*MINISTERUL EDUCAŢIEl NAŢIONALE*

*ŞI CERCETĂRII ŞTIINŢIFICE*

*ŞCOALA SANITARĂ POSTLICEALĂ "SFÂNTUL BARTOLOMEU"*

*CLUJ-NAPOCA*

. '

*LUCRARE DE DIPLOMĂ*

Particularităţi de îngrijire a bolnavilor cu fracturi ale membrelor inferioare

*COORDONATOR ŞTIINŢIFIC Prof. .Dr.Jitian Mihai*

. '

*COORDONATOR NURSING*

*Prof. Niculaescu Carmen*

1

2016

1

*ABSOLVENT*

*Hoda Adina Ioana*

·

CUPRINS

Capitolul I Memoriu justificativ ..3

I.1. Introducere ..3

I.2. Scop şi motivaţie................................................................6

Capitolui II……………………………………………………….…7

II. 1. Noţiuni de anatomie şi fiziologie .............. ..7

II. 1. 1. Noţiuni de histologie ................................................7

II.1.2. Aspecte generale privind sistemul osos.......................9

II. 1.3. Scheletul şi articulaţiile membrului inferior ...............10

II. 1. 3. 1. Scheletul membrului inferior liber........................12

II. 1. 3. 2. Articulaţiile extremităţilor libere a membrului inferior13

II.2. Date ştiinţifice ………………………….......................... 15

·. II.2.1. Definiţie…………………………………………………….......15

II. 2.2. Clasificare ..................................................................16

II.2.3. Etiologie ..................................................................17

II . 2. 4. Simptomatologie ...................................................19

II. 2. 5. Diagnostic …………………….21

II. 2. 6. Diagnostic diferenţial…………………………...…..22

II. 2.7. Evoluţie ........................ …………………….22

II. 2.8. Complicaţii .............................................................23

II. 3. Forme anatomo- clinice ............. ……………….26

II. 3.1. Fracturile de col femural ..........................................26

II.3. 2. Fracturile diafizei femurale .........................................27

II.3. 3. Fracturile rotulei......................................28

II. 3. 4. Fracturile diafizare ale oaselor gambei .. 29

II. 4. Tratament…………………………………….30

II.4. 1. Tratamentul profilactic ... ………....31

II. 4. 2. Tratamentul curativ …………..31

II.4. 3. Tipuri de tratamente …………32

II.5.Primul ajutor în caz de fracturi ale membrelor inferioare 35

II.5. Metode de imobilizare provizorie a membrului inferior ...........36

II. 5.1. Fracturile colului femural ...................36

II. 5.2. Imobilizarea femurului 37

II.5. 3. Imobilizarea articulaţiei genunchiului 38

II.5. 4. Imobilizarea gambei 38

- 1 -

II.5.5.Imobilizarea în fracturile oaselor gambei sau a oaselor piciorului….38 II. 5. 6. Imobilizarea oaselor degetelor piciorului ..........39

II. 6. 7. Observaţii 40

II. *6.* 8. Scopul oricărei imobilizări ...............40

II. 6. 9. Principiile unei imobilizări corecte 41

II. 6.10. Aparatul gipsat ......................... 42

II. 7. Intervenţiile asistentei medicale 45

Capitolol III 46

[Metode şi mijloace de lucru ....... 46](#_TOC_250001)

Capitolul IV .... 47

[Prezentare de cazuri 47](#_TOC_250000)

Cazul I .............. 47

Cazul II .......... ....., 60

Capitolul V 69

Concluzii ..............69

Bibliografie 71

- 2 -

***CAPITOLULUL I***

INTRODUCERE

Creşterea gradului de civilizaţie şi dezvoltarea economico - socială în pas cu ultimele descoperiri ale ştiinţei au produs schimbari în viaţa, dar şi în ceea ce priveşte structura morbidităţii şi mortalităţii. Astfel, accidentele capătă pe zi ce trece o pondere tot mai mare în morbiditatea generală ca şi cauză de suferinţă, dar şi de deces.

Accidentele de circulaţie odata cu creşterea numarului de autovehicule şi cu creşterea vitezei lor, sunt din ce in ce mai frecvente, cu toate măsurile prevăzute care se iau, cu toată dirijarea circulaţiei, cu ameliorarea cailor de

comunicaţie. În producerea acestor accidente un rol deosebit de important îi

revine: nerespectării întocmai a dispoziţiilor legate de circulaţie, oboselii, consumului de alcool şi în mai mica măsură unor eventuale defecţiuni tehnice

' '

inevitabile.

Poate ar trebui să amintim şi accidentele de aviaţie, care cu aparatele de zbor „clasice” erau destul de bine reprezentate, dar cu perfecţionarea lor devin tot mai rare şi in acelaşi timp, de cele mai multe ori mortale.

Cu toate că circulaţia cu autovehicule şi cu avioane câştigă pe zi ce trece tot mai mult teren să nu uitam însă că există şi alte mijloace de transport, dintre care multe pot da accidente ce se soldează cu mulţi răniţi şi cu leziuni grave, de exemplu, accidentele de cale ferata.

0 altă cauza care duce la producerea unui număr mare de leziuni traumatice este reprezentată de industrializare. Trebuie însă precizat că accidentele se produc mai ales în fază de construcţie a obiectivelor industriale, a

-3-

diverselor clădiri etc. şi mai puţin în darea lor în exploatare.În apariţia acestor accidente un rol deosebit de important revine nerespectării cu absolută stricteţe a normelor de protecţia muncii, utilizarea de unelte şi instalaţii nu întru totul

corespunzătoare, unei insuficiente instruiri a celor ce muncesc în special munca necalificată şi din păcate în urma consumului de alcool şi a oboselii.

A treia mare categorie de accidente pe care le denumesc unii specialişti cu un termen puţin impropriu „accidente casnice”, nu trebuie nici ele pierdute din vedere, deoarece reprezintă un număr mare de cazuri şi la unele vârste - copilărie, bătrâneţe- reprezintă practic unica cauză de accidente.

Acestea sunt consecinţele activităţii necesare de viaţă zilnică care duce la variate căderi, mişcări greşite, lovituri etc.

Stresu1 vieţii moderne a dus la căutarea de noi modalităţi de relaxare şi

destindere, iar sportul făcând parte din aceasta, s-a dezvoltat prin creşterea numărului de practicanţi, dar şi a diversificării lui, în ultima vreme luând amploare o serie de practici sportive cu un grad de periculozitate şi risc crescut ce este o sursă de accidente.

Am lăsat în urma traumatismele cauzate de cataclismele naturale şi mai ales de „cataclismele artificiale”, de războaie. În aceste împrejurări, traumatismele aparatului locomotor sunt foarte frecvente şi foarte grave.

Adeseori este vorba de leziuni deschise multiple, cu zdrobiri închise, asociate uneori cu combustii, leziuni viscerale, leziuni prin suflu sau compresie etc. Dacă printre primele cataclisme naturale, omenirea nu dispune de mijloace de prevenire sau de apărare, pentru a doua categorie dispun de arme deosebit de eficace.

-4-

Astfel creşte pe zi ce trece numărul politraumatismelor, la care traumatismele osteo - articulare sunt la fel de importante sau mai grave decât cele abdominale, toracice sau craniene.

În lucrarea de faţă am cercetat să tratez subiectul fracturii în general, prin prisma conceptului de nursing Virginiei Henderson precum şi câteva modalităţi de prim- ajutor în caz de traumatism osteo- articular.

-5-

CAPITOLUL I.2

SCOP ŞI MOTIVAŢIE

Aceasta lucrare încearcă să prezinte în linii mari:

* gravitatea fracturilor la orice vârstă;

– mecanismul de producere, etiologie, simptomatologie particularităţi de ingrijire la aceşti pacienţi.

Am incercat să pun în evidenţă principalii factori de risc implicaţi în etiologia fracturilor.

Ca viitoare asistentă am dorit sa cunosc cât mai bine metodele de

tratament şi de îngrijire a pacienţilor cu fracturi.

Frecvenţa mare a accidentelor care provoaca traumatisme osteoarticulare şi dorinţa de cunoaştere a acestei ramuri din domeniul chirurgiei, m-au determinat să-mi aleg subiectul lucrării de diploma „Particulariţii de îngrijire a bolnavilor cu fracturi ale membrelor inferioare”.

-6-

CAPITOLUL II

**II. 1. Noţiuni de anatomie şi fiziologie**

Aparatul locomotor este format din:

- sistemul osos;

- sistemul muscular.

Sistemul osos raportat la principalele regiuni ale corpului cuprinde:

-scheletul capului;

- scheletul trunchiului: coloana vertebrală, coaste, stern;

- scheletul membrelor superioare cuprinde: centura scapulară cu braţ, antebraţ, mână;

- scheletul membrului inferior cuprinde: centura pelviană cu coapsă, gambă şi picior.

**II.l.l *Noţiuni de histologie***

*Ţesutul conjunctiv osos*

Ţesutul osos este cel mai rezistent şi dur ţesut mecanic conjunctiv. Este un ţesut corijunctiv metaplaziat.

Este format din:

-celule osoase;

- substanţă fundamentală;

- substanţă osoasa.

Celula osoasă, numită în stadiul tânăr osteoblast, iar in stadiul adult, osteocit, derivă din celula mezenchimală.

Osteoblaştii au o bogată activitate secretorie, participând la formarea oseinei şi a unei fosfataze.

-7-

Osteoblastul se poate transforma în osteoclast şi invers. Osteoclastul este o celulă care intervine în perioada de formare a osului, îndeplinind rolul de distrugere şi limitare a formării ţesutului, în funţie de necesitaţile fiziologice.

Pe măsură ce osteocitul imbătrâneşte, activitatea lui secretorie scade, ca şi volumul său.

Substanţa fundamentală a osului se compune din:

- o parte organică (34%);

- o parte minerală (66%).

Ţesutul osos formează scheletul corpului şi reprezintă aparatul de susţinere a părţilor moi ale organismului; este totodată un important rezervor de substanţe fosfocalcice.

În funcţie de structura şi arhitectura sa există două varietăţi de ţesut osos:

- ţesut osos compact;

+ ţesut osos spongios;

Ţesutul osos compact formează diafiza oaselor lungi, porţiunea extemă

a epifizelor şi oaselor scurte, lama externă şi internă a oaselor late.

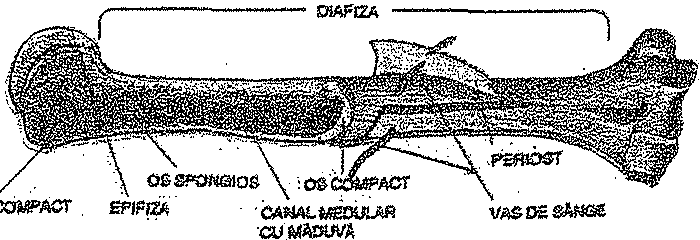
Pe secţiune transversală, diafiza unui os lung este formată:

- *în porţiunea centrală de canalul medular;*

- *la exterios de peripost*

*Ţesutul osos spongios formează epifizele oaselor lungi, oasele scurte şi late (vezi fig.l ).*

-8-



***Fig. 1 Structura unui os lung***

II.l.2 *Aspecte generale privind sistemul osos*

Aparatul locomotor este constituit din sistemul osos şi sistemul

. muscular; ambele asigură susţinerea corpului şi posibilitatea de deplasare.

Sistemul osos = totalitatea oaselor din corp.

Datorită compoziţiei chimice şi arhitecturii substanţei osoase, oasele au proprietatea de-a rezista la:

- presiune

- tracţiune

'

- torsiune

*Rolul oaselor în organism:*

*>* determină staţiunea verticală a corpului, iar impreună cu articulaţiile dintre ele asigură suportul părţilor moi;

*>* participă la formarea cavităţilor de protecţie ale unor organe (cutia craniană, canalul vertebra1, cutia toracică, bazinul);

-9-

*>* sunt organe ale mişcării pentru că participă la formarea articulaţiilor şi servesc ca puncte de inserţie pentru muşchi;

*>* măduva roşie (din epifizele oaselor lungi, din oasele late şi

scurte are rol în hematopoieză)

*>* depozit de substanţe fosfocalcice, pe care organismul le poate mobiliza la nevoie (sarcină).

Cele trei funcţii fundamentale ale scheletului sunt: funcţia de suport structural, funcţia de echilibru mineral şi funcţia de hematopoeză.

Oasele se impart în: lungi (femur, tibie, radius), late (omoplat), scurte

(vertebre, tarsiene, metatarsiene) şi mixte (oase cu forma neregulată, os maxilar, mandibular, temporar). lată structura unui os lung.în creştere: diafiză are un aspect tipic tubular şi este separată de epifiza prin cartilajul de conjugare;

porţiunea din diafiză aflată în imediată vecinatate a cartilajului de creştere se

numeşte metafiză.

Vascularizaţia osului provine din arterele nutritive principale

şi secundare, ale căror puncte de intrare sunt constante şi caracteristice fiecărui os, cu punct de intrare la nivelul inserţiilor tendinoase sau ligamentare şi ale căror ramuri ajung şi la nivelul cavităţii medulare.

II.l.3 ***Scheletul şi articuţiile membrului inferior***

Scheletul membrului inferior este a1catuit din:

*>* oasele centurii pelviene sau coxale;

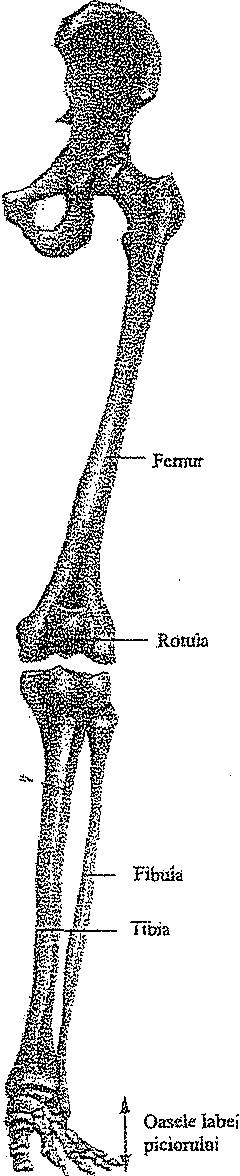
*>* oasele extrernităţii libere a membrului inferior:

*>* femur - scheletul coapsei;

*>* tibia şi fibula sau peroneul - scheletul gambei;

- 10 -

*>* tarsiene, metatarsiene şi falange - scheletul piciorului;



*>* se adaugă patela sau rotula situată în

partea anterioară a articulaţiei genunchiului.

*Centura pelviană* este alcătuită din 2 oase coxale formate fiecare prin sudarea a 3 oase primitive: ilion, ischion, pubis.

Sudarea lor permite o creştere a rezistenţei bazinului, adaptandu-l la susţinerea greutăţii trunchiului şi mişcarea extremităţilor inferioare libere prin intermediul articulaţiei coxo

-femurale (vezi fig.2).

***Fig.2 Scheletul membrului inferior***

Cele 3 oase care formează coxalul se dispun astfel:

*>* superior -osul iliac;

-11 -

*>* inferior şi posterior - osul ischion;

*>* inferior şi anterior - osul pubis.

Articulaţiile centurii pelviene sunt articulaţii cu mobilitate extrem de redusă.

Legătura lor cu trunchiul este fixă.

Oasele coxale se articulează anterior pe linia mediană formând simfiza

pubiana.

Posterior oasele coxale se articulează cu coloana vertebrală prin sacru,

formând articulaţia sacro - iliacă. Prin această articulaţie greutatea trunchiului se transmite bazinului şi membrelor inferioare.

In articulaţia sacro - iliaca se potexecuta mişcări reduse de basculare în

jurul unui ax transversal.

Bazinul este impărţit de linia terminală (care are o parte sacrală, una iliaca şi una pubiana) in 2 etaje: bazinul mare şi bazinul mic.

III.1.3 .1 *Scheletul membrului inferior liber*

Femurul este cel mai lung os al corpului.

Epifiza proximală prezintă. capul femural care patrunde în acetabul, formând articulaţia coxo -femurală.

Epifiza distală prezintă 2 proeminenţe, condilii femurali cel:

*>* medial mai lung;

*>* lateral mai scurt.

Condilii au feţe articulare care se unesc anterior şi se articulează cu rotula sau patela. Inferior ei se articulează cu tibia prin articulaţia genunchiului.

Scheletul gambei corespunde oaselor tibia şi peroneu unite între ele prin membrana interosoasă.

-12-

Tibia este situată în partea medială a scheletului gambei şi este principalul os de sprijin al acesteia.

Epifiza inferioară prezintă medial maleola medială.

Fibula sau peroneul este situat în partea laterală a gambei.

Epifiza superioară se articulează cu capul tibiei prin articulaţia tibio­ fibulara proximală.

Epifiza inferioară se prelungeşte în jos şi lateral cu maleola laterală. Rotula sau patela este un os triunghiular cu baza in sus şi vârful în jos.

Prin faţa posterioară se articulează cu condilii femurali.

Scheletul piciorului este alcătuit din 3 segmente:

> tarsul reprezintă segmental superior, format din 7 oase dispuse în 2 rânduri:

> posterior: talus (astragal) şi calcaneu;

> anterior : navicular , cuboid si 3 cuneiforme ;

> metatarsul reprezintă segmentul mijlociu şi este format din 5 oase metatarsiene, de la I la V, dinăuntru în afară;

> falangele reprezintă segmentul distal şi formează scheletul degetelor. Sunt în număr de 3 pentru fiecare deget, proximală,medială, distală, excepţie degetul mare sau haluce care are numai 2 (proximală, distală).

II.1.3.2 *Articulaţiile extremităţii libere a membrului inferior*

1. Articulaţia coxofemurală se realizează între capul femurului şi acetabulul coxalului.

Mişcări posibile:

* flexie- extensie;
* abducţie şi aducţie

-13 -

*»* rotaţie medială şi laterală;

*»* circumducţia

Articulat,ia coxo - femurală este o articulat,ie foarte solidă.

1. Articulaţia genunchiului se realizeaza între condilii femurali, patetă

şi condilii tibiali.

Condilul medial al femurului coboară mai jos decât cel lateral, formând cu tibia un unghi cu deschidere laterală de 174°.

Când aceste unghiuri sunt mai mici de 150° avem genu valgum (x) iar

dacă sunt mai mari de 174° avem genu varum (o).

Incongruenţa dintre feţele articulare este completată de 2 meniscuri lateral şi medial, de forma literei „C”.

Mişcări posibile:

*»* flexie- extensie;

*»* mişcari foarte reduse de:

*»* rotaţie internă şi externă;

» înclinaţie laterală.

1. Articulaţia tibio - fibulară atât cea superioară, cât şi inferioară, sunt

fixe.

1. Articulaţia gleznei sau talo - crurală se realizează între epifizele

inferioare ale tibiei şi fibulei şi osul talus. Maleolele, lateral şi medială, formează o scoabă în care este prins talusul.

Mişcarile posibile:

*»* flexie dorsală, piciorul se apropie de gambă;

*»* flexie plantară- invers.

1. Articulaţiile intertarsiene (subtalare) între oasele tarsului. Mişcările posibile:

-14-

*»* pronaţie sau eversiune – marginea medială a piciorului e coborâtă, iar cea laterală ridicată. Se insoţeşte de de abducţia şi flexia dorsală a piciorului;

*»* supinaţia sau inversiune - margine medială ridicată şi laterală coborâtă. Se însoţeşte de adducia şi flexia plantară a piciorului;

*»* adducţie - abducţie.

' '

1. Articulaţia tarso- metatarsiană se realizează între:

*»* primele 3 metatarsiene şi cele 3 cuneiforme;

*»* ultimele 2 metatarsiene (IV şi V) şi osul cuboid.

1. Articulaţiile metatarso - falangiene între metatars şi falanga proximală a degetelor.
2. Articulaţiile interfalangiene între falangele degetelor.

*II 2. 1.Definiţie*

II. 2. Date ştiinţifice

Fractura este o întrerupere totală sau parţială a continuităţii unui os, apărută în urma unui traumatism.

Fractura nu este numai un simplu accident traumatic, cu repercursiune

locală, ci un proces patologic complex, care angajează întreg organismul. Fractura este deci şi o boală generală (dereglări posttraumatice generale), declanşată mai ales prin intermediul SN. Ea se produce prin acţiunea directă sau indirectă a unui agent traumatic asupra osului.

Uneori traumatismul este produs prin consumarea unei mari cantităţi de energie (precipitări, accidente rutiere), alteori însă traumatismul cauzator este minor sau chiar lipseşte, fractura datorându-se unor vicii structurale ale osului

(microfracturi produse prin solicitare excesivă) sau unor afecţiuni care afectează

-15-

rezistenţa osoasă (tumori primare, metastaze osoase, infecţii, osteoporoză). La copii, pierderea continuităţii osoase Ia nivelul cartilajului de conjugare poartă numele de dezlipire epifizară.

*II. 2. 2. Clasificare*

* 1. în mod clasic:

» fracturi închise - segmentele osoase sunt acoperite integral de

piele;

» fracturi deschise - tegumentul şi straturile de sub ele au fost

lezate fix de agentul vulnerant, fie de fragmente osoase şi osul ajunge in contact cu exteriorul.

* 1. în mod anatomo -patologic:

» fracturi complete - în funcţie de forma liniei de fractură sunt: oblice, transversale, longitudinale, spiroide, pot fi cu sau fără deplasarea capetelor osoase; (vezi fig.3)

»fracturi incomplete - linia de fractură nu intersectează toată circumferinţa osului (fisuri, înfundarea oaselor late ale craniului, ruperea incompletă ce interesează corticala osoasă) acestea sunt frecvent întâlnite la copii;

osoase;

»fracturi fără deplasare - nu are loc deplasarea fragmentelor

»fracturi cu deplasare - fragmentele osoase sunt deplasate între

ele longitudinal, lateral, prin răsucire.

1. după aspectul traiectului:

» fracturi simple cu traiectorie transversal,oblic , spiroid ,

longitudinal;

-16-

·

» fracturi cominutive cu focare de fracturi multiple, fragmentele

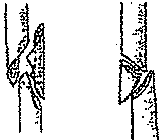
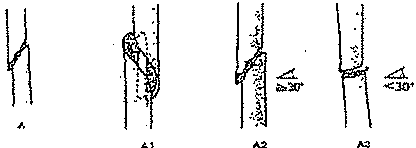
de os având denumirea de eschile.

1. după modul de acţiune al agentului traumatic:

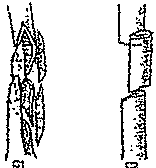
» fracturi directe - produse la locul de impact al agentului

vulneral cu osul ;

»fracturi indirecte produse la distantă de sediul traumatismului prin compresiune, tracţiune, răsucire, torsiune sau flexiune.



"



A=simplă A1=spiroide A2=oblică A3=transversal

B=cu fragment intermediar B1=prin torsiune B2=prin flexie

C=complexe C1=cominutivă C2=dublă



*II. 2. 3. Etiologie*

Cauzele fracturilor sunt multiple: accidente de circulaţie, accidente

casnice, de muncă , de sport,căderi de diferite forme şi cause , diverse agresiuni.

-17-

Factorii favorizanţi\_:

» vârsta – în mod frecvent între 25–50 de ani, dar şi la persoanele

vârstnice datorită senescenţei ţesutului osos; la copii apar mai rar datorită elasticităţii mai mare a oaselor,datorită faptului că au corpul mai uşor şi musculatura mai puţin dezvoltată.

» sexul – bărbaţii sunt mai expuşi decât femeile , prin însuşi procesul muncii

» boli care afectează aparatul osteo-articular - poliartrita reumatoidă, poliartrita psoriazică, artrita bacteriană acută, sclerodermita, etc.

Cele mai :frecvente localizări ale :fracturilor: sunt extremitatea distală a oaselor antebraţului, fracţiunile maleolare şi de gambă.

Sediul : fracturilor în lungimea osului poate fi situat în orice zona a lui:

epifizară, diafizo-epifizară, metafizară sau intra-articulară. În ceea ce priveşte

fractura in grosimea osului aceasta poate fi completă sau incompletă. La copii şi adolescenţi trebuie menţionată o categorie particulară de leziuni şi anume

decalarea epifizară, o fractură produsă la nivelul cartilajului de creştere.

În cazul : fracturilor deschise, segmentele osoase fracturate comunică

direct cu exteriorul , odată cu fractura provocându–se şi leziuni de diferite grade

ale părţilor moi (tegument, muşchi, aponevroze , vase, nervi) care devin astfel

mijloace de intrare pentru microbi . Fracturile deschise pot fi produse fie din exterior, fie din interior când sunt provocate de violenţa impactului cu agentul vulnerant, fie din interior spre exterior , leziunile fiind provocate de capetele tăioase ale ligamentelor fracturate.

De regulă, deschiderea focarului se face odată cu producerea soluţiei de

diminuitate osoasă , dar există cazuri în care un capăt osos perforează părţile moi

-18-

într–un al doilea timp, în special datorită manevrelor incorecte de prim ajutor sau transport.

*II 2. 4. Simptomatologie*

Traumatizatul suferă o serie de dereglări funcţionale locale şi generale aparute ca o consecinţă a discontinuităţii osoase, a impulsurilor nocive venite din focarul de fractură.

* 1. Semne clinice generale - se manifestă cu o intensitate deosebită în funcţie de intinderea leziunilor şi de terenu1 pe care s-a produs fractura. În cazurile uşoare se evidenţiază doar:

» Tahicardie- puls mic, filiform, frecvent peste 100 p/min;

» Polipnee superficială - dispnee cu tahipnee şi batăi ale aripilor

nasului;

» Stare de agitaţie -în urma şocului emoţional şi a durerii;

» Subfebrilitate de tip aseptic (uneori) - este consecinţa resorbţiei din focarul de fractură şi nu este un semn de alarmă în primele 2-3 zile. Când insă febra începe să crească dupa 3-4 zile de la traumatism, ea poate fi semnalul de

alarmă pentru o supuraţie ce se produce în focar sau este legată de o altă leziune traumatică ce se complică.

» Pot apare frisoane, cefalee, polakiurie, diaree sau constipaţie, etc.

În cazurile mai grave , cum ar fi şocul traumatic pot apărea :

» modificări tensiona1e reflexe - frecvent apare hipo-tensiunea

articulară

» accidentatul este inert, somnolent, cu privirea în gol;

» faţă palidă, uneori livid, ochi incercănaţi şi înfundaţi în orbite;

» transpiraţii reci;

-19-

» buze uscate,frecvent cianotice

» segmentele reci şi palide, uneori cianotice , acoperite de transpiraţie

răcoroasă şi rece

» oligurie extremă până la anurie cu evoluţie spre IRA;

» acidoză metabolică fixă;

» vărsături incoercibile;

B. Semne clinice locale- sunt semne de probabilitate şi de certitudine

1. semne locale de probabilitate :

» durere vie, spontană, în punct fix, exacerbată la palpare sau imobiliazare. Durerea apare din primul moment, poate avea sediul în focarul de fractură sau pot aparea dureri reflectate. Pentru precizarea diagnosticului de fractură uneori este nevoie să provocăm durere prin palpare sau mobilizare, durere care arată suferinţa părţilor moi traumatizate. Durerea are un caracter pulsatil sau de arsură.

» importanţa funcţională a segmentului afectat datorită întreruperii

pârhiei ce execută mişcarea şi datorită durerii ce se accentuează la orice

mişcare

»deformarea şi scurtarea segmentului anatomic afectat cu apariţia

unor poziţii anormale (poziţii vicioase)

» echimoze tardive, uneori la distante de focarul de fractură;

» tumefacţie şi edem local;

»flictemele sunt frecvent întâlnite în traumatismele gambei şi ale piciorului şi traduc tulburarea circulatorie post - traumatică; flictenele pot fi unice sau multiple , de diverse mărimi , au un conţinut serocitrin sau schemografic

» creşterea temperaturii locale.

'J

-20-

1. semne locale de certitudine - trebuie căutate cu deosebită delicateţe sau chiar să se renunţe la ele pentru a nu cauza bolnavului o suferinţă absolut inutilă şi pentru a nu agrava posibilele leziuni locale. Sunt reprezentate de:

» mobilitatea anormală în focar - existenţa unei mişcări unde aceasta nu există în mod normal;

»perceperea palpatorie a crepitaţiilor osoase - este interzisă provocarea lor în scop diagnostic;

» lipsa transmiterii mişcărilor dincolo de fractură

»întreruperea evidentă a continuităţii osoase.

Segmentul de fractură este certificat numai la examenul radiologic de

faţă şi profil , care oferă şi detalii asupra fracturii.

Uneori aceste semne nu apar în mod evident,dardacă victima acuză dureri mari pe traiectul unui os şi membrul afectat nu apare deformat, manevrele de diagnostic vor fi reduse la minimul necesar deoarece riscăm ca mobilizând o fractură fără deplasare să rupem periosul şi sa deplasăm fragmentele osoase complicând evoluţia bolii şi astfel să lezăm ţesuturi moi din jur (muşchi regionali, tendoane, nervi, vase sangvine,tegument).

*II. 2.* 5. *Diagnosticul*

Se pune pe baza tabloului clinic descris anterior , asociat cu studierea atecedentelor bolnavului (sunt mai importante când este vorba de fracture de oase bolnave) şi cu istoricul accidentului care va oferi pe lângă cauza accidentului care a dus la apariţia fracturii şi unele elemente din care se poate aprecia mecanismul de producere şi eventualele complicaţii locale posibile.

Examenul radiologic de fată şi de profil certifică diagnosticul de fractură oferind detalii asupra tipului fracturii, sediul ei exact, deplasarea

-21 -

fragmentelor osoase şi asupra eventualelor leziuni articulare de vecinătate. De aceea este bine ca radiografia să cuprindă şi articulaţiile învecinate :fracturii pentru a evidenţia eventualele luxaţii sau entorse asociate fracturii.

Odată fractura diagnosticată cu certitudine este absolut necesar să se precizeze în măsura posibilului şi leziunile părţilor moi. Existenţa unei răni cutanate ce face ca focarul de fractura să comunice cu exteriorul se stabileşte uşor, hemoragia de obicei important şi adeseori disproporţionată faţă de mărimea plăgii, atrăgând atenţia asupra ei. 0 problemă mai delicată este aprecierea eventualelor leziuni ale trunchiurilor vasculo - nervoase mari ale segmentului traumatizat. Pentru a se aprecia situaţia circulaţiei şi, deci, existenţa sau lipsa unor leziuni vasculare este suficient să se examineze culoarea

tegumentelor şi temperatura segmentului distal de fractură. Este suficientă

'

solicitarea accidentatului să mobilizeze segmentele distale şi aprecierea prin examinare dacă există zone de hipoestezie sau anestezie cutanată distal de fractură.

*II 2. 6. Diagnosticul diferenţial*

Se face în primul rând cu alte leziuni traumatice cum sunt entorsele sau luxatiile. Această diferenţiere se face cu uşurinţă dacă examinarea clinico - radiologică este direct făcută.

*II. 2.* 7. *Evoluţie*

Evoluţia se bazează pe modificările suferite de leziunile din focarul de fractură şi a căror evoluţie trebuie favorizată de terapeutica aplicată. Hematomul produs în focarul de fractură delimitat şi menţinut pe loc de părţile moi din jur este primul element care contribuie la fixarea fragmentelor osoase. Hematomul se

-22-

·

coagulează,din coagul se elimină şi se resoarbe serul şi astfel rămâne pe loc o retea bogată de fibrină şi elemente celulare care reprezintă primul element de fixare a fragmentelor osoase.

Paralel cu formarea şi modificarea hematomului se mai produce şi un edem local şi o modificare spre acid PH - ului local, modificare ce favorizează decalcifierea capetelor osoase ceea ce face ca după câteva zile linia de fractură să devină vizibilă radiografic. Edemul produce conditii propice pentru modificarea ţesutului conjunctiv local care se transformă în ţesut conjunctiv embrionar, ce

permite ulterior evolutia sa spre formarea calusului.În prima săptămână încep să

se înmulţească elementele fibrilare şi se realizează aşa numitul „calus fibrino –

proteic”. Ulterior ţesuturile devitalizate din focar şi din jur sunt lezate şi îndepărtate.

Profilarea ţesutulu fibros continuă să se realizeze in focar o reţea bogată de fibrile

colagene şi de fibroblaşti , o reţea de neocapilare şi secreta colagenul. Timp de trei

săptămâni în focar există un calus fibros provizoriu ce asigură o fixare bună a

fragmentelor.

Prin fixare de săruri fosfocalcice pe suportul astfel format se realizează calusul osos primitiv ce asigură consolidarea fracturii. Formarea calusului osos primitiv se definitiveaza în 4 - 8 saptămâni,în funcţie de forma şi localizarea fracturii, corectitudinea tratamentului aplicat , de vârstă şi starea generală a pacientului. După aceasta fază continuitatea şi soliditatea osului este realizată şi fractura este consolidată, osul putandu-şi relua funcţia. Sub acţiunea solicitărilor fiziologice la care este supus osul , calusul osos primitiv se reface , iar osul îşi reia forma si structura avută anterior , după care se poate vorbi de videcarea fracturii.

-23-

*II 2. 8. Complicaţii*

1. Complicaţii imediate
2. complicaţii generale

» Şocul post - traumatic manifestat în special la accidentatii cu politraumatisme, polifracturaţi; este o gravă tulburare a întregului organism rezultată în urma traumatismului datorită hemoragiei, acumulărilor de cataboliţi toxici şi a perturbari funcţiei renale. Se manifestă prin tahicardie, hipotensiune arterială., polipnee super ficială., accidentatul stă inert în poziţie de decubit dorsal, facies palid, transpiraţii reci, tegument rece şi palid, uneori cianoza tegumentelor şi a buzelor. Tratamentul şocului trebuie să fie precoce, intensiv şi corect condus de personal medical calificat;

»embolia grăsoasă; apare foarte rar, de regulă prin mobilizarea unor fragmente de grăsimi (maduvă osoasă) din focarul de fractură în curentul circulator; se poate localiza pulmonar, exprimată clinic prin junghi tocic, ceanoză şi dispnee sau poate interesa anumite teritorii cerebrale manifestându-se prin somnolenţă, confuzie , comă , tulburări de vedere , deficite motirii ;

»congestia pulmonară ,pneumopati acute, bronho – pneumonii severe aparişia lor este favorizată de imobilizarea la pat , în special la pacienţii vârstnici;

»retenţia acută de urină, infecţii urinare - pot fi observate la purtătorii unui adenom de prostată imobilizaţi la pat consecutiv unei fracturi;

»decompensarea unor afecţiuni preexistente: datorită tulburarilor

fiziopatologice induse de şocul traumatic poate apare cetoacidoza la diabetici, insuficienţa cardiacă la cardiaci, crize anginoase la coronarieni.

1. complicaţii locale

»fractura deschisă – este realizată prin străpungerea părţilor moi şi a

tegumentului de către agentul traumatic sau de către capetele osoase fracturate ;

datorită riscului major al suprainfectării orice fractura deschisă trebuie

considerată de la început ca fiind contaminată microbian şi tratată ca atare;

-24-

» leziuni nervoase - prin compresiune, elongaţie sau secţionare interesează mai frecvent nervul radial, nervul medial la plica cotului şi nervul sciatic popliteu la nivelul colului peronier;

» leziuni vasculare - prin introducerea unor plăgi arteriale sau venoase determină hematoame în fracturile închise şi hemoragia externă în fracturile

deschise; compresia pe trunchiurile vasculare poate determina fenomene ischemice ale segmentului afectat: ischemie cutanată (escare) ischemie cronică nervoasă şi musculară (scleroze, retracţii tendinoase şi musculare, parastezii, pareze şi chiar paralizii);

» intarzieri în formarea calusului - prin interpunerea de părţi moi între capetele osoase fracturate şi deplasate , poate duce la apariţia unei pseudartroze.

1. Complicaţii tardive

» calusul vicios - este rezultatul consolidării unei fracturi incorect reduse sau redeplasate sub aparatul de contenţie; consolidarea în poziţii defectuoase antrenează în timp tulburări funţionale, deteriorarea funcţiei articulare, hipotrofii musculare, tratamentul constă în corectarea chirurgicală a deplasarilor;

» întârziere în consolidare- după interviul normal necesar consolidării la mobilizarea focarului pacientul acuză dureri;

» pseudartroza constituie starea definitiva care urmează în timp

întârzierii în consolidare; tratamentul presupune consolidarea pe cale chirurgicală în poziţie normală a capetelor osoase, asociat după caz cu imobilizarea gipsată de

contenţie;

» osteoame periarticulare post-trarumatice - apar tardiv (dupa 2-3 săptămâni) prin depuneri de săruri calcare în hematoamele periarticulare,

tratarmentul constă în extirparea lor chirurgicală;

-25-

*»* osteoporoză post-traumatică apare datorită tulburărilor neuromotorii şi vasomotorii locale printr-o demineralizare intensă şi decalcifieri osoase extinse; se exprimă clinic prin dureri, hipotrofie musculară, cianoză şi hipotermie locală hiperhidroză; tratamentul urmăreşte ameliorarea regimului circulator local, suplimentarea aportului de calciu şi vitamina D, kinetoterapie.

*II. 3. FORME ANATOMO-CLINICE*

În cele ce urmează sunt prezentate principalele forme anatomo-clinice de fracturi la nivelul membrelor inferioare, insistând asupra particularităţilor de diagnostic şi tratament.

*II. 3. 1. Fracturile de col femural*

Constituie în marea lor majoritate apanajul vârstei înaintate, fiind favorizate de gradul de osteoporoză şi fragilizare intâlnit frecvent la bătrâni. Dintre simptomele pe care le acuză pacientul, menţionăm: durere violentă în regiunea şoldului, impotenţa functională parţială (dacă fragmentele osoase sunt angrenate), sau totală (dacă acestea nu sunt angrenate). Obiectiv se constată scurtarea membrului inferior care se află în rotaţie externă, iar la palpare se observă ascensionarea marelui trohanter.

Diagnosticul şi sediul focarului de fractură sunt precizate de radiografia

şoldului. Principala complicaţie locală este lezarea în diferite grade a pachetului vasculo-nervos femural. Datorită imobilizării la pat (în special în cazul persoanelor vârstnice) există riscul major al complicatiilor generale: bronhopneumonii acute, infecţii urinare, retenţie de urină escare de decubit.

-26-

·

Tardiv, se pot constitui local: pseudartroză, necroză aseptică de col femural, coxartroză post-traumatică.

Tratamentul fracturilor de col femural angrenate (cu întrepatrunderea fragmentelor) este ortopedic şi constă în imobilizarea în aparat gipsat pelvipedios timp de 6-8 saptămâni. Fracturile neangrenate (instabile) se vor rezolva chirurgical ori de câte ori starea biologică a pacientului o permite şi constau intr­ o reducere cu şuruburi, cui-placă, cui metalic trilamelar, broşe Kischner.

Fracturi trohanteriene- sunt fracturi ce interesează masivul trohanterian. Deoarece se produc într-un ţesut spongios bine vascularizat, ele se consolidează cu uşurinţă, iar complicaţiile sunt mult mai rare. Ca şi fracturile de col femural aceste fracturi se produc în condiţiile unui traumatism puţin important (cădere pe

şold la persoane cu osteoporoză.

În aceste fracturi se constată că membrul inferior este in adducţie, iar coapsa în uşoară flexie şi rotaţie internă. Impotenţa funcţională este totală, cu imposibilitatea transmiterii mişcării la nivelul inferior afectat. Scurtarea reală a membrului inferior este prezentă (1-2 cm). Diagnosticul se face clinic şi

radiologic iar cel diferenţial se face în primul rând cu fracturile de col femoral şi

fracturile subtrohanteriene de femur.

*II. 3. 2. Fracturile diafizei femurale*

Sunt factori cu localizări la nivelul regiunii subtrohanteriene; 1/3 medie a diafizei femurale şi regiunea supracondiliană. Având în vedere că la acest nivel

acţionează muşchi deosebiţi de putenici, aceste fracturi, în majoritatea cazurilor sunt cu deplasare importantă.

Mecanismul de producere este în majoritatea cazurilor reprezentat de un

traumatism important, de regulă accident de muncă sau de circulaţie.

-27-

Semnele clinice sunt cele obijnuite ale unei fracturi diafizare : durere ,

impotenţă funcţională , deformarea regiunii ,echimoze, etc. Cele mai importante

complicaţii locale imediate sunt : fractură deschisă , leziunile nervoase

şi vasculare interesând pachetul vasculo – nervos femoral.

Dintre complicaţiile tardive cele mai importante sunt : pseudartroza şi

calusul vicios , cu severe turbulări funcţioale.

În prezent tratamentul **ortopedic** este din ce in ce mai puţin utilizat . Se

apelează la intervenţia chirurgicală cu osteosinteză folosind tijele Ender sau tijele

Kuntschner. În fracturile deschise supurate se aplică fixatorul extern .

Avantajele tratementului chirurgical constau în : coaptarea şi fixarea solidă

a capetelor osoase , evitarea imobilizării prelungite necesară în reducerea

ortopedică prin extensie continuă a coapsei cu broşa Kirschner trecută

transcondilian .

*II. 3. 3. Fracturile rotulei*

Se întâlnesc mai des la adulţi şi se produc prin cădere pe genunchiul

flectat , lovirea genunchiului cu un corp contondent sau prin smulgerea în urma

unor contracţii musculare violente a cvadripsului (la sportivi).

Tabloul clinic este constituit în principal de durere vie locală şi

impotenţă funcţională parţială , deformarea până la tumefierea genunchiului şi

constituirea hemartrozei (nevărsat sangvin intra-articular). La palpare se constată,

în fracturile cu deplasare , prezenţa unui şanţ transversal care corespunde

traiectului de fractură.

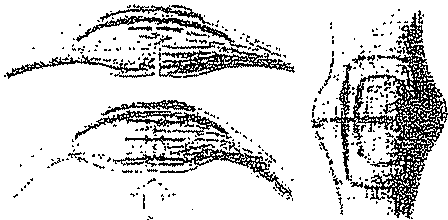
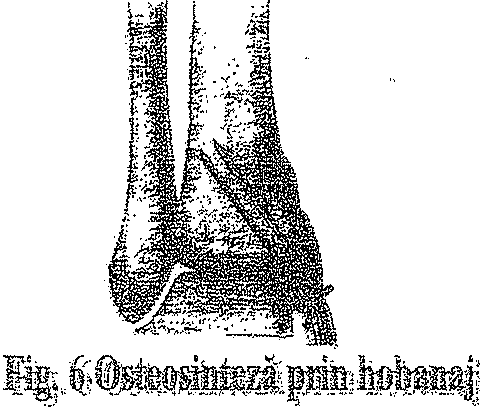
*-28-*

·

Examenul radiologic de faţă şi profil este indispersabil pentru

certificarea diagnosticului.

Fiind o fractură cu traiectul intraartiicular principala complicaţie care trebuie evitată este artroza, cu importante repercusiuni funcţionale. De aceea, reducerea :fragmentelor trebuie făcuta cât mai perfect. Fracturile cu deplasare necesită reducerea pe cale chirurgicală şi osteosinteză prin cerclaj sau hobanaj cu fire de sârmă şi broşe (vezi fig.5,6).



Fracturile fărădeplasare se tratează ortopedic prin imobilizare într-un burlan gipsat timp de trei saptamâni.

*II. 3. 4. Fracturile diafizare ale oaselor gambei*

Principalele mecanisme de producere sunt : impactul direct al agentului

traumatic asupra gambei , căderea în picioare şi torsiunea brutală în accidentele

de schi.

-29-

Localizarea fracturilor la nivelul tibiei la unirea 1/3 distală cu 2/3 proximală. Fractura peroneului este rareori izolată, fiind de regulă asociată cu cea a tibiei. Atât semnele clinice cât şi complicaţiile posibile sunt comune tuturor fracturilor diaftzare.

Tratamentul urmăreşte refacerea axului membrului inferior şi a

paralelismului între suprafeţele articulare ale genunchiului şi a gleznei.

Fracturile fără deplasare beneficiază de imobilizarea într-un aparat gipsat

( cizmă gipsată înaltă ) timp de 6 săptămâni . În cazul fracturilor cu deplasare se

încercă iniţial reducerea ortopedică imediată sau prin extensie continuă . Dacă

reducerea ortopedică nu reuşeşte sau fragmentele osoase se deplasează este

necesară rezolvarea chirurgicală prin osteosinteză cu şuruburi , placă cu şuruburi ,

tije Ender sau Kuntscbner.

*II. 4. Tratament*

Tratamentul are un scop dublu: refacerea formei osului şi restabilirea funcţiei segmentului lezat. Tratamentul începe în momentul accidentului şi se termină o dată cu reluarea activităţii de către bolnav. Indiferent de tipul fracturii, măsurile terapeutice urmăresc următoarele obiective:

*»* Reducerea cât mai perfectă şi precoce a fracturii, respectând

continuitatea anatomică, realizând o coaptare perfectă a capetelor osoase fracturate;

*»* Imobilizarea strict şi continuă a focarului de fractură pe timpul

necesar formarii calusului definitiv şi consolidării complete a fracturii.

*»* Consolarea funcţiei artificial , evitarea hipotrofiilor muscular şi

prevernirea tulburărilor circulatorii în segmental afectat prin aplicarea

tratamentului funcţional cât mai precoce până la reluarea funcţiei normale.

-30-

Reducerea fracturilor şi imobilizarea acestora poate avea un caracter provizoriu, ca masură de prim ajutor pe durata transportului accidentatului. În această situaţie reducerea trebuie efectuată cu grijă în axul osului după care

segmentul se va imobiliza provizoriu utilizând atele improvizate (beţe, bucăţi de scândură, etc.). Reducerea şi imobilizarea fracturilor se face în spitale şi poate fi obţinută prin: extensie cu aparatura specială, aparat gipsat şi osteosinteză (intervenţie chirurgicală). Pentru îndeplinirea acestor obiective se apelează la doua categorie de mijloace, şi anume: tratamentul profilactic şi curativ.

II. 4. 1. *Tratamentul profilactic -* comportă două categorii de mijloace,

unele îndreptate însă şi impotriva accidentului cauzator şi care încearca să evite producerea lor (perfecţionarea vehiculelor de transport, a normelor şi căilor de

comunicaţie, măsuri specifice de protecţia muncii, măsuri educaţionale, etc.), iar

'

altele îndreptate însăşi împotriva apariţiei complicaţiilor post – traumatice şi care să

ducă la vindecarea cât mai bună din punct de vedere funcţional.

II.4. 2. *Tratamentul curativ·-* comportă şi el doua categorii de măsuri

şi anume:

1. Tratamentul general

Urmareşte în primul rând ameliorarea condiţiilor de vindecare, prin

ameliorarea reactivităţii organismului cu ajutorul echilibrării unor stări organice legate de vârsta sau de suferinţele bolnavului. Deci, în mod practic, este vorba de un tratament general igienico-dietetic şi medicamentos, un regim alimentar complet şi de pregatire preoperatorie (dacă este cazul).

Tratamentul se continuă şi dupa tratamentul propriu-zis al fracturii, asociindu-i la nevoie tratamentul necesar prevenirii unor complicaţii (osteite, tromboflebite, etc.). După efectuarea tratamentului local se pune problema favorizării medicamentoase a consolidării. În acest sens în primele 2 - 3

-31 -

săptămâni de tratament se administrează vitamine (C şi complex B) care

favorizează formarea neocapilarelor în focar. În perioada calcificării calusului se

recomandă administrarea de vitamine D2 care ajută la fixarea şi resorbţia

intestinală de calciu , aportul necesar de calciu fiind asigurat de o alimentaţie

bogată în produse lactate sau sub forma unor produse farmaceutice de calciu.

Pentru favorizarea formării substratului proteic al calusului administrarea de

hormoni anabolizanţi poate fi utilă.

2 . Tratamentul local care comportă şi el o serie de etape :

*»* Primul ajutor la locul accidentului şi imobilizarea provizorie ;

*»* Transportul la un serviciu competent pentru rezolvarea corectă a cazului

*»* Tratamentul complex aplicat în spital;

*»* Tratamentul aplicat după extenare până la reluarea locului în societate.

*II. 4. 3. Tipuri de tratamente*

l. Tratamentul ortopedic

Reducerea fracturii se realizează cu atât mai uşor cu cât timpul scurs de

la accidentare este mai scurt, iar contractura musculară antalgică- reflexă este

anihilată printr-o anestezie bună . Manevrele de reducere ortopedica pot fi

efectuate manual sau folosind anumite dispozitive speciale (masă ortopedică,

cadre reductoare). În unele cazuri (fractura de diafiză femurală cu deplasare) pentru realinierea progresivă a capetelor osoase se vor utiliza sisteme de tracţiune

continuă cu broşa transosoasă la care este ataşată o greutate metalică.

Imobilizarea ortopedică după reducerea fracturii se va obţine de cele mai multe

-32-

ori printr-un aparat gipsat, mai rare fiind cazurile în care se recurge la sisteme de imobilizare continuă prin tracţiune.

2. Tratamentul chirurgical

Intervenţia chirurgicală este rezervată cazurilor care nu pot fi rezolvate prin manevre ortopedice. În principal, operaţia constă în deschiderea focarului de fractură, reducerea fragmentelor osoase deplasate şi fixarea acestora prin diverse procedee de osteosinteză (broşe , şuruburi, plăci cu şuruburi, tije centromedulare, sârmă,etc.) confecţionate din materiale inerte biologic (vezi fig. 7 - 12). După obţinerea pe cale chirurgicală sau ortopedică a reducerii şi imobilizarea focarului de fractură, la scurt timp trebuie început un program progresiv de recuperare funcţională care constă din exerciţii de contractură musculară, gimnastică

medicală sau fizioterapie. Acestea urmăresc menţinerea funcţionalităţii articulare,

'

prevenirea hipotrofiilor musculare şi a tulburărilor circulatorii locale.



-33 -

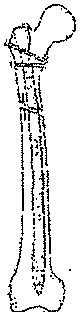
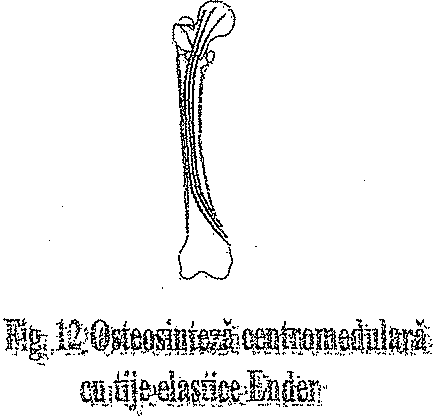
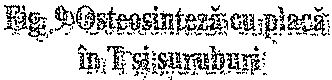
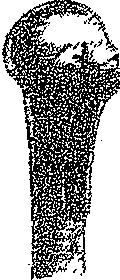
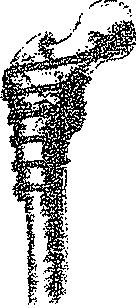


Fig. 11 Osteosinteză centromediculară

Cu tijă blocată.

-34-

II. 5. *Primm ajutor în fracturi ale membrelor inferioare*

Primul ajutor, constă în totalitatea intervenţiilor medicale pe care le putem acorda imediat la locul accidentului; în general, au ca prim obiectiv salvarea vieţii accidentatului atunci când aceasta este ameninţată. : în cazul

traumatismelor membrelor pericolul vital îl constituie hemoragia masiva şi infecţiile grave. De aceea primele gesturi de prim ajutor vor viza executarea imediată a hemostazei, a curăţirii şi pansării plagilor. Imobilizarea provizorie a fracturilor are scopul de a diminua durerile şi de a evita complicaţii în cazul leziunilor.

0 fractură deschisă este o urgenţă care trebuie rezolvată în primele 6 h de la accident. Daca este cazul se vor indeparta şi complicaţiile locale care

ameninţă viaţa traumatizatului (stop cardio-respirator, embolii, hemoragii externe

'

etc.

). Îmbracamintea din segmentul rănit va fi îndepărtată prin taiere cu un cuţit,

lamă, foarfecă etc., pentru a nu provoca suferinţe inutile accidentatului. Plaga va fi inspectată pentru a constata dacă există impurităţi (pământ , lemne, ţesături, etc). Exploatarea instrumentală a plăgii cutanate în scopul precizării comunicarii acesteia cu focarul de fractură este interzisă la locul accidentului. Se va face

toaleta fizică şi chimică a tegumentului din jurul plăgii cu apă şi cu săpun, degresare cu eter sau benzină şi dezinfectare cu alcool sau tinctură de iod. Toaleta fizică şi chimică a plăgii urmăreşte: îndepărtarea impurităţilor libere cu instrumente sterile, curăţarea plăgii prin „ştergere” cu soluţie de eter iodat sau neofalină 0,50%. Aceste soluţii nu alterează vitalitatea ţesuturilor sănătoase spre

deosebire de apa oxigenată care poate altera ţesuturile sănătoase. În cazul

impregnării cu impurităţi, în plaga poate fi curăţată cu soluţie de cloramină 0,2

%, permanganat de potasiu 1/4000 sau ser fiziologic. Se aplică apoi un pansament steril iar în cazul hemoragiilor ce interesează vasele mici hemostaza

-35-

se va face cu un pansament compresiv. După aceasta va urma înfăşarea şi imobilizarea provizorie a membrului afectat. Dacă va fi posibil se va face profilaxia antitetanică - este o masură de urgenţă, dar ea poate fi făcută şi la eşalonul urmator (dispensar, spital.). Când funcţiile vitale nu sunt afectate şi când nu există un traumatism abdominal, vor fi administrate antalgice (algocalmin, mialgin, în injecţii i.m.). După o prealabilă pregatire pentru transport, accidentatul este transportat în cele mai bune condiţii într-un serviciu de traumatologie. Toate manevrele se vor face cu maximum de menajare a traumatizatului, cu multă blândeţe şi atenţie spre a nu genera complicaţii (ruptura unor vase sau nervi din vecinatate, perforarea unui viscer,etc.). În mod normal pacienţii cu fracturi deschise trebuie operaţi imediat, toaleta riguroasă a plăgii fiind făcută de chirurg în sala de operaţii ca un timp operator esenţial premergător fixării osului fracturat . În aceaste situaţii , primul ajutor la locul

accidentului şi în camera de gardă , trebuie să se limiteze la spălarea rapidă

prin jet a plăgii cu soluţii antiseptice şi acoperirea ei cu un pansament compresiv

cu dublu rol: hemostatic şi de izolare a plăgii faţă de mediul exterior contaminat.

*II. 6. Metode de imobilizare provizorie a memlmului inferior*

*II. 6. 1. Fracturile colului femoral:* se foloseşte o atelă lungă din axilă până la picior şi se aplică pe faţa externă a membrului

inferior. La capătul superior al atelei, pentru a proteja părţile moi, se introduce în axilă vată pudrată cu talc. Atela se fixează prin legături circulare la torace, bazin, coapsă, genunchi şi gambă. Suplimentar se poate aplica o faşa lată circular în jurul membrului inferior şi a trunchiului. Pentru a se evita rotirea în afară a membrului inferior se leagă ambele picioare, unul de altul, cu câteva legaturi de faşa sau panză. Când nu se află la îndemână nici un obiect convenabil pentru

-36-

imobilizarea fracturii va fi folosit ca atelă membrul sănătos de care se leagă membrul fracturat. Bolnavul se pregateşte pentru transport prin bandajarea celor

două membre legate unul de celălalt. Accidentatul se transportă pe o targă tare.

*II. 6. 2. lmobilizarea femurului (coapsei):* se face în acelaşi fel ca şi în cazul fracturilor de col femural (atela lungă aplicată pe partea externă a membrului inferior, de la axilă până la talpa piciorului). 0 imobilizare a coapsei mai eficientă se poate face prinzând membrul inferior între două atele inegale: o atelă extemă lungă din axilă până la talpa piciorului şi o atelă mai scurtă aplicată pe partea internă a membrului inferior traumatizat, atelă ce se întinde de la regiunea inghinală până la călcâi. Peste ambele atele se aplică legături dispuse în jurul toracelui, bazinului, coapsei, genunchiului şi gambei (vezi fig.13).

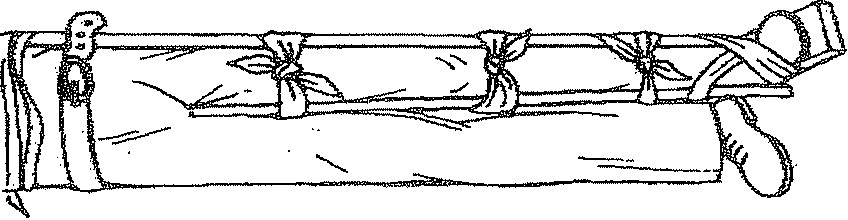


Fig . 13 Imobilizarea fracturii femurului cu ajutorul a două atele (scânduri) inegale

*«* ' ' •.

Când fractura are sediul în extremitatea distală a femurului (în

apropierea genunchiului) există pericolul ca pachetul vasculo - nervos popliteu

ce trece posterior osului să fie comprimat, înţepat sau sfâşiat. În aceste cazuri imobilizarea femurului se face cu o singură atelă posterioară ce se întinde de la

bazin până la talpă. Atela va fi protejată cu vată, mai ales la capătul proximal, spre a nu leza părţile moi. Legăturile vor fi legate în jurul bazinului, coapsei şi gambei, după care se trece la înfăşarea membrului inferior şi a bazinului.

-37-

*II 6. 3. Imobilizarea articulaţiei genunchiului:* se face cu ajutorul unei atele gipsate sau cu un material rigid aplicat de la rădăcina coapsei

(pliul fesier) până la gleznă. Atela se aşeaza pe faţa posterioară a membrului posterior.

*II 6. 4. Imobilizarea gambei:*

* 1. *Cu Q singură atelă:* imobilizarea de urgenţă se execută cu o atelă posterioară, care se întinde de la plica fesieră sau de la jumătatea coapsei spre parteă distala până la vârful degetelor. Se aplică atela având grijă să nu exercite compresiune, iar pentu protejare se poate aşeza un strat gros de vată la călcâi.
  2. *Cu două atele:* cele două atele egale ca lungime, se aplică

lateral una pe faţă şi alta pe faţa internă a membrului inferior , atelele se

întind de la rădăcina coapsei la călcâi , care se fixează cu faşă . Pentru ca

încheietura gleznei. În acest scop se va trece faşă pe sub talpă, pe care o va

solidariza cu atele laterale printr-o legatură în „8”. Pentru protecţia părţilor moi

se pot utiliza straturi de vată pe atele.

*II 6.5 Imobilizarea în fracturale oaselor gleznei sau a oaselor*

*piciorului :*

a) *Cu o singură atelă :* în cazul fracturii porţiunii inferioare a

tibiei şi peronului, în entorsele şi luxaţiile gleznei (tibio - tarsiene) ca şi în

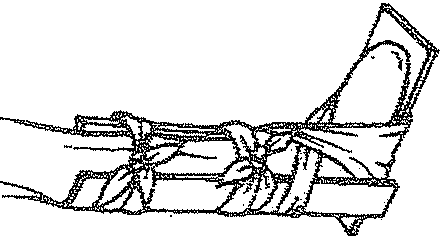
fracturile şi luxaţiile oaselor piciorului (tarsiene, metatarsiene) imobilizarea se

face cu o singură atelă posterioară (Cramer sau gipsată), care se întinde de la groapa poplitee până la vârful degetelor. Tehnica imobilizării este similară cu cea

a imobilizării gambei cu o singură atela;

-38-

b) *Cu trei atele:* se folosesc două atele mai lungi, egale între ele, care să se întindă de la genunchi până la călcâi şi o atelă mai scurtă de lungimea tălpii piciorului. Atelele se căptuşesc cu vată fixată cu ture circulare de faşă. Atelele lungi se aplică pe părţile laterale ale gambei de sub genunchi până la călcâi şi se fixează cu două legături circulare. A treia atelă se aplică pe talpa piciorului şi se fixează pe atelele laterale cu ture de faşa în „8” sau în spică. Această metodă este mai rar utilizată (vezi fig. 14).



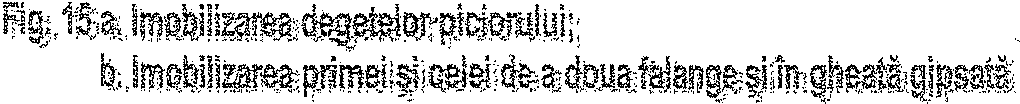
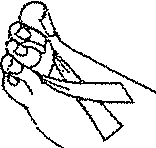
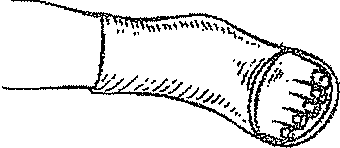
*II 6. 6. lmobilizarea oaselor degetelor piciorului:* în cazul fracturilor, entorselor sau luxaţiilor falangelor piciorului imobilizarea se face luând drept atelă de sprijin degetele sănătoase vecine. Între degetul bolnav şi unul din degetele sănătoase vecine se introduce o compresă mică de tifon, iar degetele se vor alipi

şi înfăşura circular cu ajutorul unei benzi de leucoplast, .ale cărei capete să se

încrucişeze pe faţă dorsală a piciorului; deasupra rădăcinii piciorului. Leucoplastul se desface în fiecare seară pentru a putea spăla piciorul şi se reaplică în acelaşi mod. lmobilizarea se menţine timp de 14 zile (vezi fig.15). Fracturile ultimei falange nu necesită imobilizarea de urgenţă. Fracturile primei şi celei de a doua fa1ange se vor imobiliza în gheată gipsată ce conţine degetul corespunzător (vezi fig. 16).

-39-

:·



*II 6.* 7. *Observaţii:* când axarea membrului nu se poate obţine prin tracţiuni blânde, este preferabil ca imobilizarea de urgenţă să se execute păstrându-se poziţia

anormală provocată de accident (luxaţiile şoldului, umărului sau cotului).

Înfăşurarea atelelor să nu fie prea strânsă pentru a nu stânjeni circulaţia sanguină.

*II. 6. 8. Scopul oricărei imobilizări:*

*»* de a împiedica mişcarile active şi pasive, pentru a pune în repaus organele şi ţesuturile traumatizate;

*»* de a menţine axarea corectă a membrului atunci când fragmentele nu

sunt deplasate, sau când au putut fi reduse corect, cu ocazia acordării primului ajutor;

*»* de a diminua durerile , care în cazul fracturilor sunt deosebit de

chinuitoare·

*»* de a evita complicaţiile pe care le poate provoca mişcarea în focar a

unui fragment osos rupt şi devenit tăios:

*»* secţionări ale unor nervi şi vase ;

*»* sfâşierea musculaturii din jurul osului ;

-40-

deschisă;

*»* perforarea tegumentului şi transformarea fracturii închise într-una

*»* suprimarea sau atenuarea reflexelor nociceptive şi ameliorarea unor

tulburări funcţionale (respiraţie paradoxală şi altele).

*II. 6. 9. Principiile unei imobilizări corecte:*

*»* asigurarea funcţiilor vita1e are prioritate faţă de alte manevre (de exemplu nu se face imobilizarea fracturilor de umăr sau a claviculei dacă este asociat şi un traumatism toracic grav);

*»* se va căuta obţinerea unei axări relative a segmentului de imobilizat,

prin tracţiune atraumatică şi progresivă în ax în momentul aplicării imobilizării;

*»* pentru a avea siguranţă că fractura nu se deplasează nici lateral, nici în jurul axului longitudinal, imobilizarea *trebuie să prindă în mod obligatoriu articulaţiile situate deasupra ş*i *dedesuptul focarului de fractură,·*

*»* să fie adaptată reliefului anatomic al regiunii accidentate;

*»* să fie simplă pentru a putea fi utilizată şi de persoane mai puţin

instruite;

*»* aparatul gipsat sau atela de imobilizare nu trebuie să fie compresive,

pentru a nu îngreuna circulaţia sanguină într-un segment în care există deja tulburări circulatorii secundare traumatismului.

Mijloacele pe care le putem folosi pentru imobilizarea provizorie a

fracturilor sunt:

*»* atele Cramer (făcute din sârmă), care au avantajul că sunt lungi şi pot fi mulate pe membrul rănit. În vederea aplicării atelei, în scopul imobilizării, se aşeaza u n strat de vată pe una din feţele atelei care vine în contact cu tegumentul, strat ce se fixează la atelă cu ture circulare de faşă;

*»* aparatul gipsat circular , atelă gipsată ;

-41 -

*.*

\,,·

·

*»* atele de lemn (căptuşite cu vată fixată pe atelă cu faşă);

*»* atele din material plastic simplu sau gonflabil;

*»* mijloace improvizate care pot folosi orice obiect rigid (scândurele de lemn, rigle, placaj, beţe, bastoane, etc.)

Se consideră ca cea mai bună atelă pentru imobilizare este atela gipsată.

*II. 6.10. Aparatul gipsat*

Aparatul gipsat reprezintă metoda cea mai des folosită pentru imobilizarea prin mijloace ortopedice a unei fracturi. După ce s-a obijnuit o reducere corectă a capetelor fracturate, aparatul gipsat conferă o imobilizare aproape perfectă a focarului de fractură.

Aparatul gipsat a fost introdus în practică de Mathysen, iar la noi în ţară

de Carol Davila.

Pentru confecţionarea aparatului gipsat este necesar un minim de

materiale, şi anume: ghips (de preferinţă albastru), feşe de tifon, vată,vas cu apă,cuţite de ghips şi foarfece de ghips.

Un bun aparat trebuie să îndeplinească următoarele cerinţe:

*»* Să imobilizeze articulaţiile supra şi subiacente fracturii;

*»* Să menţină membrul fracturat în poziţie funcţională;

*»* Să nu fie nici prea larg nici prea strâns.

Aparatele gipsate armate sau din oţel (MAISSONEUVE, DELBERT,

etc. ) deşi prezintă unele avantaje (fractura se poate controla mai uşor , permite un

grad de elasticitate adaptabil la edemul posttraumatic) , sunt mai puţin eficiente deoarece nu asigură o bună imobilizare, expunând la pseudartroze prin existenţa

-42-

unor mişcări fixe în focarul de fractură. Pot fi folosite pentru imobilizări mai puţin riguroase: fracturi de rotulă, rupturi de menisc, etc.

Aparatele ideale sunt cele circulare necăptuşite care iau un sprijin bun

pe punctele osoase şi nu permit mobilitatea fragmentelor, dar pot bloca circulaţia de întoarcere producând diferite complicaţii: edeme, tulburări nervoase de tip parestezic, tulburări circulatorii ce pot merge până la gangrenarea membrului. De aceea nu va fi aplicat niciodată aparatul circular necăptuşit dacă nu putem ţine bolnavul sub supraveghere cel puţin 24 -48 de ore.

Membrul afectat se protejează cu faşă (ture circulare) sau vată. Dar vata ce căptuşeşte aparatul gipsat poate : fi udată de transpiraţie şi se aglomerează în perniţe care pot comprima mănunchiurile vasculo - nervoase, iar ulterior permit

mişcări ale fragmentelor.

Membrul imobilizat va fi menţinut ridicat pe pernă în aşa fel încât

circulaţia de întoarcere să fie uşurată. Nu se aplică ambulatoriu aparate gipsate necăptuşite. De asemenea atragem atenţia bolnavilor, că la primele semne de sângerare, edem sau cianoză a extremităţilor distale să se prezinte de urgenţă la spital.

*Semnele de compresiune din partea aparatului gipsat* sunt următoarele:

*»* Dureri cu senzaţie de tensiune sub aparatul gipsat care nu cedează la calmante obişnuite.

*»* Tumefierea accentuată a degetelor sau extrermitătii distale a aparatului gipsat, care impiedică sau limitează mult mişcarea acestora.

*»* Cianoza sau albirea şi extremitaţilor (degetelor) , semn de compresiune

vasculară.

*»* Senzaţie de amorţeală şi furnicături în degete . În faţa acestui

complex vom despica de urgentă aparatul gipsat de-a lungul axului sau,

-43 -

desfăcându-l până la tegumente . Membrul respective va fi lăsat în repaus pe

un plan ridicat şi înclinat (pernă). După ce a retrocedat edemul , se va face un nou control radiologic şi , în funcţie de rezultat se va lua decizia terapeutică :

apropierea marginilor gipsului şi , ulterior completare lui ( dacă fragmentele nu

sau deplasat) sau o noua tentativă de reducere.

*»* Durerea persistă după 24 de ore de la aplicarea aparatului gipsat şi poate fi datorată:

*»* Lipsei de reducere a fracturii sau reducera incompletă a fracturii ;

*»* Compresiunii determinate de un aparat gipsat prea strâns pe excrescenţe osoase, trunchiuri nervoase sau nivelul focarului de fractură;

*»* Mobilizării fragmentelor (aparat gipsat prea larg)

*»* Prezenţei paraziţilor în caz de igienă insuficientă.

În asemenea situaţii se recomandă schimbarea aparatului gipsat. Aparatul gipsat se schimbă dacă: durerea persistă peste 24 de ore; bolnavul a fost operat şi gipsul a fost îmbibat cu sânge; gipsul a devenit larg după cedarea

edemului; dorim să facem un examen radiologic fără aparatul gipsat pentru a constata gradul consolidării osoase ; dacă evoluţia bună a fracturii permite aplicarea unui aparat gipsat mai mic ; se indică aparat gipsat de mers.

Gipsul trebuie să fie fin , bine uscat şi să se intărească rapid în cotact

cu apa. Feşile de ghips vor avea o lăţime de 8, 10 sau 15 cm şi lungime de 3-4m pentru a nu fi voluminoase, există riscul desfacerii în timpul manevrelor de aplicare. Pentru atele se folosesc feşi de 15-20 cm lăţime, iar pentru degete se pot folosi feşi mai înguste (3-5 cm). Feşile trebuie derulate în jurul membrelor fracturate repede, cu multă abilitate, având grijă să nu creeze cute şi totodată să nu deplaseze fragmentele osoase reduse.

-44-

Atunci când aparatul gipsat se aplică la gambă pentru mers,se adaptează la fel şi un călcâi de lemn sau de fier. Este necesar să se efectueze control radiologic imediat după aplicarea aparatului şi la interval de 2-4 săptămâni prin ghips, pentru a evidenţia deplasarea fragmentelor osoase :fracturate. De asemenea se vor face controale radiologice la schimbarea gipsului şi ori de câte ori bolnavul acuză dureri persistente, senzaţie de crepitaţie în focarul de fractură, etc.

După scoaterea acestuia se spală regiunea fără să se maseze locul de

fractură pentru a nu se produce topirea calusului. Se poate aplica talc, ulei pentru sugari.

*II. 7. Intervenţii ale asistentei medicale*

*»* Încurajeaza pacientul să descrie tipul şi localizarea durerii, imobilizarea fracturii evaluând dacă durerea s-a ameliorat şi dacă

comportamentul denotă că acesta se simte bine;

*»* Supraveghează apariţia complicaţiilor, amplificarea durerii, a edemului, observă senzaţii anormale, diminuare a funcţiei motorii, iritaţii sau grade ale temperaturii, modificări ale temperaturii locale;

*»* Explică ce este ecchimoya , aplică comprese reci sau calde între 24-

48 ore

*»* Explică pacientului ce este spasmul , şi învaţă tehnici de relaxare

schimbă uşor poziţia, reduce spasmul ;

*»* Supraveghează starea vasculo-nervoasă a membrului lezat, execută exerciţii de amplitudine active sau pasive a segmentelor libere, aşează membrul inferior fracturat într-o poziţie superioară a corpului;

*»* Încurajează pacientul să vorbească şi antrenează pacientul la întocmirea planului de îngrijire ;

*»* Învaţă pacientul să utilizeze correct aparatura ortopedică.

-45 -

CAPITOLUL III

METODE ŞI MIJLOACE DE LUCRU

În cursul stagiului practic efectuat în Clinica Chirurgie I şi Spitalul Militar, secţia Ortopedie, am urmărit mai multe cazuri cu ,,Fracturi".

Pentru a întocmi planul de îngrijire pentru fiecare caz am folosit ca mijloace de Iucru:

1. *Observarea ca metodă de bază* - cuprinde starea generală a pacientului, starea de conştiinţă, faciesul, starea psihică şi comportamentul.

. 2. *Comunicarea* – Interviul cu pacientul legat de cele 14 nevoi fundamentale , conversaţia cu aparţinătorii şi echipa de îngrijire.

Interviul - formă particulară a comunicării verbale, reprezintă dialogul

între asistentă şi pacient.

Prin intermediul interviului am obţinut date referitoare la identitate, boală, date legate de situaţia de criză şi cu ajutorul celor 14 nevoi fundamentale am obţinut bilanţul de dependenţă - independenţă. Am urmărit şi încurajat pacientul sa-şi exprime temerile şi sentimentele legate de boală.

Colaborarea cu echipa de îngrijire şi participarea la examinările medicale au fost un element ajutător în stabilirea şi întocmirea planului de îngrijire.

*3. Studiul F.O. şi a rezultatelor clinice şi paraclinice* mi-au oferit date

importante asupra stării de evoluţie, tratamentul prescris de medic, putând astfel stabili un plan de îngrijire şi intervenind prompt pentru stabilirea independenţei.

*4. Studiul literaturii de specialitate* pentru aprofundarea cunoştinţelor despre pacienţii cu „Fracturi” , ca etiologie, tratament şi prognostic.

-46-

CAPITOLUL IV

PREZENTARE DE CAZURI

CAZUL I

drept

*Nume şi prenume:* R.A

*Sex:* masculin

*Varsta:* 37 *ani*

*Data naşterii:* 9.02.1979 *Naţionalitatea:* român *Religie:* ortodoxă *Domiciliul:* Baia Mare *Starea civilă:* necăsătorit *Profesia:* ofiţer M.Ap.N *Alergii:* la Penicilină

*Grupă de sânge:* A II Rh *+*

*Condiţii de viaţă:* bune , nefumător

*Antecedente heredo-colaterale:* nu are

*Antecedente patologice, fizilogice şi personale:* nu cunoaşte

*Data internării:* 04.03.2016

*Diagnostic la internare:* fractură cominutivă treimea medie femur

*M otivele internării:* - dureri la nivelul treimii medii coapsă dreaptă,

impotentă funcţională totală a membrului inferior drept.

-47-

***Istoricul bolii:***

În urmă cu 12 ore bolnavul este victima unui accident în timpul unei partide de fotbal cu prietenii.

Este transportat cu salvarea la spitalul din Baia Mare, unde i se efectuează o radiografie de femur. În urma radiografiei este diagnosticat cu fractură cominutivă treime medie femur drept.

Nu este reţinut de personalul medical din Baia Mare, ci este trimis cu ambulanţa la Spitalul Militar, sectia Ortopedie, pentru confirmarea diagnosticului şi tratament de specialitate.

În Spitalul Militar este preluat de către personalul medical de pe secţie;

* i se imobilizează membrul inferior intr-o atelă gipsată, se efectuează o radiografie de femur drept AP şi LL şi se efectuează înainte de toate un algocalmin i.m.

În urma radiografiei se confirmă diagnosticul stabilit de medicul din

Baia Mare, şi anume fractură cominutivă treime medie femur drept.

***Investigaţii de laborator:***

TQ=13,5” TH=85”

G=94mg

L=6600 Ht=35,2%

Hb=11,9%

***Culegerea datelor privind satisfacerea celor 14 nevoi fundamentale***

***ale D-ului C.E:***

1. **Nevoia de a respira şi a avea o bună circulaţie :**

*»* frecvenţa respiratorie este de 17 respiraţii *I* minut;

*»* tipul respirator este de tip costal inferior;

*»* respiraţia este ritmică, liniştită şi amplă;

-48-

*»* pacientul prezintă toracele normal conformat, ambele hemitorace prezintă aceeaşi mişcare de ridicare şi de coborâre în timpul inspiraţiei şi expiraţiei;

*»* mucoasa respiratorie este umeda cu secreţii reduse şi transparete ,

iar tegumentele sunt calde şi roze.

TA=120 *I* 70 mmHg

P=78 pulsaţii *I* minut

*2.* **Nevoia de a se alimenta şi a se hidrata:**

·. -·

*»* pacientul prezintă o dentiţie bună, mucoasa bucală, gingiile sunt roz,

aderente dintilor;

*»* masticaţia este uşoară şi eficientă ;

*»* pacientul mănâncă regulat de trei ori pe zi şi două gustari la orele

10.00 şi 17.00 (preferă legumele, fructele şi sucurile);

*»* prezintă poftă de mâncare şi consumă lichide aproxirnativ 1.800 -

2.000 ml. *I* zi;

*»* prezintă: G.= 74 kg., h = 1.80 cm.

1. **Nevoia de a elimina:**

*»* pacientul prezintă 4 - 5 micţiuni *I* zipentane şi nedureroase;

diureza este de aproximativ 1.300- 1.500 ml *I* 24 h.;

*»* urina este de un galben deschis, clară, transparent şi limpede

devenind apoi tulbure;

*»* prezintă un scaun pe zi dimineaţa după trezire la consistenţă păstoasă

şi omogenă ;

*»* la nevoie pacientul cere plosca şi urinarul.

1. **Nevoia de a se mişca şi a avea o bună postură:**

-49-

*»* înainte de accident, pacientulse deplasa fără nici o dificultate; acum este nevoit să stea în pat fără să se deplaseze timp de 8 zile;

*»* datorită imobilizării la pat şi a fracturii mişcarile sunt limitate

*»* poziţia bolnavului în pat este semişezândă cu piciorul aşezat pe plan drept ; îşi schimbă poziţia în pat ajutându-se de membrele superioare.

1. **Nevoia de a dormi şi a se** **odihni:**

*»* înaintea accedentului , pacientul prezenta un somn liniştit , odihnitor si

fără întreruperi , de 7 ore / noapte

*»* datorită durerilor pe care le are , pacientul prezintă un somn agitat cu

intreruperi , de 4 ore / noapte , somnul devine liniştit în urma administrarii unui

antialgic (Piafen i.m)

curate

1. **Nevoia de a se imbraca şi dezbrãca:**

*»* pacientul preferă lenjerie sport , are un aspect curat , prezentând haine

*»*

se imbracă şi se dezbracă singur, având uneori nevoie de ajutor.

7. **Nevoia de a menţine temperatura corpului în limite normale:**

37,4°C

38°C.

*»* dimineaţa, la ora 6:00, temperatura corpului variază între 36,2°C -

*»* seara la orele , 18:00 , temperatura corpului variază între 36,4°C -

1. **Nevoia de a fi curat, îngrijit, de a proteja tegumentele şi mucoasele:**

*»* tegumentele sunt curate şi uscate , pacientul prezintă un aspect îngrijit ; unghiile sunt curate , tăiate scurt şi de culoare roz;

-50-

*»* prezintă o dentiţie bună, mucoasă bucală umedă şi roz,gingiile aderente dinţilor;

*»* se spală pe cap de doua ori pe săptămână şi se bărbiereşte odată la

două zile;

*»* plaga operatorie este curăţată zilnic, iar tegumentele din jurul plăgii

sunt menţinute curate şi uscate ; pansamentul este schimbat zilnic;

*»* pacientul işi efectuează toaleta pe regiuni la pat, având uneori

nevoie de ajutor

**9. Nevoia de a evita pericolele:**

*»* pacientul este orientat temporo -spaţial, este nefumator şi anxios;

*»* prezintă durere la nivelul membrului inferior drept ; este o

persoană optimistã şi aşteaptă să îşi reia activitatea .

**10. Nevoia de a comnnica:**

*»* pacientul este o persoană cumunicativă , deschisă şi cu simţul umorului ; vorbeşte coerent limba română şi are o exprimare bună ;

*»* nu prezintă dificultăţi de auz şi vorbire ;

*»* relaţia este armonioasă în familie, la locul de muncă şi cu prietenii; comunică cu uşurinţă cu echipa de îngrijire, colegii de salon, familie şi prieteni; în spital pacientul se simte în sigurantă.

**11. Nevoia de a acţiona conform propriilor credinţe şi**

**valori de a practica religia:**

*»* pacientul este de religie ortodoxă ; deoarece nu are mult timp liber nu obijnuieşte să meargă la biserică , dar respctă fiecare sărbătoare .

**12**. **Nevoia de a fi preocupat în vederea realizării:**

-51 -

*»* doreşte să se facă bine cât mai repede pentru a-şi relua

activitaţile într-un timp cât mai scurt; pe viitor, doreşe să plece din

ţară în speranţa unei realizări mai mari pe plan profesiona1.

**13. Nevoia de a se recrea:**

*»* în timpul liber iese cu prietenii ; îi place sa citească, să se

uite la levizor şi să practice sport (fotbalul).

**14. Nevoia de a învăţa cum să-şi păstreze sănătatea:**

*»* pacientul acceptă sfaturile personalului medical şi doreşte

să ştie cât mai multe despre evoluţia bolii sale;

*»* urmează recomandările echipei de îngrijire, fiind receptiv la

tratamentul care i se administrează; pune întrebări despre boală dorind să

aibă cât mai multe informaţii.

***În urma culegerii datelor privind satisfacerea celor 14***

***nevoi fundamentale , am stabilit următoarele probleme*** *:*

1. Disconfort fizic din cauza durerii, imobilizării la

pat manifestat prin facies crispat.

2. Imobilitatea (ca măsură terapeutică) 1egată de fractură,

manifestată prin imposibilitatea de a se deplasa, diminuarea mişcării la

nivelul membrului afectat.

3. Dificultate de a dormi şi a se odihni din cauza durerii

manifestată prin treziri frecvente şi somn perturbat.

4. Risc de complicatii datorită imobilizării la pat

manifestat prin: escare, hipotrofie musculară, alterarea integrităţii

tegumentelor, complicaţii tromboembolice şi respiratorii.

5. Anxietate legată de evoluţia şi pronosticu bolii legată de insuficiente cunoştinţe despre boală manifestată prin

teamă, nelinişte.

-52-

6. Dificultate în efectuarea autoîngrijirilor datorită fracturii şi imobilizarii la pat.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Probleme | Obiective | Intervenţii | | Evaluare |
| Autonome | Delegate |  |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Durere | Pacientul va exprima o  ameliorare a durerii în  decurs de 1 ora. Va afirma o stare de bine, fizică  şi psihică fără durere în termen de 5 zile | Am asigurat pacientului în pat o poziţie cât mai confortabilă care să amelioreze durerea Am asigurat un microclimat liniştit. | Am administrat la indicaţiile medicului Piafen fiole ,3 X 1 / zi Mialgin 50 mg i.m. la nevoie.  Ziua 1: h 8  Piafen 1f/i.m  Mialgin 50mg/i.m  h 14 Piafen 1f /i.m  h20 Piafen 1f/i.m  Ziua 2: h8  Piafen 1f/i.m  Mialgin 50mg/i.m  h 14 Piafen 1f /i.m  h20 Piafen 1f/i.m  Ziua 3: h 8  Piafen 1f/i.m  Mialgin 50mg/i.m  h 14 Piafen 1f /i.m  h20 Piafen 1f/i.m | După 60 minute, pacientul are durerea ameliorată. Datorită tratamentului medicamentos, pacientul afirmă starea de bine, fizică şi psihică |
| Imobilitate | Pacientul va avea tonusul muscular şi forţa musculară păstrată şi va fi capabil să se mobilizeze de azi în 8 zile. | Am iniţiat un program de exerciţii fizice pasive pe care le-am realizat împreuna (timp de 2 zile flexia – extensia membrului afectat ) . Treptat , am introdus în program şi exerciţii active. Am sfătuit pacientul să efectueze | Focarul de fractură a fost imobilizat cu placă şi  şapte  şuruburi | Pacientul a urmat sfaturile pe care i le-am dat in legatură cu: efectuarea exerciţiilor legate de tonusul şi forţa musculară, mobilitatea articulaţiilor şi mobilizarea lui treptată prin deplasarea cu ajutorul câjelor sau cadrului. |

-53 -

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Probleme | Obiective | Intervenţii | | Evaluare |
| Autonome | Delegate |  |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  | mişcări active cu membrul inferior sănătos . Mobilizare activă a articulaţiilor şold-genunchi-gleznă timp de 2,5 luni.După 8 zile de imobilizare la pat, indicaţia medicului, sfătuim pacientul să încerce să se deplaseze cu ajutorul cârje sau cadrului, dar fără sprijin pe membrul afectat. |  | Tonusul şi forţa sunt bune, iar activitatea musculară este bunã. Pacientul se deplasează după 8 zile de imobilizare la pat cu ajutorul cârjelor. |
| Somn perturbat. | Pacientul va prezenta un somn odihnitor , neîntrerupt şi liniştit de 7 ore / noapte în următoarele 3 zile. | Am asigurat pacientului un climat corespunzător pentru un somn liniştit şi fără întreruperi : poziţie confortabilă în pat , temperatura şi umiditatea optime , lenjerie de corp şi de pat , curate şi uscate. | Am administrat: Diazepam 1 tb. seara la ora 22:00 Piafen 3 fiole/ zi (orele 06:00, 12:00 şi 22:00) în caz de dureri. | În urma tratamentului medicamentuos şi a condiţiilor asigurate în salon , pacientul prezintă un somn odihnitor atât calitativ , cât şi cantitativ de 7 ore / noapte |

-54-

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Probleme | Obiective | Intervenţii | | Evaluare |
| Autonome | Delegate |  |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  | linişte în salon. Am învăţat pacientul : să practice tehnicile de relaxare , exerciţii respiratorii câteva minute înainte de culcare , să bea o cană cu lapte cald şi miere de albină sau ceai înainte de culcare , când se trezeşte în timpul nopţii să citească , să asculte muzică , iar apoi să se culce din nou. |  |  |
| Risc de complicaţii datorită imobilizarii la pat manifestat prin : escare , hipotrofie musculară , alterarea integrităţii tegumentelor , complicaţii tromboembolice şi respiratorii | Pacientul nu va prezenta complicaţii pe toată perioada imobilizarii la pat | Pentru a preveni apariţia escarelor , am asigurat pacientului condiţii bune de igienă şi confort: lenjerie de corp şi de pat curate şi uscate . Am menţinut temperatura pacientului în limite fiziologice; | Am administrat: Augmentin i.v. 2 X 1,2 g/zi (orele 08:00 şi 20:00). Gentamicină i.v. 2 X 80 mg/zi (orele şi 20:00). Innohep 3500 u.i. orele 18:00 | Nu au apărut semne care să indice apariţia unuia dintre următoarele complicaţii: tromboembolice, respiratorii, escare, hipotrofie musculară , alterarea integrităţii tegumentelor. |

-55-

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Probleme | Obiective | Intervenţii | | Evaluare |
| Autonome | Delegate |  |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  | mucoasele curate prin respectarea riguroasă a igienei corporale. Am sfătuit pacientul să-şi schimbe poziţia în pat din două în două ore (la nevoie a fost ajutat). Am masat regulat regiunile predispuse la escare , am aplicat pudră de talc,pentru prevenirea escarelor. Pentru a preveni hipotrofia musculară , am efectuat cu pacientul exerciţii fizice , pasive şi active. Pentru a preveni alterarea integrităţii tegumentelor am efectuat zilnic toaleta plăgii : degresate cu alcool a tegumentului din | zilnic. Flaxiparină 0,3 ml s.c. orele 22:00. Algocalmin 1 fiolă la nevoie |  |

-56-

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Probleme | Obiective | Intervenţii | | Evaluare |
| Autonome | Delegate |  |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  | jurul plăgii ,pe o distanţă de 6-7 cm. (la fiecare ştergere s-a folosit alt tampon). Plaga suturată s-a dezinfectat cu un tampon îmbibat în tinctură de iod sau alcool iodat.  Se dezinfectează din nou jurul plagii ; se acoperă plaga cu o compresă sterilă – pansamentul se fixează cu romplast . Tegumentele din jurul plăgii se menţin curate şi uscate. Pentru prevenirea complicaţiilor tromboembolice: am efectuat masaje ale membrului inferior drept în sensul circulaţiei venoase ; am sfătuit pacientul să execute. |  |  |

-57-

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Probleme | Obiective | Intervenţii | | Evaluare |
| Autonome | Delegate |  |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  | mişcări active ale membrului sănătos. Am administrat medicaţia prescrisă de medic. Pentru a evita apariţia complicaţiilor respiratorii : am aerisit zilnic salonul , am învăţat pacientul să execute exerciţii respiratorii şi i-am explicat importanţa efectuării lor. |  |  |
| Anxietate . | Pacientul va fi echilibrat psihic în următoarele 24 de ore. | Am discutat cu pacientul despre boala lui, i-am explicat că evoluţia bolii este bună, în curs de vindecare iar riscul apariţiei complicaţiilor este foarte mic.Am explicat pacientului că trebuie să aibă încredere in echipa de îngrijire.Am | Diazepam 1 tb. seara la nevoie | După 24 de ore pacientul are un minim de cunoştinţe in legătură cu boala lui şi exprimă o stare de linişte , anxietatea fiindui ameliorată. |

-58-

...;:.,

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Probleme | Obiective | Intervenţii | | Evaluare |
| Autonome | Delegate |  |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  | încurajat pacientul să discute despre această problemă şi l-am liniştit încercând să-i diminuez anxietatea. |  |  |
| Dificultate in efectuarea autoîngrijirilor datorită fracturii şi imobilizării la pat. | Pacientul va avea toate nevoile satisfăcute şi va fi autonom în autoîngrijiri igienice peste 8 zile. | Am ajutat pacientul la schimbarea lenjeriei de corp (atunci când a fost nevoie ); am deservit pacientul cu plosca şi urinarul la pat, l-am ajutat să-şi efectueze toaleta corporal , pe regiuni la pat ; l-am sfatuit să ceară ajutor ori de câte ori va avea nevoie. |  | Pacientul îşi poate satisface nevoile în totalitate , şi nu mai are nevoie de ajutor pentru satisfacerea lor. |

-59-

CAZUL II

***Nume şi prenume****:* M.I.

***Sex*** *:* masculin

***Vârsta****:* 63 *ani*

***Data naşterii****:* 01.01.1952 ***Naţionalitatea****:* român ***Religie****:* ortodoxă ***Domiciliul****:* Cluj -Napoca

***Starea civilă****::* căsătorit

***Profesia****:* fochist la Spitalul Clinic Judeţean Cluj

***Alergii****:* nu are

***Grupa de sânge****: A* II Rh +

***Condiţii de viaţă****:* bune, nefumător; este tatăl a două fete de 20 de ani, respectiv 18 ani.

***Antecedente heredo-colaterale****:* nu are

***Antecedente patologice, fiziologice şi personale****:* nu cunoaşte

***Data internării****:* 18.12.2015

***Diagnostic la internare****:* :fractură oblică maleolară peronieră stângă.

***Motivele internării****:* - dureri la nivelul gleznei stângi la mobilizare, sprijinire şi mers; tumefierea gleznei stângi.

***Istoricul bolii****:*

Pacientul traversând strada , alunecă pe gheaţă şi se loveşte de pragul unei maşini parcate pe strada Titulescu , Nr. 2.

-60-

În urma acestei căzături este transportat cu maşina , insoţit de colegul său de serviciu , la Clinica Chirurgie I , secţia Ortopedie pentru diagnostic şi tratament de specialitate.

La spital este preluat de personalul medical şi i se efectuează o radiografie de gleznă şi gambă AP, LL; se administrează un Algocalmin i.m. În urma radiografiei este diagnosticat de fractură oblică maleolară peronieră stângă.

Pacientului i se imobilizează membrul afectat într-o atelă gipsată pe o perioadă de 6 săptămâni.

*Culegerea datelor privind satisfacerea celor 14 nevoi fundamentale*

*ale D-ului C.E:*

1. **Nevoia de a respire şi a avea o bună circulaţie:**

*»* frecvenţa respiratorie este de 18 respiraţii *I* minut;

*»* tipul respirator este de tip costal inferior;

*»* respiraţia este ritmică, liniştită şi amplă;

*»* pacientul prezintă toracele normal conformat, ambele hemitorace prezintă aceeşi mişcare de ridicare şi de coborâre în timpul inspiraţiei şi expiraţiei;

*»* pacientul respiră liber pe nas fără dificultate, având mucoasa umedă

cu secreţii reduse şi transparente.

TA=l40 / 70mmHg

P=82 pulsaţii *I* minut

1. **Nevoia de a se alimenta şi a se hidrata:**

*»* pacientul prezintă o dentiţie bună şi nu prezintă proteză dentară; masticaţia este uşoară şi eficientă, nu prezintă dificultăţi de deglutiţie;

*»* cavitatea bucală este curată, bine intreţinută, gingiile sunt roze aderente dinţilor;

-61-

*»* prezintă poftă de mâncare şi 3 mese / zi la orele 8:00 , 15:00 , 20:00;

consumă 1700-2000 ml/zi;

*»* prezintă G=70 kg, h=l.72 cm

1. **Nevoia de a elimina:**

*»* pacientul prezintă 3 micţiuni / zi, spontane şi nedureroase; diureza este de aproximativ 1.100-1.300 ml *I* 24 h.;

*»* urina este de un galben deschis, clară, transparentă;

*»* prezintă un scaun la 3 zile de culoare brună , consistenţă uscată, de mărimea măslinelor;

*»* nu are nevoie de ajutor în satisfacerea acestei nevoi.

1. **Nevoia de a se mişca şi a avea o buna postură:**

*»* înainte de accident, pacientul se deplasa fără nici o dificultate; acum

este nevoit să se deplaseze cu ajutorul cârjelor fără a se sprijini pe membrul

afectat;

*»* la indicaţia medicului îşi ţine piciorul stâng ridicat pe o pernă;

*»* membrul inferior drept este imobilizat în atelă gipsată timp de 6

săptămâni

1. **Nevoia de a dormi şi a se odihni:**

*»* pacientul prezintă un somn odihnitor, neîntrerupt, neprezentând dureri nocturne ca să-i perturbe somnul; doarme 8-9 ore/noapte.

1. **Nevoia de a se îmbraca şi dezbrăca:**

*»* pacientul are un aspect curat şi îngrijit;

*»* se debracă şi se îmbracă singur nevând nevoie de ajutor în satisfacerea acestei nevoi .

1. **Nevoia de a menţine temperatura corpului în limite normale:**

-62-

*»* dimineaţa, la ora 6.00, temperatura corpului variază între 36,2°C-

37,0°C

*»* seara, la orele 18.00, temperatura corpului variază între 36,8°C -

37,2°C

1. **Nevoia de a fi curat, ingrijit, de a proteja tegumentele şi**

**mucoasele:**

*»* tegurnentele sunt curate şi uscate, pacientu1 prezintă un aspect îngrijit; unghiile sunt curate, tăiate scurt;

*»* prezintă o dentiţie bună, mucoasa bucală umedă şi roz, gingiile

aderente dinţilor;

*»* părul este curat, spalându-se pe cap o dată pe saptămâna; se bărbiereşte o dată la 3 zile;

i

*»* pacientul are un aspect îngrijit şi curat, neavând nevoie de ajutor în

satisfacerea acestei nevoi.

1. **Nevoia de a evita pericolele:**

*»* pacientul este orientat temporo - spaţial, este nefumător şi se simte în siguranţă în acest spital;

*»* este o persoană dornică pentru a-şi relua activitaţile zilnice.

1. **Nevoia de a comunica:**

*»* pacientul este o persoană comunicativă; vorbeşte coerent limba

română şi are o exprimare bună;

*»* nu prezintă dificultăţi de auz şi vorbire;

*»* relaţia este armonioasă în familie, acordând o deosebită atenţie celor doua fiice pe care le iubeşte foarte mult; comunică cu echipa de îngrijire şi colegii de salon.

-63-

1. **Nevoia de a acţiona conform propriilor credinţe şi valori, de a practica religia:**

*»* pacientul este de religie ortodoxă şi merge în fiecare duminică la biserică împreună cu soţia şi cele doua fice; crede în Dunmezeu şi se roagă zilnic pentru fiica lui cea mare care este bolnavă.

1. Nevoia de a fi preocupat în vederea realizării:

*»* doreşte ca fiica lui să se facă bine, familia însemnand totu1 pentru el; prin intermediul familiei, el se consideră un om împlinit.

1. **Nevoia de a se recrea:**

*»* în timpul liber îi place să se uite la televizor la meciurile de fotbal; citeşte zilnic ziarul, în special rubrica sportivă.

1. **Nevoia de a invata cum sa-şi pastreze sănătatea:**

*»* pacientul ascultă de sfaturile personalului medical, urmându-le cu exactitate; doreşte sa ştie cât mai multe despre evoluţia şi tratamentul bolii.

***În urma culegerii datelor privind satisfacerea celor 14 nevoi fundamentale, am stabilit următoarele probleme:***

1. Disconfort fizic din cauza imobilizării în atelă gipsată manifestat prin durere, facies crispat.

1. Risc de complicaţii datorită imobilizării în atelă gipsată manifestat prin complicaţii tromboembolice şi hipotrofie musculară la membrul afectat.
2. Alterarea eliminării intestinale legată de limitarea mişcărilor manifestată prin constipaţie.
3. Limitarea mişcărilor din cauza atelei gipsate, manifestată prin dificultate de-a se deplasa.

-64-

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Probleme | Obiective | Intervenţii | | Evaluare |
| Autonome | Delegate |  |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Disconfort fizic din cauza imobilizării în atelă gipsată manifestat prin durere. | Pacientul va exprima o ameliorare a durerii în decurs de 30 minute. Va afirma o stare de bine , fizică şi psihică fără durere în termen de 3 ore. | Am asigurat condiţii de microclimat în salon,am ajutat pacientul în adoptarea unei poziţii confortabile în pat, menită să diminueze durerea. I-am explicat pacientului că trebuie să stea calm,liniştit şi relaxat, explicându-i că durerea va ceda. | Am administrat la indicaţiile medicului Algocalmin fiole , 2 X 1 / zi | După 30 minute pacientul exprimă o ameliorare a durerii , iar după 3 ore pacientul afirmă o stare de bine fizică şi psihică. |
| Risc de complicaţii datorită imobilizării în atelă gipsată menifestat prin complicaţii tromboembolice şi hipotrofie musculară la membrul afectat. | Pacientul nu va prezenta complicaţii pe toată durata imobilizării în atelă gipsată. | Pentru a preveni hipotrofia musculară,am efectuat cu pacientul execiţii fizice, pasive şi active. Pentru prevenirea complicaţiilor tromboembolice: am efectuat masaje ale membrului inferior drept în sensul circulaţiei venoase ; am sfătuit pacientul | Innobep 3500 u.i. ora 17:00 zilnic Flaxiparină 0,3 ml s.c. ora 22:00 | Pacientul urmând sfaturile pe care i le-am dat , nu au apărut semne care să indice una dintre complicaţiile enumerate. |

-65

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Probleme | Obiective | Intervenţii | | Evaluare |
| Autonome | Delegate |  |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  | să execute mişcări active şi pasive ale membrului sănătos. Am asigurat pacientului o poziţie confortabilă în pat cu membrul afectat pe o pernă pentru a favoriza întoarcerea circulaţiei venoase. Am sfătuit pacientul să execute exerciţii pasive şi active cu degetele de la membrul afectat.Am administrat medicaţia prescrisă de medic. |  |  |
| Alterarea eliminării intestinale legată de limitarea mişcărilor manifestată prin constipaţie | Pacientul va prezenta un tranzit intestinal în limite fiziologice de azi în trei zile. | Am supus pacientului unui regim alimentar bogat în lichide şi celuloză care favorizează tranzitul intestinal : pâine neagră sau graham,legume, | Ciocolax 1 t.b. / zi Supozitoare cu glicerină | După două zile , pacientul are un scaun normal redobândindu-şi şi ritmul de eliminare a scaunului |

-66-

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Probleme | Obiective | Intervenţii | | Evaluare |
| Autonome | Delegate |  |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  | fructe proaspete, compot de prune. Am sfătuit pacientul să execute exerciţii fizice transabdominale în sensul acelor de ceasornic pentru a stimula evacuarea. Am efectuat clisme evacuatoare seara, am urmărit cu regularitate consistenţa şi frecvenţa şi am notat în foaia de temperatură. |  |  |
| Limitarea mişcărilor din cauza atelei gipsate, manifestată prin dificultatea de-a se deplasa | Pacientul va fi capabil să se deplaseze fără ajutorul cârjelor după 6 săptămâni. | Am învăţat şi încurajat pacientul să execute exerciţii active cu membrul sănătos şi să mişte degetele de la membrul accidentat. Am explicat pacientului importanţa executării exerciţiilor fizice. Mobilizarea | Am administrat calciu şi vit. D2 i.m. pentru a favoriza formarea calusului. | Pacientul după cele 6 săptămâni de imobilizare în atelă gipsată este capabil să se deplaseze fără ajutorul cârjelor. |

-67-

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Probleme | Obiective | Intervenţii | | Evaluare |
| Autonome | Delegate |  |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  | articulaţiilor şold,genunchi,  gleznă. Am sfătuit pacientul să nu se sprijine la deplasare pe membrul accidentat , am educat pacientul privind modul de utilizare a mijloacelor auxiliare pentru schimbarea paziţiei în pat. Va începe după şase săptămâni mobilizarea activă progresivă. |  |  |

-68-

**CAPITOLUL V**

**CONCLUZII**

Fractura este o întrerupere totală sau parţiala a continuităţii unui plan

osos, în urma unui traumatism putemic.

Fiind rezultatul accidentelor rutiere, casnice şi de muncă, constituie o

problemă de sănătate majoră.

Din acest motiv se cere o intervenţie promptă din partea asistenţilor medicali, care prin educaţia pentru menţinerea sănătăţii, prin evitarea pericolelor cotidiene, personalul să cunoască şi să respecte măsurile de prevenire, cauzele care pot produce dezechilibre locomotorii cu răsunet negative în satisfacerea celor 14 nevoi fundamentale.

În unitatea sanitară, în cazul fracturilor:

*»* se pune diagnosticul de specialitate;

*»* se face sau nu reducerea conservativă a fracturii sub anestezie locală sau generală ;

*»* daca nu se reuşeşte reducerea conservativă a fracturii se practică

reducerea ei prin intervenţie chirurgicală (osteosinteză cu: broşe, şuruburi, tije , plăci cu şuruburi, etc.);

Perioada de imobilizare diferă după vârsta pacientului şi în funcţie de

osul fracturat:

-69-

*»* la copii mai puţin de 3-6 săptănâni;

*»* la adulţi 4-8 săptămâni;

*»* la vârstnici 8-10 săptămâni.

La membrele inferioare perioada de imobilizare este mai lungă.

Pacienţii urmariţi şi îngrijiţi în Clinica Chirurgie I şi Spitalul Militar Cluj-Napoca cu ,,Fracturi", au raspuns pozitiv la intervenţiile aplicate, au înţeles necesitatea respectării măsurilor de prevenire a complicaţiilor,şi-au însuşit corect cunoştinţele despre evitarea accidentelor, astfel ei s-au putut integra într-un timp optim în activitaţile familiale şi sociale.

În prezent singura modalitate de scădere a incidenţei fracturilor este profilaxia lor printr-o educaţie sanitară susţinută a populaţiei atât în ceea ce priveşte tratarea corectă şi respectarea recomandărilor medicale în cazul oricarei afecţiuni.

-70-

BIBLIOGRAFIE

1. **Albu M**. - *„Anatomia şi fiziologia omului'* Editura Corint, Bucureşti, 1997;
2. **Lucaciu Dan 0.** **-*„Ortopedie şi Traumatologie******;* Caiet de lucrări practice pentru studenţi”** Editura Medicală Universitară „Iuliu Haţeganu” Cluj Napoca , 1997
3. **Titircă L**.- „*Urgenţele Medico- Chirurgicale”-* sinteze pentru asistenţii

medicali, Editura Medicală, Bucureşti, 2002

1. **Titircă L**.- „ *Editura viaţa medicală Românească”,* 2005

*5.* **Titircă L**. - ***Manual de îngrijiri speciale acordate pacienţilor de asistenţii medicali****,* Editura Viaţa medicală românească, Bucureşti 2004

6. **Vasile D., Grigoriu M**.- ***„Chirurgie şi specialităţi înrudite”****,* Editura Viaţa

medicală RomâneascăBucureşti, 2001

-71 -

..:::.