural) = între dura mater și arahnoidă
- arahnoidă – căptușește fața internă a durei mater (spațiul subarahnoidian)
- pia mater – care acoperă țesutul nervos.

Spațiul subarahnoidian cuprins între arahnoidă și pia mater conține lichidul cefalorahidian (LCR).

### Sistemul nervos periferic

Sistemul nervos periferic (SNP) conține *prelungirile neuronilor*, care constituie nervii pe traiectul cărora se pot găsi și ganglioni. Prolungirile neuronilor sunt: axonii (prin care influxul nervos pleacă de la celulă) și dendritele (prin care influxul vine la celulă).

**REȚINETE:** corpii neuronali formează *substanța cenușie* a sistemului nervos, iar prelungirile acestora *substanța albă*.

Nervii periferici sunt fascicule de nervi individuali care sunt fie senzitivi, fie motori sau mișcți.

Din nervii periferici fac parte nervii cranieni în nr. de 12 perechi și nervii rahidieni.

## II. SISTEMUL NERVOS VEGETATIV

Sistemul nervos vegetativ își poate coordona activitatea și independent de voință, de aceea este numit și sistem nervos autonom. Activitatea sa este reglată de segmentele superioare ale S.N.C. și în mod special de scoarță.

Sistemul nervos vegetativ (sau autonom) coordonează activitatea organelor interne: bătăile inimii, presiunea sângelui, distribuția sângelui, frecvența mișcărilor respiratorii, secreția etc. – prin reglarea funcțiilor cardiovasculare, respiratorii și endocrine. Simpaticul și parasimpaticul exercită asupra fiecărui organ acțiuni antagoniste: unul stimulează, celălalt inhibă. Astfel, influxul simpatic crește activitatea cardiacă, în timp ce influxul parasimpatic o diminuează. Dimpotrivă, influxul parasimpatic crește activitatea digestivă, în timp ce influxul simpatic o inhibă.

Excitația simpatică mărește catabolismul, în timp ce parasimpaticul crește anabolismul.

Prin aceste acțiuni antagoniste, se favorizează menținerea homeostaziei.

### Explicarea unor termeni

tracturi/fascicule	= grupări de fibre nervoase situate în SNC, care conduc impulsurile nervoase ascendente = aferente, centrii MS spre centrii superiori descendente = eferente
ganglioni	= aglomerări de corpi neuronali situați în afara SNC senzitivi – așezați pe rădăcina posterioară a nervilor spinali și pe traiectul unor nervi cranieni – alcătuiți din neuroni senzitivi vegetativi – se află de o parte și de alta a coloanei vertebrale, în apropiere de viscere sau în peretele acestora – alcătuiți din neuroni vegetativi
nucleu	= o grupare de corpi neuronali situați în SNC, iar prin centru nervos se înțelege aspectul funcțional al acestor nucleu
impuls sau influx nervos	= propagarea în sens centripug sau centripet a unei de excitație într-o fibră nervoasă

### Căile de transmitere ale sistemului senzitiv

– sunt fasciculele ascendente, aferente, centripete, care conduc influxul nervos de la centrii nervoși din măduvă (primit de la piele, mușchi, tendoane, aponevroze) la centrii nervoși superiori din encefal (bulb, cerebel, talamus).



## Căile de transmitere ale sistemului motor

- Sunt reprezentate de fasciculele descendente, **centenajge**, eferențe, care coboară de la scoarța cerebrală și celiați nucleii din encefal la neuronii din periferie din coarnele anterioare ale măduvei spinării, care la rândul său trimite axonii la organele efectoare (ex. mușchi).

## EDUCAȚIA PACIENTULUI CU AFECȚIUNI NEUROLOGICE

- în perioada embrionară, sifilisul, alcoolismul părinților, rușea mamei pot leza copilul
- sifilisul să fie tratat la timp și înainte de conceperea copilului
- să nu se abuzeze de alcool, mai ales în timpul concepției copilului
- mama să se ferească de boli în timpul sarcinii și să respecte regimul dietetic
- nașterea să se facă în unități spitalicești
- control periodic al acuității vizuale, al T.A.
- tratamentul H.T.A.
- evitarea stresului emoțional și a oboselii fizice
- alternarea perioadelor de activitate cu perioade de repaus
- evitarea expunerii la căldură excesivă

## EVALUAREA MORFO-FUNCȚIONALĂ A SISTEMULUI NERVOS

Aprecierea neurologică se face, de obicei, în funcție de starea persoanei și a graba cu care trebuie colectate datele și cuprinde:

### Investigații radiologice

- **radiografia simplă**
    - a craniului – se pot determina anomalii traumatiche, de dezvoltare sau modificări tumorale ale oaselor
    - a coloanei vertebrale – (cervicale, dorsale, lombare)
  - **pneumoencefalografia** – constă în studiul morfologic al spațiilor subarahnoidiene și a ventriculilor cerebrali, care permite localizarea a leziunilor la creier. Examinarea se face prin injectarea de aer prin puncție suboccipitală sau lombară.
- Pregătirea pacientului este descrisă în „T.E.I.” – Lucreția Titică.
- În completare, mai amintim câteva intervenții:
- este necesar un consimțământ scris din partea pacientului sau a familiei
  - i se explică procedura: durata este de aproximativ 2 ore
  - se observă pacientul îndeaproape – pentru dureri de cap, greață, vomă sau orice schimbare a culorii sau a funcțiilor vitale
- După procedură:
- pacientul rămâne culcat 24–48 ore, se supraveghează funcțiile vitale
  - durerea de cap poate dura 48 ore – până se absoarbe aerul.

### NOTĂ:

Pneumoencefalografia nu mai este folosită atât de frecvent ca altădată din cauza riscului pe care-l prezintă. Astfel, este contraindicată când există suspiciunea de hipertensiune intracraniană: riscul apariției herniei uncusului temporal și al amigdalelor cerebeloase, cu posibila comprimare a trunchiului cerebral și moarte

- **Ventriculografia** – indicată în caz de suspiciune de tumoră cerebrală
  - este similară pneumoencefalografiei, cu excepția faptului că aerul este introdus direct în ventriculii laterali, prin orificiile practice în cutia craniană (trepanație)
  - procedura se execută în sala de operație
  - partea de sus sau din spate a capului este parțial rasă
  - de obicei, este folosită anestezia generală (intravenoasă sau cu anestezice inhalatorii)
- După procedură, la fel ca și în cazul pneumoencefalografiei, este necesară observarea orificiului practicat (hemoragie, secreție).
- **Mielografia** – se face prin injectarea unui gaz sau a unui lichid în spațiul subarahnoidian prin puncție lombară sau occipitală
  - pacientul este poziționat lateral, cu gulerul și capul flectate (în cazul puncției lombare)

După procedură:

- substanța opacă se extrage prin altă puncție: dacă este lăsată, irită meningele.

### ● Tomografia computerizată:

– această tehnică realizează imagini detaliate (este mai eficientă și pentru detecția neoplaziei creierului)

Pregătirea pacientului:

- nu necesită nici o măsură specială de pregătire
- durata = aproximativ 20–30 minute – fără substanța de contrast; 60 de minute, dacă este făcută cu substanța de contrast
- procedura nu este dureroasă
- se face testarea sensibilității la iod, dacă se folosește substanța de contrast.

După procedură: – nu apar efecte adverse.

### ● Rezonanța magnetică nucleară

Această procedură folosește un magnet foarte puternic cu unde de radiofrecvență și un computer pentru a produce imagini asemănătoare razelor X.

Această procedură este extrem de folositoare în vizualizarea zonelor creierului ce nu se vizualizează ușor, de exemplu trunchiul cerebral.



#### Pregătirea pacientului:

- nu este necesară o pregătire fizică
- se îndepărtează obiectele ce ar putea fi vătămăte de magnet (ceasuri, proteze metalice, pacemakerul)
- se explică pacientului: durată aproximativ 60 minute

#### ● *Angiografia cerebrală (angiograma) vezi (T.E.1.)*

- arteriografia cerebrală – indicată pentru vizualizarea radiologică a sistemului arterial cerebral; uzual, vasele folosite pentru introducerea cateterului sunt: carotida, vasele vertebrale sau femurala; substanța de contrast se injectează atunci când se ia filmele.

#### Pregătirea pacientului:

- sedare, evaluarea funcțiilor vitale, testarea la iod, explicarea procedurii: durată 2–3 ore
- anestezie locală la locul puncției.

#### RETINETI:

După extragerea cateterului se aplică presiune la locul puncției cel puțin 5 minute.

- se verifică frecvent locul puncției pentru prezența unui eventual hematom
- în cazul folosirii carotidei, se verifică eventuala apariție dificultății respirației sau a deglutiției
- substanța folosită poate crește presiunea intracraniană

#### PRECIZARE:

Angiografia mai poate fi efectuată folosind accesul venos (flebografia). De obicei, cateterul este introdus în vena de la braț. În cazul efectuării unei flebografii epidurale lombare, cateterul se inserază în vena femurală, se conduce până la vena lombară ascendentă sau până la venele iliace interne. Se injectează, apoi, substanța de contrast. Această tehnică permite diagnosticarea herniilor discale lombare.

#### Examinări radioactive cu radioizotopi

##### ● *Tomografia cu emisii de pozitroni*

Aceasta implică folosirea unor substanțe radioactive, care emit electroni pozitivi (pozitroni). Pacientul fie inhalează gaz radioactiv, fie i se injectează o substanță radioactivă.

##### ● *Encefalo-scintigrafia, gama-angio-encefalografia*

- se injectează pe cale intravenoasă tehniciu marcat și se studiază emiteria razelor gama, imediat și după 3–4 ore. Se utilizează pentru diagnosticarea tumorilor (mai ales meningioame), hematoame, abcese și infarctul cerebral. La nivelul măduvei, se

#### Examinări electrice

utilizează alte elemente radioactive (de ex. albumina serică umană, marcată cu iod radioactiv), care se injectează în L.C.R. prin puncție lombară.

##### ● *Electroencefalografia (E.E.G.)*

- înregistrează activitatea bioelectrică a creierului. Legătura cu pacientul se face prin cabluri cu electrozi metalici. Se pot înregistra simultan 4, 6, 8, 10, 12 sau 24 derivații, după numărul canalelor pentru care sunt construite.

Pe traseele obținute, se pot distinge 4 tipuri de ritmuri cerebrale:

- alfa ( $\alpha$ ) = 8–12 c/s
- beta ( $\beta$ ) = 14–30 c/s
- teta ( $\theta$ ) = 4–7 c/s
- delta ( $\Delta$ ) = 0,5–3 c/s

E.E.G.-ul se utilizează în:

- diagnosticul diferențial al formelor de epilepsie; al infecțiilor neurologice, al traumatismelor cerebrale, leziuni vasculare, tumori cerebrale.

#### Pregătirea pacientului:

- 3 zile înainte este interzisă medicația
- scalpul și părul să fie curate (se spală părul)
- se încurajează pacientul să fie liniștit și să se odinească
- se explică procedura: durată 1 oră sau mai mult; testul nu este dureros; electrozii sunt atașați pe cap
- pacientul stă confortabil într-un scaun sau este culcat pe pat, cu ochii închiși, nemișcat, pentru că blocurenții produși de contracțiile musculare modifică rezultatul
- copiii mici sunt adormiți și apoi se face înregistrarea.

##### ● *Electromiograma (E.M.G.)*

– măsoară activitatea electrică a mușchilor.

Activitatea electrică poate fi auzită prin intermediul unui difuzor și văzută pe un osciloscop și poate fi desenată în același timp. E.M.G. ajută la identificarea problemelor neuromusculare – (compresionul rădăcinilor nervilor, atingerea trunchiurilor nervilor periferici, miopatii); de asemenea, se poate face diagnosticul diferențial între paralizile de origine periferică și paralizile de origine centrală (prin examenul electric al nervilor și mușchilor)

#### Pregătirea pacientului:

- Se explică procedura, durată aproximativ 45 minute pentru un mușchi; se resimte un anumit disconfort când sunt inserați electrozii (uneori, dureri mai intense)

– curentul electric produce, de asemenea, disconfort

#### Procedura:

- electrozii sunt inserați pe mușchii scheletici
- curentul electric trece prin electrozi



**Puncția**  
– lombară  
– occipitală

Puncția lombară se face pentru a măsura presiunea, pentru extrage LCR, în vederea unor analize, așa se verifică prezența sau absența sângelui.

**IMPORTANT:**

Puncția lombară este contraindicată în caz de hipertensiune intracraniană – deoarece, prin extragerea de lichid, există riscul de a provoca accidente foarte grave.

Reducerea rapidă a presiunii cauzează hernierea structurilor cerebrale (amigdalelor cerebeloase în gaura occipitală), producând compresione bulbară (asupra centrilor vitali) ceea ce poate cauza moartea.

Pentru aceasta, toate puncțiile lombare trebuie să fie precedate de un examen al fundului de ochi – pentru a verifica presiunea intracraniană.

*Pregătirea pacientului și procedura sunt descrise detaliat în*

*„Tehnici de evaluare și îngrijire” – Lucrarea Titlică*

Redăm doar câteva valori de referință ale LCR

- presiune 70–180 mm de apă
- glucoza 50–75 mg 100/ml;
- 2,70–4,4 mmol/l
- proteine 15–45 mg% – în prezența unor boli inflamatorii și în prezența tumorilor cerebrale proteinele sunt crescute
- gama globuline 3–9 %
- elemente 0–4/mm<sup>3</sup>

Tuberculoza și infecțiile virale pot cauza o creștere a limfocitelor

**Examenul fundului de ochi**

Examenul fundului de ochi (oftalmoscopia) poate pune în evidență: – o stază pupilară (semn de hipertensiune intracraniană și atrofie optică).

Examenul F.O. și măsurarea tensiunii în artera centrală a retinei (TACR) sunt descrise în Breviar – Lucrarea Titlică.

**Echo-encefalografia**

Examinarea se face cu ajutorul ultrasunetelor

**Exame de laborator**

- Examenul sângelui**
- ionograma
  - R.B.W.
  - analiza gazelor
  - nivel de medicamente
- Examenul urinei**
- electroliții eliminați

**APRECIEREA STĂRII NEUROLOGICE**

Asistențele profesionale sunt implicate în aprecierile inițiale și continue ale stării neurologice a pacientului.

Cu toate că datele colectate vor folosi și medicului, primul scop este de a permite asistentei să identifice gradul în care pacientul este capabil să efectueze activități de autoîngrijire și de a aprecia modul în care aceste activități sunt limitate de deficiențe identificate la nivelul capacităților motorii, senzoriale, afective sau intelectuale.

Această analiză atentă va conduce la planuri cuprinzătoare de îngrijire. Activitatea, care este una din nevoile de bază, depinde de un sistem nervos intact și de un sistem osteoarticular intact.

**Culegerea datelor**

**Intervi:**

- când a intervenit boala
- instalarea simptomelor (durere de cap, vertij, modificări de vedere, slăbiciune)
- date psihosociale (membrii familiei, relațiile și interacțiunea lor, aspectul etnic, interese extraprofesionale, ocupație, educație, modul în care activitățile zilnice sunt efectuate, tensiune la serviciu)
- se apreciază modul de comportare (irritabilitate, pierderea memoriei, agnozie)
- starea de sănătate a familiei

**NOTĂ:**

Reamintim definiția *noțiunii de gnozie*:

Capacitatea specială de a recunoaște excitațiile venite din mediul exterior sau din corpul nostru prin intermediul oricăror simțuri speciale (de exemplu, capacitatea de a recunoaște obiectele) = **gnozie**.

Absența acestor capacități = agnozie.

**Probleme**

**Manifestări de dependență**  
(Semne și simptome)

- **pareză** – diminuarea forței musculare
- **paralizie** – absența completă a forței musculare
- **hemiplegie** – paralizia unei jumătăți de corp
- **paraplegie** – paralizia părții inferioare a corpului
- **diplegie** – paralizia părților similare (simetrice) ale celor 2 jumătăți ale corpului
- **monoplegie** – paralizia unui singur membru
- **tetraplegie** – paralizia celor patru membre

**NOTĂ:** paralizile se datoresc fie leziunii căii piramidale, fie neuronului motor periferic.



– modificări de tonus muscular	<p>– <i>hipertonie</i> – sau contractură musculară – exagerarea tonusului</p> <p>– <i>hipotonie</i> – musculară – diminuarea tonusului</p> <p>NOTĂ: Tulburările de tonus pot exista și asociate cu paralizii hipertonice + paralizii = paralizie spastică hipotonice + paralizii = paralizie flasacă</p>
Tulburări ale ortostatismului și mersului	<p>Studiul ortostatismului și mersului ne furnizează date asupra tonusului muscular și asupra tonusului muscular al membrilor inferioare ale echilibrului:</p> <p>– <i>mers talonat</i> (în Tabes) mersul este necoordonat, pașii sunt aruncând picioarele și lovind pământul cu călcăiele.</p> <p>– <i>mers cosând</i> (în hemiplegie, în stadiul de recuperare) gamba este rigidă, membrul inferior este întins = aspectul fiind de mers cosând</p> <p>– <i>mers stepat</i> – gamba fiind ridicată sus, pentru a nu lovi pământul cu vârful piciorului (leziuni ale nervului motor periferic polinevritic)</p> <p>– <i>ataxie</i> – tulburări de coordonare a mișcărilor</p> <p>Poate fi:</p> <p>– <i>ataxie statică</i> – tulburări de echilibru stând în picioare, risc de cădere</p> <p>– <i>ataxie locomotrice</i> (kinetică) – tulburări de echilibru în mers</p>
Mișcări anormale	<p>– <i>tremurături</i> (boala Parkinson, alcoolism, Basedow, scleroză plăci); pot fi generalizate sau localizate (la mâini, cap)</p> <p>– <i>spasme și crampe</i> – contracturi (tetanie, tumori cerebrale, tetanos)</p> <p>– <i>convulsii</i> – crize de contracții musculare, urmate de relaxare (epilepsie, hipertensiune intracraniană)</p> <p>– <i>ticuri</i> – mișcări clonice involuntare, rapide, care se repetă în mod stereotip: ale ochilor, gurii, brațului, piciorului</p> <p>– <i>mioclonii</i> – contracții involuntare bruște ale unui mușchi sau grup de mușchi</p> <p>– <i>mișcări coreice</i> – mișcări involuntare dezordonate bruște rapide – (coree)</p> <p>– <i>mișcări atetozice</i> – mișcări involuntare lente – (leziuni extinse piramidale)</p>
Tulburări de sensibilitate – subiective	<p>Parestezie:</p> <p>– senzații de înțepătură</p> <p>– furnicăături</p> <p>– amorțeli</p>

– obiective	<p>RETINETI: senzația penibilă de înțepătură, furnicăături, amorțeli, apăsătoare fără o cauză aparentă, se numește parestezie</p> <p>Durerea:</p> <p>– durerea de cap – își are sursa în multe procese patologice. Din perspectivă neurologică, durerea de cap poate avea mai multe cauze: tumori, hemoragii intracraniene, inflamația meningelui, dilatarea vaselor cerebrale, traumatisme craniene, hipoxia cerebrală, boli sistemice, ale ochiului, urechii sau sinusurilor.</p> <p>Se caută prin diferite metode: sensibilitate superficială (tactilă, termică și dureroasă) și sensibilitate profundă (artrokinețică și vibratorie).</p> <p>Tulburări ale sensibilității obiective:</p> <p>În terminologia neurologică, se desemnează:</p> <p>– anestezie – pierderea sensibilității (zone ale pielii, în care senzația este absentă)</p> <p>– hipoestezie – diminuarea sensibilității</p> <p>– hiperestezie – accentuarea anormală a sensibilității pielii – până la senzația dureroasă</p>
Tulburări ale reflexelor	<p>O <i>mișcare reflexă</i> este o contracție musculară involuntară provocată printr-un stimul</p> <p>– <i>areflexia</i> – abolirea reflexelor</p> <p>– <i>hiperreflexia</i> – exagerarea reflexelor</p> <p>– <i>hiporeflexia</i> – diminuarea reflexelor</p> <p>Se cercetează:</p> <p>a) <i>Reflexele osteotendinoase</i> (se examinează prin percucia unui tendon) și sunt reflexe de întindere a mușchilor = miotatice.</p> <p>– r. achilian (Tendonul achilian)</p> <p>– r. rotulian (Tendonul rotulian)</p> <p>– r. bicipital (Tendonul bicepsului la plica cotului)</p> <p>– r. tricipital (Tendonul tricepsului, în vecinătatea olecranului)</p> <p>b) <i>Reflexe cutanate:</i></p> <p>– r. cutanate abdominale (se obțin prin atingerea peretelui abdominal cu partea neascuțită a unui ac)</p> <p>– r. cutanat plantar (excitarea marginii externe a plantei – semnul Babinski)</p> <p>c) <i>Reflexe vegetative:</i></p> <p>– reflexul pupilar la lumină (proiecția unui fascicul luminos pe pupilă – provoacă mioza)</p> <p>d) <i>Reflexe mucoase</i> – Reflexe superficiale ale nervilor cranieni:</p> <p>– r. cornean (atingerea corneei cu o bucată de vată – este absent, în comă)</p> <p>– r. palatin (atingerea mucoasei palatine)</p> <p>– r. faringian (atingerea mucoasei faringiene)</p>



Tulburări trofice	<ul style="list-style-type: none"> <li>atrofie musculară</li> <li>escare cutanate</li> <li>anchiloză articulară</li> </ul>
Tulburări sfinceriene	<ul style="list-style-type: none"> <li>retenție – urinară; fecală (constipație)</li> <li>incontinență – urinară; fecală</li> </ul>
Comunicare ineficientă la nivel intelectual și afectiv	<p><b>DE RETINUT:</b> Tulburările sfinceriene pot fi cauzate de abolirea controlului voluntar asupra reflexelor de micțiune și de defecație sau de abolirea acestor reflexe.</p> <p>În cadrul alterării stării mentale, pot apărea:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>tulburări la nivel intelectual: <ul style="list-style-type: none"> <li>capacitatea de a gândi abstract (se poate testa rugându-l pacientul să explice un proverb)</li> <li>dezorientare în timp și spațiu (se pun întrebări: data, locul)</li> <li>pierderea memoriei (se pun întrebări, fapte recente, fapte din trecut)</li> </ul> </li> <li>tulburări la nivel afectiv <ul style="list-style-type: none"> <li>fugă de idei</li> <li>logoree, mutism</li> <li>stare depresivă sau euforică, anxietate, apatie, instabilitate agresivitate, idei de suicid, idei de persecuție</li> <li>labilitate emoțională (dispoziția trece repede de la o extremă la alta)</li> <li>dispoziția persoanei este nepotrivită subiectului discutat (Vezi „Ghid de Nursing” – Nevoia de a comunica)</li> </ul> </li> </ul>
Tulburări de limbaj	<ul style="list-style-type: none"> <li>dizartria – dificultate în articularea cuvintelor</li> <li>anartria – imposibilitatea de a articula cuvintele</li> <li>afonie – pierderea vocii</li> <li>afazie – pierderea capacității de a se exprima corect verbal sau în scris sau de a înțelege limbajul vorbit sau scris</li> </ul>
Tulburări de praxie	<ul style="list-style-type: none"> <li>apraxie – incapacitatea de a executa corect gesturile (de exemplu: manipularea adecvată a obiectelor uzuale)</li> </ul>
Tulburări de conștiință	<ul style="list-style-type: none"> <li>somnolent, obnubilat, confuz, stupor, coma [(superficială, medie, profundă (carus), ireversibilă (depășită))]</li> </ul>

### EXAMENUL NERVIILOR CRANIENI

Nervii transmit mesaje de la și către mușchii care îi permit persoanei mișcarea activității zilnice.

Afectarea nervilor cranieni produce diferite dereglări ca de exemplu: pierdere vederii la un ochi, inegalitate pupilară, o slăbire unilaterală a mușchilor masele

perturbarea gustului, mirosului, paralizie facială, greutate în deglutiție, dificultate în a ridica umerii sau a întoarce capul.  
Pentru a identifica prezența unor asemenea leziuni, trebuie testat fiecare nerv cranian prin **examenul nervilor cranieni**.

Nervii afectați	
<b>Manifestări de dependență</b> (Semne și simptome)	
<b>– nervul nr. I (olfactiv)</b>  Acest nerv este testat rugând pacientul să țină ochii închiși și să identifice mirosul.  Substanța mirositoare (cafea, tutun, săpun, mentă) este ținută în dreptul fiecărei nări, în timp ce cealaltă nară este blocată. – anosmie – absența mirosului – hiposmie – diminuarea simțului olfactiv – parosmie – confundarea mirosului	<p><b>DE RETINUT:</b> Tumorile la baza lobului frontal și traumatismele craniocerebrale sunt cauze frecvente ale anosmiei neurogenice. (Cauzele rinogene trebuie excluse înainte de stabilirea diagnosticului)</p>
<b>– nervul nr. II (optic)</b>  – amauroza (orbire) – pierderea completă a vederii – ambliopie – diminuarea acuității vizuale – îngustarea câmpului vizual – scotom – puncte luminoase sau o pată care maschează o parte a câmpului vizual – hemianopsie – pierderea vederii la cei doi ochi în jumătatea câmpului vizual – acromatopsie – abolirea percepției culorilor – daltonism – abolirea percepției anumitor culori (în general, roșu și verde) – hemeralopie – scăderea vederii în condiții de iluminare redusă – nictalopie – vedere mai bună seara decât ziua	
<b>– nervul nr. III, IV și VI (oculomotor, comun, trohlear, oculomotor extern)</b>  – ploză (căderea) plicapei superioare (III) – diplopie – vedere dublă (III, IV, VI) – midriază – dilatarea pupilei – strabism – vedere sașie – amizocorie – inegalitate pupilară	
<b>– nervul V (trigemen)</b>  Este un nerv mixt, având o componentă motorie și una senzitivă. Este cel mai mare nerv cranian. Partea motorie inervează mușchii temporali și cei maxilari; partea senzitivă inervează corneea, fața, capul și orice membrană mucoasă.	



	Testarea componentei senzitive se face din punct de vedere al durerii, temperaturii, atingerii și prin apăsarea reflexelor corneean. Lezarea acestui nerv produce: – nevralgie facială – anestezia feței, mucoasei bucale, nazale etc. – trismus – încheștarea maxilarelor – prin contractura maseterilor
– nervul VII (facial)	Nerv mixt, care este responsabil de mișcarea facială și senzația gustativă. Partea motorie se testează rugând pacientul să realizeze anumite mișcări faciale. Examinatorul observă slăbiciunea musculară: incapacitatea de a zâmbi, de a închide complet ambii ochi, de a arăta dinții, de a strânge buzele, de a umla obraji. Senzația gustativă este testată plasând sare, zahăr sau substanță amăruie pe limbă pentru a fi identificată. Leziunile nervului facial produce paralizia facială: – ochiul larg deschis (lagofalmie) – comisura bucală mai coborâtă de partea bolnavă – gura este deviată de partea sănătoasă – nu poate fluiera și sufla
– nervul nr. VIII (acustico-vestibular)	– Vertij – tulburări de echilibru – nistagmus – mișcări oscilatorii ritmice ale globilor oculari în toate direcțiile – surditate – testare cu diapazonul și audiometria
– nervul nr. IX, X, XI (glososfaringian, vag, spinal)	– tulburări de gust, anestezia fundului gâtului, tulburări de deglutiție pentru solide (nr. IX) reținerea pe nas a lichidelor (nr. X, XI) – disfagie – paralizia laringelui, a vălului palatin (nr. X, XI) și a mușchilor sterno-cleido-mastoidian (nr. XI) – atonie (în paralizia bilaterală a nervului nr. X)
– nervul nr. XII (hipoglos)	– hemiparalizia și hemiatrofia limbii cu tulburări în articularele cuvintelor, în masticăție și înghițire

## ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU HIPERTENSIUNE INTRACRANIANĂ (H.T.I.C.)

### Generalități

Cuția craniană conține encefalul (parenchimul nervos), lichidul cefalo-rahidian și vasele de sânge.

Orice mărire a volumului conținutului cuției craniene produce creșterea presiunii intracraniene, deoarece cuția craniană este închisă, rigidă, inextensibilă.  
Fiecare din cele trei sectoare – parenchimat, lichidian și vascular – pot fi interesate izolat sau în asociere. Izolat, H.T.I.C. poate apărea prin:  
1. acumularea de lichid transudativ în țesutul cerebral = *edem cerebral* (în tulburările de vaso-motricitate cerebrală, în boi care distrug permeabilitatea membranelor celulare, permeabilitatea capilarelor, în unele intoxicații, neuroinfecții, alergii);  
2. H.T.I.C. prin prezența de L.C.R. în exces = hidrocefalie (după meningite, hemoragii subarahnoidiene, după traumatisme crano-cerebrale, tumori cerebrale);  
3. H.T.I.C. de cauză vasculară:  
– existența unui obstacol pe căile venoase cerebrale va conduce la acumularea de sânge la nivel cerebral  
– vasodilatația excesivă a arterelor, distensia pasivă a vaselor – în cazul hipertensiunii arteriale paroxistice.

### Culegerea datelor

Circumstanțe de apariție:  
– blocarea drenajului sistemului ventricular, absorbția scăzută a conținutului cranian etc. (vezi generalități)  
– presiunea intracraniană poate să crească și temporar pentru o perioadă scurtă (efort de defecație, strănut, tuse).  
După ce aceste cauze se întrerup, presiunea revine la normal.

### Manifestări de dependență în H.T.I.C. (Semne și simptome)

#### Cefaleea

– apare la 90% dintre pacienți; intensitatea durerilor se accentuează progresiv în a doua parte a nopții, spre dimineață  
– se accentuează după strănut, tuse și schimbarea poziției capului  
– localizarea cea mai frecventă este, fie occipito-cervicală, fie fronto-supraorbitară sau cele două zone asociate  
– diminuează după vărsături  
– nu cedează la analgice

#### Observație:

Cefaleea poate să lipsească în tabloul clinic al H.T.I.C.

#### Vărsăturile

– spontane  
– explozive (în jet)  
– neprecedate de grețuri  
– nu sunt legate de alimentație  
– provocate, uneori, de mișcarea capului

#### Vertij

– senzație de amețeală

#### Tulburări vizuale

– paralizia nervilor oculo-motori, cu dublare etc.  
– dublarea imaginii – diplopie (dublarea dispare când pacientul închide sau își acoperă un ochi)  
– vedere estompată



	<p><b>Edem papilar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– se descoperă la examenul oftalmoscopic dilatarea venelor retiniene, prezența unor mici zone hemoragice în retină)</li> </ul> <p><b>Semnuri pupile</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– inegalitate pupilară (midriază unilaterală)</li> </ul> <p>Eventual, pe măsură ce T.I.C. crește, are loc dilatarea bilaterală</p> <p><b>Tulburări psihice</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– apatie, indiferență, diminuarea atenției, somnolență, dezorientare, scăderea capacității intelectuale, confuzie</li> </ul> <p><b>Tulburări vegetative</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– bradicardie, dar pe măsură ce P.I.C. continuă să crească poate apărea tahicardie</li> <li>– bradipnee; dificultate respiratorie prin hipoxie.</li> </ul> <p>Hipoxia cauzează și creșterea P.I.C.</p> <p><b>Crize epileptice</b> (vezi epilepsia, manifestări și probleme)</p> <p><b>Complicații potențiale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– sindrom de angajare (hernii cerebrale), deplasarea unei porțiuni din creier într-un orificiu inextensibil (de exemplu, angajarea amigdalelor cerebeloase în gaura occipitală)</li> </ul>
<b>Problemele pacientului</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– cefalee – disconfort (durere din cauza tensiunii exercitate asupra vaselor sanguine intracraniene)</li> <li>– vărsături</li> <li>– modificări ale respirației, circulației</li> <li>– dezechilibrul fizic</li> <li>– modificarea percepției senzoriale: vederea</li> <li>– modificarea procesului gândirii; modificarea stării de conștiință</li> <li>– complicații potențiale: – hipoxia cerebrală, modificarea integrității fizice</li> </ul>
<b>Obiective</b>	<p>Pacientului:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– să i se reducă P.I.C.</li> <li>– să i se diminueze durerea de cap</li> <li>– să i se diminueze vărsătura</li> <li>– să i se mențină funcțiile vitale în limite normale, permeabilitate căilor respiratorii, oxigenarea creierului</li> <li>– să coopereze în măsura capacității sale</li> <li>– să i fie menținută orientarea pacientului</li> <li>– să nu prezinte complicații</li> </ul>
<b>Intervenții</b>	<p><b>Rol propriu și delegat</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <i>pentru reducerea presiunii intracraniene:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>– ridică capul pacientului față de pat, sub un unghi de 15–30 de grade (facilitează drenajul venos)</li> <li>– îl sfătuiesc să reducă activitățile care măresc presiunea intracraniană</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– să evite flectarea coapselor, gâtului, să evite rotirea capului</li> <li>– pentru prevenirea efortului de defecație, administrez, la indicația medicului, un laxativ ușor</li> <li>– îl sfătuiesc să evite contracțiile izometrice – pentru că măresc tensiunea arterială, deci și presiunea intracraniană</li> <li>– să evite întoarcerea în pat.</li> </ul> <p>În cazul că îl este permisă întoarcerea, mișcarea în pat, îl învăț să expire când le execută.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <i>Monitorizez echilibrul hidric:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>– limitez consumul de lichide</li> <li>– monitorizez eliminarea (eventual, prin intermediul unui cateter – mai ales dacă se administrează manitol)</li> </ul> </li> <li>● <i>Intervenții legate de durere, respirație, comunicare</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>– încerc să ajut pacientul să identifice cauza durerii (conflicte, anxietate, oboseală, stres, alte cauze psihologice); localizarea, caracterul durerii, momentul apariției (spre dimineață), dacă durerea se intensifică la efort, tuse, strănut</li> <li>– aplic comprese reci pe frunte, care pot alina durerea</li> <li>– asigur menținerea oxigenării creierului (hipoxia cerebrală este prevenită prin menținerea funcționalității căilor respiratorii și reducerea P.I.C.)</li> <li>– stabilesc o comunicare cu pacientul folosind atingerea, vocea calmă, liniștită, negrăbită; îi vorbesc încet și clar</li> <li>– stau în fața pacientului când îi vorbesc</li> <li>– îi mențin orientarea prin a-i explica tot ceea ce fac</li> <li>– mențin un mediu bine luminat</li> <li>– diplopia poate fi eliminată prin intermediul unui pansament la ochi</li> <li>– așez un calendar la vedere</li> <li>– îi asigur securitatea ca acesta să nu se lezeze pe sine</li> <li>– ajut familia să înțeleagă ce se întâmplă, îi sprijin în ceea ce decid.</li> </ul> </li> <li>● <i>La indicația medicului:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>– administrez oxigen înainte și după aspirație</li> <li>– pot fi instituite respirațiile controlate, pentru a reduce P CO<sub>2</sub> (reducând, astfel, vasodilatația)</li> <li>– administrez lichide intravenos (manitol, soluții de glucoză hipertone (20–50%), corticoizi) sau soluții clorurate izotone</li> </ul> </li> </ul>
<b>IMPORTANT:</b>	<p>Intervenția asistentei (de schimbare a poziției, de aspirație) să se facă la intervale mai mari, numai când este necesar, pentru a-i permite pacientului să se odihnească.</p>



## ÎNGRIJIREA PACIENTILOR CU TULBURĂRI COMITIALE – EPILEPSIE

Epilepsia este o manifestare convulsivă paroxistică, cu debut și sfârșit brusc caracterizat (în cazul crizelor majore) de pierderea conștiinței, însoțită de convulsii tonico-clonice.

### Cauzele:

1. În epilepsia boală (epilepsia esențială):
  - tulburările genetice
2. În epilepsia secundară sau simptomatică:
  - tumorile cerebrale, A.V.C., infecții (meningite, abcesul cerebral, trombozele cerebrale)
  - traumatismele cranio-cerebrale
  - boli metabolice sau intoxicații
  - insuficiență renală, hiponatremie, hipocalcemie, hipoglicemie
  - anoxie cerebrală.

### Tipuri de epilepsie cu pierderea stării de conștiință

- Criza majoră generalizată (criza grand mal)
- Criza minoră (criza petit mal)
- Starea de rău epileptic (statusul epileptic major)

Culegerea datelor	<p>Circumstanțe de apariție: (vezi cauzele epilepsiei)</p> <p style="text-align: center;"><b>Manifestări de dependență</b> (Semne și simptome)</p> <p><b>Criza majoră (grand mal)</b></p> <p>Se caracterizează prin crize convulsive cu pierderea conștiinței.</p> <p>Criza majoră cuprinde următoarele faze:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <i>faza prodromală poate apărea cu câteva ore sau cu câteva zile înaintea crizei, cu următoarele manifestări:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>– migrenă, nevralgii, parestezii, stare de rău nedefinit, tulburări de comportament (deprese, furie, irascibilitate, agresivitate sau, dimpotrivă, euforie)</li> </ul> </li> <li>● <i>criza propriu-zisă, care cuprinde:</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) <i>aura epileptică</i> – semne care preced criza cu câteva zeci de secunde                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– mioclonii la nivelul unui segment, clipitul pleoapelor, furnicături, arsuri, halucinații vizuale, olfactive, auditive (zgomote), anxietate</li> </ul> </li> </ol> </li> </ul> <p>Aura avertizează pacientul despre iminența unei crize, permițându-i acestuia să ia poziții de protecție (să se așeze sau să se culce pentru a nu cădea).</p> <p>Aura nu apare însă întotdeauna. Debutul este, în general, brutal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– paloare bruscă, pierderea conștiinței și prăbușirea pacientului</li> </ul>
-------------------	---

	<p>b) <i>pierderea conștiinței</i> – urmată, imediat, de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>convulsie tonică</i> – contracție bilaterală tonică a tuturor mușchilor; pleoaparele închise; brațele flectate; maxilarul înclștat; ochii se dau peste cap; pupilele se dilată și devin fixe;</li> <li>– <i>oprirea respirației</i>: cianoză.</li> </ul> <p>Această fază tonică durează 15–20 secunde, după care apar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>convulsii clonice</i> – durează 1–2 minute</li> <li>– mișcări violente anarhice ale membrilor, capului, mișcarea limbii, spumă abundentă la nivelul gurii (uneori, sanguinolentă), incontinență de urină și fecale.</li> </ul> <p>După faza clonică – individul pare amețit, confuz, dureri de cap, dureri musculare, respirație zgomotoasă, uneori criza este urmată de stare comatoasă sau de un somn profund, cu reflexe abolite, midriază.</p> <p>După revenire – amnezia crizei este totală.</p>
	<p><b>Criza minoră (petit mal)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– pierderea stării de conștiință – câteva secunde (10–20), fără căderea pacientului</li> <li>– pacientul își întrerupe activitatea, persistă doar activitățile automate (mersul, deglutiția, mestecatul etc.)</li> </ul>
	<p><b>Starea de rău epileptic</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– manifestările – ca și la criza majoră, dar în acest caz crizele tonico-clonice se repetă și pacientul rămâne în stare de inconștiință</li> </ul>
<b>Probleme</b>	<p><b>În criza de epilepsie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– oprirea respirației – din cauza contracției tonico-clonice</li> <li>– risc de sufocare – din cauza convulsilor și căderii limbii</li> <li>– risc de traumatizare – leziuni, mușcarea limbii</li> <li>– alterarea percepției senzoriale (vizuală, auditivă, kinestezică)</li> <li>– incontinență (urină, fecale) – din cauza relaxării post-critice ale sfincterelor</li> <li>– deficit de cunoaștere în prevenirea sau răirirea crizelor.</li> </ul> <p><b>Între crize:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– dificultate de a-și asuma roluri sociale: – din cauza frecvenței crizelor</li> <li>– dificultate de a se realiza – din cauza riscului potențial pentru anumite profesii</li> <li>– depresie</li> <li>– perturbarea stimei de sine</li> <li>– în unele forme, deteriorare psihică progresivă</li> </ul>
<b>Obiective imediate</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– să i se asigure funcționalitatea căilor respiratorii</li> <li>– să nu-și muște limba</li> <li>– să fie protejat de traumatisme, leziuni.</li> </ul>



	<p><b>ATENȚIE!</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– nu forțez deschiderea maxilarilor în timpul convulsiei</li> <li>– nu imobilizez forțat, pentru că se pot produce fracturi din cauza contracturii musculare puternice.</li> </ul>
<p><b>Obiective pe termen lung</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– să i se reducă crizele ca frecvență și intensitate</li> <li>– să-și amelioreze adaptarea psiho-socială</li> <li>– să-și amelioreze depresia</li> <li>– să știe să-și urmeze medicația</li> <li>– să fie capabil să recunoască semnele prodromale</li> </ul>
<p><b>Intervenții în cursul crizei</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– nu las niciodată persoana singură</li> <li>– așez persoana în poziție orizontală (pe pat, podea)</li> <li>– introduc între dinți (arcadele dentare), pe partea laterală, obiect moale (de cauciuc sau orice material textil), o batistă ruită</li> <li>Nu se forțează maxilarul.</li> <li>– desfac cravata, gulerul, centura – pentru a nu fi împiedicată respirația</li> <li>– îndepărtez obiectele tari, mobile, din jur, pentru a preveni lezarea</li> <li>– întorc corpul sau capul într-o parte, pentru a ajuta pacientului să respire</li> <li>– eventual, imobilizez pacientul pentru a se evita lovirea</li> <li>– ridic barele laterale de protecție, căptușesc patul (în anumite situații)</li> <li>– monitorizez funcțiile vitale și vegetative</li> <li>– curăț cavitatea bucală</li> </ul>
	<p><b>Intervenții după criză</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– verific permeabilitatea căilor respiratorii – atenție la căderea protezei dentare în trahee</li> <li>– aspir secrețiile (salivă, secrețiile bronșice)</li> <li>– verific eventualele leziuni sau limba mușcată</li> <li>– în caz de hipotermie – sticle cu apă caldă</li> <li>– în caz de hiperpirexie – împachetări reci</li> <li>– asigur igiena corporală (după incontinență)</li> <li>– ajut pacientul să se orienteze în mediul înconjurător</li> </ul> <p><b>OBSERVAȚIE:</b> După crize, poate apărea tusea, urmate aspirației de salivă în căile respiratorii. În acest caz se întorc capul pacientului spre stânga sau se așază în poziție de decubit postural.</p> <p><b>Intervenții cu rol delegat:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– pregătesc și administrez medicamente anticonvulsivante în indicația medicului:</li> <li>● la pacienți cu accese subințrinante – <i>tranchilizante, hipnotice antispastice, narcotice, decontracturante și curalizante</i></li> <li>● în caz de hiperpirexie: <i>antipirnetice</i></li> </ul>

<p><b>Intervenții în crize – Educația pacientului</b></p>	<p>Sfătuiesc persoana:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– să trăiască cât mai normal posibil</li> <li>– să evite activitățile periculoase: condusul mașinii, activitatea la înălțime, înotul</li> <li>– să evite alcoolul, să ia medicamentele cu regularitate, să se odihnească adecvat (somn 8 ore/zi).</li> </ul> <p>Îi încurajez să depășească problemele psiho-sociale, să nu privească crizele epileptice ca pe o catastrofă, ci ca pe un eveniment care poate fi rezolvat rațional – amintindu-i câteva personalități istorice, care au suferit de epilepsie (Napoleon, Iulius Cezar, Lord Byron și alții).</p> <p>Încerc să cooperez cu familia pentru a-i face să înțeleagă problemele ce rezultă din epilepsie și faptul că aceeași situație nu trebuie să transforme persoana într-un invalid cronic.</p> <p>Una din cele mai importante aspecte ale intervenției este de a schimba atitudinea pacientului față de boală.</p> <p>În educația pacientului, trebuie inclusă și familia, în legătură cu folosirea medicamentelor (doză, oră, raportarea efectelor secundare), importanța respectării tratamentului între crize.</p>
---	---

## ÎNGRIJIREA PACIENTULOR CU BOALA PARKINSON (PARALIZIA AGITATĂ)

Afecțiune neurologică care atinge centrul cerebral responsabil de controlul și coordonarea mișcărilor. Se caracterizează printr-o bradikinezie (mișcări lente), printr-un tremur de repaus, o hipertonie musculară, față cu aspect de mască (încruntată) și un mers încet cu pași mici.

Cauza bolii nu este cunoscută. Unii cercetători consideră arteroscleroza ca pe un factor care poate cauza boala. De asemenea: șocul emoțional, traumatismele, unele intoxicații (oxid de carbon), infecțiile virale, unele medicamente (neuroleptice, antidepresive) sunt adesea menționate ca fiind cauze ale apariției parkinsonismelor secundare.

Culegerea datelor	Manifestări de dependență (Semne și simptome)
<p><b>Tremurul</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– este un semn clar al bolii; începe cu un tremur încet și progresează așa de încet, încât persoana nu-și aduce aminte când a început</li> <li>– tremuratura parkinsoniană este o <i>tremurătură de repaus</i>, care dispăre în timpul mișcărilor voluntare</li> <li>– tremurătura degetelor mâinii seamănă cu mișcarea de numărare a banilor; la nivelul picioarelor, tremurătura imită mișcarea de pedalare</li> </ul>	



	<p><b>Probleme potențiale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– risc de accident (cădere)</li> <li>– risc de depresie</li> </ul>	<p><b>Obiective pentru pacient</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– să se străduiască să-și amelioreze mobilitatea fizică</li> <li>– să-și controleze parțial coordonarea mișcărilor</li> <li>– să știe să preîntâmpine accentuarea posturii inadecvate</li> <li>– să-și câștige și să-și păstreze, pe cât posibil, autonomia în autoîngrijire</li> <li>– să exprime sentimente pozitive</li> <li>– să-și păstreze capacitatea de vorbire</li> <li>– să nu se rănească</li> <li>– să nu prezinte depresie, să-și exprime interesul pentru activități zilnice</li> </ul>
<p><b>Problemele pacientului</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– diminuarea mobilității fizice – din cauza rigidității</li> <li>– necoordonarea mișcărilor – legat de leziunile sistemului nervos</li> <li>– postură inadecvată – legat de rigiditate</li> <li>– deficit în autoîngrijire (îmbrăcat, spălat, îmbrăcat) – din cauza tremurărilor accentuate în mișcarea intenționată</li> <li>– perturbarea imaginii de sine</li> <li>– alterarea comunicării verbale (dizartrie)</li> </ul>	<p><b>Intervențiile asistentei</b></p> <p>Planifică:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– program zilnic de exerciții fizice, care cresc forța musculară, atenuează rigiditatea musculară și mențin funcționalitatea articulațiilor</li> <li>– mersul, înotul, grădinaritul, bicicleta ergonomică</li> <li>– exerciții de extensie și flexie a membrilor; de rotație a trunchiului, asociate cu mișcarea brațelor (exerciții active și pasive)</li> <li>– exerciții de relaxare generală, asociate cu exerciții de respirație – exerciții posturale.</li> </ul> <p>Asistența sfătuiește pacientul:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– să meargă ținându-se drept, asigurându-și o bază de susținere mai mare (mersul cu picioarele îndepărtate la 25 cm)</li> <li>– să facă exerciții de mers în ritm de muzică</li> <li>– să foloseze balansarea membrilor superioare și să-și ridice picioarele în timpul mersului</li> <li>– să facă pași mari, să calce mai întâi cu călcâiul pe sol și apoi cu degetele</li> <li>– să-și țină mâinile la spate, când se plimbă (îi ajută să-și mențină poziția verticală a coloanei și previne căderea rigidă a brațelor laterali)</li> <li>– în perioadele de odihnă, să se culce pe un pat tare, fără pernă, sau în poziție de decubit ventral (aceste poziții pot ajuta la preîntâmpinarea aplecării coloanei în față)</li> <li>– când este așezat în fotoliu, să-și sprijine brațele pe fotoliu, putându-și, astfel, controla tremurul mâinilor și al brațelor</li> </ul> <p>Pentru câștigarea și păstrarea autonomiei în autoîngrijire:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– să folosească îmbrăcămintă fără nasturi, încălțăminte fără șireturi, lingura mai adâncă pentru supă, carne tăiată mărunț, cana cu cioc.</li> </ul> <p>Pentru a evita căderile:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– în locuință se recomandă parchet nelustruit, fără carpete, linoleum antiderapant, W.C.-uri mai înalte, balustrade de sprijin</li> <li>– înainte de a se ridica din pat, să stea așezat câteva momente pe marginea patului.</li> </ul> <p>Pentru a-și păstra capacitatea de a vorbi, să facă exerciții de vorbire.</p> <p>Pentru prevenirea depresiei și ameliorarea stării afective, se planifică:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– program de activități zilnice (să lucreze cât mai mult posibil)</li> <li>– obiective realiste</li> <li>– discuții cu membrii familiei pentru a găsi metodele care să-i asigure pacientului o viață normală și sprijin psihologic.</li> </ul>



## ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU TUMORI CEREBRALE

Tumorile pot fi benigne sau maligne.

Întrucât tumorile benigne pot să apară, uneori, în zonele vitale, ele pot avea aceleași consecințe grave ca și tumorile maligne.

Tumorile intracraniene pot fi primare (care apar din celulele țesuturilor cerebrale) și secundare sau metastatice, care provin cel mai frecvent de la un cancer pulmonar.

Tumorile cerebrale sunt numite după numele țesuturilor în care apar, astfel deosebim:

**gliomul** – reprezintă cam jumătate din tumorile cerebrale; apare în orice parte a țesutului conjunctiv

**meningiomul** – apare în învelișurile meningelui

**neuronul** – tumoare de nervi cranieni (neuronul acustic)

**angiomul** – tumoare a vaselor de sânge

### Manifestări de dependență (Semne și simptome)

Simptomele tumorilor intracraniene rezultă din efectele locale și generale ale tumorii. O tumoare cerebrală de orice tip, situată oriunde în interiorul cavității cerebrale, poate cauza *creșterea presiunii intracraniene*.

Tumorile produc, prin creșterea lor, fenomene de comprimare la nivelul encefalului, care se vor manifesta (în afară de semnele de localizare) prin semnele sindromului de H.T.I.C.

Conținutul cutiei craniene neavând unde să se extindă (deoarece cutia craniană este închisă, rigidă), masa cerebrală va avea tendința să hernieze, iar hernia cerebrală, odată declanșată, reprezintă un grad maxim de gravitate.

*Manifestările de dependență* vor fi, deci, manifestările sindromului de H.T.I.C.

<b>Simptomele din H.T.I.C. (vezi tema anterioară)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– cefalee</li> <li>– vărsături</li> <li>– tulburări vizuale</li> <li>– edem papilar</li> <li>– tulburări psihice</li> <li>– tulburări vegetative</li> </ul>
<b>Simptome în funcție de localizarea tumorii</b>	<p><b>Zona în care este localizată:</b></p> <p><i>Lobul frontal</i> – paralizii sub formă de monopareze (monoplegii) brațiale sau crurale, hemipareze (hemiplegii) de partea opusă leziunii</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– tulburări de personalitate</li> <li>– schimbare de comportament (tendința de a face glume vulgare)</li> <li>– depresie, indigență, scăderea atenției, neglijență</li> <li>– scăderea memoriei (hipoamnezie)</li> <li>– tulburări de echilibru și coordonare</li> </ul>

<b>Problemele pacientului</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– crize de epilepsie de tip jacksonian (motorii)</li> <li>– paralizii faciale de partea opusă lobului bolnav</li> <li>– cefalee localizată în dreptul lobului lezat</li> <li><i>Lobul occipital</i></li> <li>– tulburări vizuale (hemianopsie, cecitate)</li> <li>– halucinații vizuale, agnozie vizuală (nu recunoaște obiecte sau persoane cunoscute)</li> <li>– cefalee cu localizare occipitală</li> <li><i>Lobul temporal</i></li> <li>– halucinații vizuale, olfactive sau gustative</li> <li>– crize epileptice parțiale</li> <li>– atazie, depresie, adesea agitație</li> <li>– tulburări de echilibru</li> <li><i>Lobul parietal</i></li> <li>– tulburări de sensibilitate (hipoestezie, parestezii) de partea opusă lobului afectat</li> <li>– pierderea discriminării stânga-dreapta (nu știe care este partea dreaptă sau partea stângă)</li> <li>– apraxie</li> <li>– tulburări de orientare în spațiu</li> <li>– crize epileptice jacksoniene (senzitive) în membrele și hemitața opusă lobului lezat</li> <li><i>Ventricul cerebral</i></li> <li>– cefalee intermitentă, care apare și dispare în funcție de schimbarea de poziție a capului</li> <li>– somnolență</li> <li>– crize de epilepsie – apar și dispar brusc</li> </ul>
<b>Problemele pacientului</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– alterarea percepției senzoriale: vizuală, auditivă, kinestezică, gustativă, tactilă, olfactivă</li> <li>– alterarea procesului de gândire</li> <li>– teamă</li> <li>– disconfort – durere</li> <li>– modificarea perfuziei țesutului cerebral (H.T.I.C.)</li> <li>– deficiți de cunoaștere – a stării de sănătate</li> <li>– modificări ale mobilității fizice – dezechilibru.</li> </ul>

NOTĂ:

**Obiectivele pacientului și intervențiile asistentei** – sunt cele descrise la îngrijirea pacienților cu H.T.I.C.

Deoarece acești pacienți vor fi supuși unor intervenții chirurgicale, vom descrie îngrijirile (intervențiile asistentei) preoperatorii și postoperatorii:



## ÎNGRIJIRI PREOPERATORII

### - PACIENȚI CU TUMORI CEREBRALE -

#### Intervențiile asistentei (cu rol propriu și delegat):

- acordă sprijin psihologic pentru pacient și familie = intervenție prioritară
- încurajează pacientul și familia să-și exprime temerile (temerile pot fi în legătură cu modificarea înfățișării, de dependență, de moarte)
- înregistrează datele de bază ale aprecierii neurologice și fiziologice
- urmărește obținerea acordului scris pentru operație (solicitat de neurochirurg) de cea mai apropiată rudă, în cazul în care pacientul nu este capabil să semneze acord.

**PRECIZARE:** chiar și atunci când pacientul și-a dat consimțământul, ruda apropiată trebuie consultată și să-și dea consimțământul înainte de operație.

- explică tratamentul și procedurile (chiar dacă nu este sigură că pacientul sau familia înțelege)
- favorizează întâlnirea pacientului (dacă acesta dorește) cu persoana căruia dorește să i se confeseze înainte de operație
- păstrează părul (după raderarea capului), pentru a fi dat pacientului, deoarece acesta poate fi folosit la o perucă
- pregătește familia pentru când vor vedea prima oară pacientul după operație
- pansament la cap: edeme sau echimoze ale feței, care îi vor distorsiona aspectul (stare mentală temporar redusă, afazie).

#### DE ȘTIUT:

În unele spitale, există obiceiul de a rade părul pacientului numai în zona în care acesta trebuie operat.  
Părul frontal poate fi, uneori, lăsat pentru ca, după operație, să poată fi pieptănat (pentru a acoperi cicațricea).  
Nu se administrează clisme înainte de operație, din cauza pericolului creșterii presiunii intracraniene prin efortul depus și din cauza absorbției lichidului.

## ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

#### Intervențiile asistentei (rol propriu și delegat):

**Pregătește materialele necesare pentru îngrijirea postanestezică:**

- dispozitiv pentru aspirație cu catetere
- spatulă linguală
- trusă pentru puncție lombară și substanțe pentru urgențe medicale (stimulente cardice și respiratorii, medicamente anticonvulsive, Amytal)
- seringi, ace intravenoase și hipodermice
- trusă pentru traheostomie - să fie disponibilă.

**Supraveghează pacientul în perioada postoperatorie.**

- observă
  - semnele creșterii presiunii intracraniene (vezi cap. H.T.I.C.)
  - funcțiile vitale și vegetative: respirația, T.A., puls, temperatură, diureză
  - culoarea tegumentelor
  - starea de conștiență
  - reacția pupilelor

Orice modificare apărută, care prevestește hemoragia sau iritarea creierului sau alte simptome, trebuie raportate imediat neurochirurgului.

#### Asigură poziția pacientului

● asigură pacientul în poziția indicată de medicul neurochirurg în funcție de starea pacientului (conștient, inconștient, intubat sau detubat) și în funcție de actul chirurgical:

- decubit lateral sau semidecubit ventral, cu tăta în jos - pacientul comatos neintubat, pentru a asigura o respirație adecvată, pentru a preveni aspirarea lichidelor traheo-bronșice.

Dacă a fost excizată o tumoră mare, pacientul nu va fi culcat pe partea afectată (pericol de deplasare a structurilor cerebrale sub influența gravitației).

Dacă operația a fost efectuată în zona supratentorială, pacientul va fi așezat în:

- poziție semișezând, asigurată prin ridicarea părții cefalice a patului la 45 grade și prin plasarea unei perne mari sub capul și umerii pacientului; se diminuează, astfel, posibilitatea hemoragiei, se asigură o mai bună circulație a lichidului cefalorahidian și se ușurează întoarcerea circulației venoase.

Dacă a fost excizată o tumoră infratentorială, patul trebuie menținut orizontal, iar pacientul va fi:

- culcat pe o parte, cu o pernă mică așezată sub gât.

#### ATENȚIE!

- Trebuie evitată orice flexiune a gâtului, fie pe linia mediană, fie lateral (pericol de apariție a unor complicații respiratorii și a comprimării trunchiului cerebral).

#### Supraveghează pacientul inconștient:

- pentru a nu-și smulge pansamentul, sondele, canula de perfuzie; pentru a nu se leza singur (să nu se zgârie, lovească).

Pentru a preveni aceste lezări, unii pacienți trebuie protejați prin bandajarea mâinilor, folosirea mănușilor fără degete, aplicarea unei țesături de bumbac pe mână care se fixează cu benzi adezive la nivelul încheieturii. Degetele trebuie separate cu tifon, pentru a preveni iritarea pielii.

#### Supraveghează pansamentul capului și îngrijește plaga operatorie:

- se verifică gradul de îmbibare a pansamentului cu sânge, cu secreții.

Dacă are o culoare verzui, se anunță imediat medicul, deoarece indică (probabil) pierderea de lichid spinal. Pansamentele care devin umede trebuie înlocuite de neurochirurg.

- uneori, pansamentul poate fi scos în prima sau a doua zi după operație, ca rana să fie expusă circulației aerului. (Dacă nu este acoperit capul, există, însă, riscul ca pacientul să se scarpine).

- se supraveghează drenul (dacă există).



Mulți pacienți preferă să poarte calote pentru acoperirea capului. Pacientul la care porțiunea de os îndepărtată (pentru craniotomie) nu a fost pusă la loc va avea o depresiune în scalp și trebuie preveniți de pericolul de a lovi capul în aceeași zonă.

#### Anunță medicul ori de câte ori apar manifestări patologice:

- dispnee (respirație stertoroasă, respirație Cheyne-Stöckes etc.)
- hipotensiune
- creșterea T.A., asociată cu bradicardie accentuată; tahipnee; vomă explozivă

(indică creșterea tensiunii intracraniene)

- apariția unor paralizii, rigiditate, convulsii, afazie (trădează apariția hematomului)
- dilatarea pupilelor, care devin fixe (apare în edem cerebral ireversibil).

#### La indicatia medicului, asistenta va efectua îngrijiri cu rol delegat, astfel:

##### • pentru corectarea hipotensiunii

- transfuzii de sânge sau substituenți, perfuzie cu noradrenalină, Hemisucinat de hidrocortizon, cardiotonice etc.

##### • pentru problemele respiratorii:

- administrează oxigen (hipoxia crește edemul cerebral); dacă pacientul nu este intubat, se pregătește materialul necesar pentru intubație; aparatele de respirație asistată.

##### • pentru corectarea creșterii tensiunii intracraniene:

- pregătește și administrează medicația prescrisă de medic (glucoză hipertonică, sulfat de magneziu, manitol, dextran 40, diuretice); administrează, de asemenea, medicamente analgezice, sedative, neuroleptice (la cei foarte agitați).

Hipertermia de origine centrală se combat prin mijloace fizice (împachetări cu gheață, lămpi de răcire, administrare de medicamente, dacă sunt prescrise (algorcalm, lordeazin).

**Alimentația** pacienților inconștienți sau cu tulburări de deglutiție se va face arenteral și prin sondă gastrică, evitându-se supraîncălzirea cu lichide (pericol de edem cerebral). Staza gastrică și vărsătura de origine centrală se combat prin drenaj și sondă gastrică permanentă.

din moment ce reflexul de înghițire și velopalatin sunt prezente, lichidele se administrează oral.

#### Eliminarea

trebuie avut grijă ca pacientul să elimine suficient; în caz de retenție urinară, se stătează sonda vezicală „a dèmeure”

se combat constipația prin laxative sau purgative ușoare (pacientul trebuie înștruit să nu depună eforturi la defecare).

#### Asigurarea confortului

durerea de cap, prezentă în primele 24–48 ore, se combat cu medicamente prescrise de medic, administrate parenteral sau oral (sulfat de codeină – paracetamol și piritină oral sau rectal)

o compresă cu gheață, pusă pe cap, ameliorează durerea de cap.

#### Mobilizarea

- în funcție de actul operator, mobilizarea poate fi făcută în a doua sau a treia zi
- se face treptat – mai întâi, se așază pacientul în poziție Fowler, apoi, trebuie să stea pe marginea patului, cu picioarele atârând
- apoi, după 4–6 ore, este așezat în totoliu (o jumătate de oră).

**ATENȚIE!** Se verifică posibila hipotensiune posturală a pacientului.

#### PRECIZARE:

- tusea și voma trebuie evitate (crește presiunea intracraniană)
- aspirația – dacă este indicată – trebuie făcută încet și cu atenție pentru prevenirea tusei; se evită aspirația pe nas, exercițiile pentru respirație profundă nu trebuie urmate de tuse
- prevenirea complicațiilor pulmonare, a escarelor, a tromboflebitelor se face după tehnicile cunoscute, pentru pacienții imobilizați.

Participarea familiei la planurile de îngrijire pe termen lung:

- membrii familiei pot prezenta reacții emoționale severe și dificultăți de adaptare, care nu pot fi depășite timp îndelungat (săptămâni, luni), încât, uneori, este nevoie să se apeleze la un psihiatru sau psiholog și pentru ei.

Trebuie sfătuită familia cum să sprijine pacientul, să aibă grijă să nu facă remarci lipsite de tact în fața acestuia, lucru care i-ar accentua anxietatea, depresia, frica.

### ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR COMATOȘI

**PRECIZARE:** Stările comatoase: manifestările de dependență, măsuri de urgență și măsurile de îngrijiri generale sunt detaliate în: „Urgențe medico-chirurgicale” și în „Breviar de explorări funcționale și de îngrijiri speciale acordate bolnavului”, autor Lucreția Titircă.

Vom face doar câteva completări privind culegerea de date și problemele pacientului.

#### Culegerea datelor

Anamneza se obține de la familie sau de la alte persoane semnificative:

- când a apărut coma
- simptomele concomitente
- prezența durerii
- prezența simptomelor vizuale
- anamneza unor cauze (traumatisme, modificările tensiionale, supradozare de medicamente, ingestie de alcool etc.)

Date obiective:

- funcțiile vitale
- semnele de la nivelul pupilei (dimensiune, egalitate, reacții)



– examinarea reflexului corneei (prin apăsarea ușor a corneei cu o bucată de tifon; reflex intact = cliptura ochilor)  
 – examinarea reflexului velopalatin (atingerea ambelor ale faringelui cu o spatulă linguală); absența acestui reflex indică pericolul aspirării alimentelor și lichidelor.

**PRECIZARE:** Pentru o apreciere de urgență a stării conștiință (profunditatea comei), se poate folosi Testul Glasgow. Acesta presupune acordarea de note următoarelor date clinice:

- a) examinarea reacției oculare la diferiți stimuli (deschiderea ochilor – spontan la stimuli)
- b) examinarea răspunsului verbal
- c) examinarea răspunsului motor la un stimul (exemplu: un stimul dureros, pacientul duce mâna la locul durerii încercând să se aplece)

Se acordă note pentru fiecare din cele trei date clinice.

#### Scala Glasgow pentru comă

**NOTĂ:** *Ochii deschiși*

- 4 – spontan
- 3 – la cerere
- 2 – la aplicarea unor stimuli dureroși (supraorbital, asupra patului unghial)
- 1 – ochii nu se deschid

*Cel mai bun răspuns verbal*

- 5 – orientat în timp, spațiu și față de persoane
- 4 – este conștient
- 3 – răspunde fragmentar, cu pauze lungi
- 2 – emite sunete neînțeleșibile
- 1 – nu răspunde la întrebări

*Răspunsul motor*

- 5 – execută mișcarea solicitată de examiner (exemplu: deschide gura)
- 4 – duce mâna la locul unde s-a produs stimulul dureros
- 3 – reacționează la stimuli dureroși prin flexia unui membru fără orientare spre locul dureros
- 2 – reacționează la stimuli dureroși prin extensia membrului
- 1 – nici o reacție motorie

Prin totalizarea notelor de la cele trei date clinice, pacientul poate prezenta:

- nota maximă (4 + 5 + 5) = 14 = nu este în comă
- nota între 9 – 13 = comă reversibilă
- nota între 6 – 8 = comă profundă
- nota între 3 – 5 = comă gravă

#### Problemele pacientului comatos

- respirație ineficientă (acumulare de secreții și hipotonia vălului palatin)
- circulație inadecvată (modificarea perfuziei țesutului cerebral, slaba irigare a țesuturilor, imobilitate)
- alterarea comunicării la nivel senzorial și motor (inconștiență) sau alterarea percepției senzoriale (vizuală, auditivă, gustativă, tactilă, olfactivă, kinestezică)
- imobilitate (inconștiență, deficit motor)
- incapacitate de a se alimenta și hidrata (dificultate de deglutiție, inconștiență, incapacitate de a ingera alimente și lichide)
- risc de alterare a mucoaselor: bucală, conjunctivală (lipsa igienei bucale, uscarea mucoaselor)
- risc de alterare a integrității pielii (imobilitate, alterarea perfuziei tisulare periferice)
- incapacitate de a-și acorda îngrijiri igienice (inconștiență, deficit motor)
- alterarea funcției de eliminare intestinală și urinară (incontinentă, abolirea reflexului sfincterian)
- modificări ale temperaturii (tulburări de termoreglare)

#### Obiectivele și intervențiile asistentei (vezi „Breviar de îngrijiri speciale” – Lucreția Titircă)

Câteva precizări legate de intervențiile asistentei:

- se vorbește cu pacientul înainte de a-l atinge
- paparea și masarea ușoară a abdomenului poate servi și ca stimulare a peristaltismului
- îndepărtarea lentilelor de contact cu atenție să nu se producă lezarea corneei.