

## Literatura medicală

În primele capitole ale lucrării sunt prezentate datele din literatură referitoare la moartea suspectă și moartea subită, clasificările morții subite și cauzele morții subite cardiace (cardiopatii degenerativ-metabolice, cardiopatii prin tulburări ale irigației sanguine miocardice, boala hipertensivă). O atenție deosebită s-a acordat tanatogenezei morții subite prin cardiopatie ischemică.



Capitolul de "Contribuții originale" se bazează pe studiul autopsiilor efectuate în anul 1996 la Institutul Medico - Legal "Mina Minovici" din București, în cazuri care au fost etichetate drept morți subite cardiace în urma cercetării efectuate la fața locului. Compararea rezultatelor cercetării la fața locului cu rezultatele autopsiei medico-legale au arătat că în prima etapă a cercetării au existat condiții obiective care au dus la considerarea ca morți subite cardiace și a unor morți subite extracardiace și chiar a

unui număr restrâns de morți violente. În continuare sunt studiate repartiția pe sexe și grupe de vârstă a morților subite cardiace, influența factorilor biometeorologici și a unui grad redus de impregnare etilică în tanatogeneză, locul în care a survenit moartea, cauzele morții subite cardiace și repartiția acestora pe grupe de vârstă (Autorul)

ISBN: 9786068041835



Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă

*Drd. Leoveanu T. Ionuț Horia*

## *Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă superioară prin ruperea varicelor esofagiene din ciroza hepatică*



**Amanda Edit Verlag**



*Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...*

Drd. Leoveanu T. Ionuț Horia

*Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu  
hemoragie digestivă superioară prin ruperea varicelor  
esofagiene din ciroza hepatică*



*Mătușa Autorului Înv. Virginia I. Panțu*

Copyright@ Leoveanu T. Ionuț Horia-2014

Consilier de carte:  
**Dorina Brândușa Landen**

Redactor: **Alban Voka**  
Lector: **Lucian Gruia**  
Corector: **Patricia Lidia**  
Coperta: **Laura Rushani**  
Tehnoredactare: **Amanda Edit**

***Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României***  
***LEOVEANU T. IONUȚ HORIA***

*Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie  
digestivă superioară prin ruperea varicelor esofagiene din  
ciroza hepatică*

*/ Ionuț Horia T. Leoveanu. –  
Sinaia : Amanda Edit, 2014  
ISBN 978-606-8041-75-9*

*821.135.1.09*

*Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...*

**Drd. Leoveanu T. Ionuț Horia**  
(*Facultatea de Medicină Generală “Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca*)

***Asistența medicală în îngrijirea  
pacienților cu hemoragie digestivă  
superioară prin ruperea varicelor  
esofagiene din ciroza hepatică***

**Amanda Edit**

București, 2014

## **Draga, scumpa mea matusică și nașă!**

**S**unt un suflet trecător și efemer pe acest Pământ, un suflet pribeag și singur printre miile de stele! O umbră diafană a gândurilor mele, pierdute-n Univers. Un simplu trecător prin noapte și prin viață cu gândurile, trăirile și nostalgiile mele, cu dureri și bucurii, decepții și melancolii, toate curgând spre tot și toate! Dragă matusică și nașă ai renunțat la toate visele tale, la bucuriile și plăcerile lumești ale vieții personale. Ai renunțat la toate acestea pentru ca eu nepoțelul tău, să pot visa, iar peste ani să-mi pot realiza și îndeplinii aceste vise, năzuințe și speranțe mult prea mult dorite, pentru a izbuti în drumul de "a deveni om" de a mă realiza. Ai fost și vei rămâne a doua mea mamă pentru mine, ai pierdut nopți de somn, numai ca eu să pot dormi și crește în liniște și pace fără să-mi fie poate teama... de ziua de mâine. Ai crezut neăcetat în mine și în izbânda mea, în ciuda greșelilor mele firești de copil sau liceean, apoi student, a clipelor când poate fără să vreau te-am supărat sau necăjit. Pentru toate acestea imi cer iertare !

Atunci când ne simțim singuri, nesiguri, când ne este frică de ceva, și nu avem lângă noi ajutor de nădejde, când ne este foame, când buzele sunt uscate și arse de sete, când ne este frig, când simțim nevoia imperioasă ca cineva să ne îngrijească rănilor, durerilor, desnădejdelor și neîmplinirilor sufletești, traumele trupesti, când avem nevoie de ocrotire, alinare, dragoste și iubire, când suntem copleșiți de durerea apăsătoare și grea a singurătății și ne este teamă, vrem ca lângă noi să fie cineva drag, pe umărul căruia să lăsăm capul și să putem plânge să ne deschidem

### Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...

și descătușa sufletul plin de încercări. Dumnezeu mi-a oferit șansa unei mătuși și nașe de "excepție", care m-a ocrotit și mi-a oferit dragoste la modul cel mai sincer și curat, numai în felul ei știut. Mi-ai îndrumat pașii până la capătul lumii, până la maturitate. Tu draga mea mătușică Giculeț, ai avut de fiecare dată puterea dar și răbdarea să mă ridici atunci când ai simțit că nu mai pot merge mai departe și m-ai purtat în brațe, fără să te plângi că ai obosit sau că "drumul este greu, lung și anevoios".

Ai plâns doar pentru ca eu să pot zâmbi, afirmând chiar și acum la frumoasa vârstă de 90 de ani, că zâmbetul și fericirea mea îți alină orice durere și suferință. Ai fost mereu prezentă acolo, când am vrut să îți vorbesc, să-ți spun trăirile și zbuciumurile mele, chiar dacă de multe ori tăceam și sufeream, tu ai știut ce să-mi spui, din ochi, din gesturi, din priviri, și de cele mai multe ori fără a irosi prea multe cuvinte ce am de făcut și ce trebuie făcut. Tu nu te plictiseai niciodată să-mi spui în fiecare seară a copilăriei mele aceeași poveste preferată "*Cei trei purceluși*", de zeci, de zeci de ori. Retrăiesc nostalgic, melancolic, clipele temelor făcute împreună pentru a doua zi, când poate puțin neglijent, poate puțin obosit, poate dornic de a merge mai repede la joacă cu ceilalți copii nu reușeam să întrunesc cerințele unei eminite învățătoare, chiar dacă tu erai și atunci matusica și nașica Giculeț. Nu ai făcut rabat, nu ai făcut nici o negociere între sentimente și pregătirea mea pentru viață. Atunci, foile scrise cu buchiseală, cu sudoare pe frunte dar nu chiar așa cum îți doreai "zburau din caiet" și reluam împreună cu migală, cu mai multă răbdare munca titanică pentru ca temele să fie impecabile, poate de ce nu chiar ireproșabile.

Imi revin in minte lacrimile mari ca “de crocodil”,care se scurgeau pe obraz si mă înecau în sughițuri. Atunci acele lacrimi, și gestul tău nu au putut fi înțelese, în adevăratul lor sens,la adevărata lor valoare dar odată cu trecerea anilor,odată cu maturizarea mea am învățat că viața impune și cere muncă, muncă, și iar muncă. Astfel atât tu cât și mama, tata, bunicii mei dragi și ei învățători de excepție ați sădit,clădit și cultivat în mine “motivația”,de a învăța mai bine,mai mult,mai perseverent. Pentru acele clipe acum îți multumesc, sau vă mulțumesc, un cuvânt banal, poate tabu care nu poate mulțumi sau suplini efortul vostru de atunci.

Îți multumesc pentru toate nopțile pierdute, pentru toate orele și zilele în care ai fost și rămas lângă mine, fără ca eu să îți cer acest imens sacrificiu. Doamne, îți mulțumesc că atunci când pun capul pe perină mai am încă posibilitatea când mă trezesc dimineța,să mai am încă odata șansa ca înainte să plec spre cabinetul medical pentru o noua zi de muncă să îți spun “Bună Dimineța! Sărut mâna Giculeț”, să mai am motivația de a mai vrea să revin, să mă reîntorc și să ajung grabnic acasă.. Mulțumesc Bunului Dumnezeu că încă nu ai plecat de lângă mine indiferent cât sunt de grei anii bătrâneții și povara suferinței bolilor multe care te apasă dar mai ales poate durerea singurătății și dorului pentru ei,pemtru cei plecați de lângă noi. Mulțumesc că încă mai pot accesa de pe mobil, din agenda lui telefonică ACASĂ, iar la capătul liniei să imi mai răspundă încă cineva.

Soarta, destinul,sau poate voia lui Dumnezeu au vrut ca tu încă să rămâi aici și acum cu mine, după plecarea bunicilor, a tatei și a mamei. Această carte pe care ți-o dedic aş vrea dacă se poate,să “îți



### Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...

vorbească”, atât ție cât și celor dragi care ne-au părăsit și ne privesc acum de sus din ”împărăția cerurilor” tot ceea ce simt și îmi mai doresc și eu de la viață. Vei avea pe undeva ”nobilă misiune”, poate grea, poate ușoară, dar nu imposibilă, nu știu cum ar fi mai corect să mă exprim, de a le spune lor celor dragi, atunci, la un moment....dat, moment pe care îl vreau și doresc cât mai departe că am luptat și finalizat ”proiectele mele de viață” profesională, că viața a adus acum poate și pentru mine normalitatea și împlinirea sufletească de a avea un cămin, o familie a mea, alături de o fată dragă, de o fată minunată, fără de care viața nu ar mai avea sens, cea care dă sensul motivației și dorinței mele de a trăi, de a avea proiecte în anii care vor urma alături de ea.

Ea este și va rămâne pentru mine ceva special și unic, este jumătatea mea, este sufletul pereche pe care l-am așteptat atâția ani fără de care nu aș mai putea funcționa “ca un întreg”, ca un tot unitar. Mulțumesc Bunului Dumnezeu, pentru darul primit, pentru această fată blândă și minunată, cu suflet de aur ea este fata care v-a iubit și vă iubește, respectă și prețuiește. Aș vrea ca niciodată să nu te indoești de dragostea, respectul și prețuirea care ți-o port Giculeț, de emoțiile pe care le încerc de fiecare dată când problemele de sănătate pe care le ai îți creează din nou necazuri și suferință. Aș vrea ca “puterea Divinului Creator” să-ți dea încă ani de viață și măcar tu acum în al doisprezecelea ceas al vieții mele să fi prezentă în clipa în care dragul tău **nepot va spune ”DA!”**, alături de cea dragă, care va iubește, respectă și înțelege.

Este dorința mea și a ei o dorință de viață împărtășită cu gingășie, dragoste și multă iubire pentru a

ne fi alături în începutul și minunatul drum al vieții în doi. Peste ani toate acestea vor rămâne doar nostalgice clipe de dor, melancolie și frumoase amintiri, care ea, sufletelul meu drag pereche le va mângâia, dezmierta și găzdui în sufletul ei gingaș și bun în inima care acum bate la unison cu a mea, ajutându-mă și ajutându-o ca numai și “pentru totdeauna”, împreună să depășim clipele de cumpănă și răscruce ale vieții, având puterea ca și noi să luptăm pentru ziua de mâine.

Îți doresc dar mai corec spus îți dorim încă o dată multă sănătate, fiindcă ești liantul liniștii, fericirii și împlinirii mele și de ce nu.....și al ei. A venit sper momentul ca alături de un nepoțel să câștigi și să te bucuri acum și de o dulce dragă nepoțică. Doamne Ajută! Dumnezeu să te binecuvanteze!

*Nepoțul tău drag, Dr. Ionuț Horia T. Leoveanu*  
(2 octombrie 2014, Brașov)

**MOTTO:**

*„Ne naștem plângând,  
creștem jucându-ne,  
trebuie să devenim oameni muncind,  
cu o mână pentru noi,  
cu cealaltă să-i ajutăm pe cei din jur,  
să conviețuim în dragoste,  
să trăim în cinste,  
să îmbătrânim în speranță,  
să murim împliniți.”*

**„Ghevond Alisan”**

*Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...*



*Mătușa și Autorul la absolvirea Liceului  
"Andrei Șaguna" Brașov 1981*

## CAPITOLUL I

### PARTEA GENERALĂ

#### **1. IMPORTANȚA EFECTUĂRII STUDIULUI**

Hemoragia digestivă superioară prin ruperea varicelor esofagiene constituie una din cele mai importante complicații ale cirozei hepatice. Hemoragia digestivă superioară rămâne una dintre problemele frecvent întâlnite în practica medicală și care, în mod special la pacientul cu ciroză hepatică, are o semnificație majoră prin morbiditatea și mortalitatea pe care le determină.

Complicațiile (hepatice și extrahepatice) și mortalitatea după primul episod de HDS la pacientul cirotic pot fi determinate de multipli factori: sursa hemoragiei (ruptura varicelor esofagiene, ulcerul gastric sau duodenal, gastropatia portal-hipertensivă, ruptura varicelor gastrice, gastrita hemoragică ș.a.), gravitatea hemoragiei (respectiv a dezechilibrului hemodinamic), agravarea insuficienței hepatice (apreciată prin criteriile Child- Pugh), asocierea altor patologii (infecții, diabet zaharat, boli respiratorii cronice, ș.a.).

Deși prognosticul acestor pacienți s-a îmbunătățit de-a lungul ultimelor decenii, totuși mortalitatea rămâne ridicată și este substanțială în hemoragia prin ruptură variceală. Prin natura profesiei mele observ dramatismul bolii, al tabloului clinic și al evoluției acesteia. De aceea,

### *Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...*

orice cadru medical trebuie să fie bine pregătit și informat pentru a realiza cea mai optimă îngrijire medicală. Îngrijirile acordate acestor bolnavi necesită o documentare periodică a informațiilor medicale despre această boală, pe lângă o bună pregătire profesională și nu în ultimul rând, multă răbdare, blândețe și empatie față de bolnav.

Consider că pot fi de un real ajutor asistenților medicali ce se confruntă cu bolnavi cu HDS, prezentând în aceasta lucrare, informații de ultimă oră privind îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă superioară prin ruperea varicelor esofagiene din ciroza hepatică.

## **2. PARTICULARITĂȚI ALE AFECȚIUNII**

### **2.1. EPIDEMIOLOGIE ȘI FRECVENȚĂ**

Ciroza determină apariția unor leziuni ireversibile ale ficatului, care împiedică funcționarea normală a acestuia. Una dintre problemele majore este evoluția bolii. Giroza poate fi prezentă numeroși ani, fără a fi depistată, în ciuda tulburările grave prezente la nivelul ficatului. Totuși, în timp pot să apară complicații – insuficiența hepatică și cancerul de ficat – în absența unui tratament adecvat.

Deși leziunile inerente cirozei hepatice sunt ireversibile, atunci când cauza bolii este determinată cu precizie, deteriorarea ficatului și a întregului organism poate fi evitată.

În țările dezvoltate, ciroza hepatică este a treia cauza de mortalitate, după bolile coronariene și cancer, la

persoanele cu vârste între 45 și 65 ani. Ciroza survine în stadiul avansat al unor boli hepatice diferite, legate frecvent de consumul de alcool. Boala poate fi consecutivă unei hepatite cronice, unor deficiențe ale sistemului imunitar sau a expunerii la unele toxine din mediu.

Incidența cirozei hepatice este mai mare la bărbați decât la femei.

Ciroza hepatică secundară infecției cu virusuri hepatice apare la aproximativ 40% dintre persoanele care suferă de hepatită cronică de etiologie virală. Ciroza se instalează lent, putând să apară la mai mult de 20 de ani după declanșarea hepatitei. În situația în care la boala hepatică cronică virală se asociază și consumul excesiv de băuturi alcoolice, ciroza se instalează mult mai repede.

## **2.2. DEFINIȚIE**

Ciroza hepatică este o suferință cronică cu evoluție progresivă, caracterizată printr-o fibroză și o regenerare nodulară, care tulbură arhitectura lobulară a ficatului.

În ficatul cirotic mezenchimul este mult modificat: hipertrofie a celulelor Kupffer, extinderea țesutului conjunctiv al spațiilor porte, îngroșarea și transformarea colagenă a fibrelor de reticulină intercelulare; proliferări sclerotice: se asociază infiltrate celulare inflamatorii, atât cu polinucleare, cât mai ales cu limfocite, plasmocite, histiocite.

Atât prin proliferarea fibroasă, cât și prin regenerare celulară ambele procese fiind anarhice, se

### *Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...*

tulbură complet arhitectonica normală (lobulară) a ficatului; biologic prin alterarea severă a sindroamelor de activare mezenchimală, de hipertensiune portală și de insuficiență hepatocitară, prin posibilitatea exacerării sindromului excretobiliar și a aceluia de hepatoliză; clinic prin stadii avansate de insuficiență hepatică, însoțite de semnele de hipertensiune portală.

## **2.3. PARTICULARITĂȚI ANATOMO-FUNCȚIONALE**

Ficatul este cel mai voluminos viscer. Este, un organ glandular cu funcții multiple și importante în cadrul economiei generale a organismului.

### **Greutate și dimensiuni**

Ficatul este un organ foarte vascularizat. Caracterele lui morfologice sunt condiționate în bună măsură de cantitatea de sânge pe care o conține. Ficatul este cel mai greu viscer. în medie la Cântărește 500-700, uneori cu 900 grame mai greu din cauza sângelui pe care îl conține. Dimensiunile lui medii la omul viu sunt următoarele: 28 cm în sens transversal (lungimea); 8 cm în sens vertical la nivelul lobului drept (grosimea) și 18 cm în sens antero-posterior (lărgime).

Volumul ficatului este mult mai redus în anumite stări patologice cum este ciroza atrofică, în care benzile de țesut scleros strangulează parenchimul. El este mărit în anumite ciroze hipertrofice.

## **Culoare**

Culoarea ficatului la omul viu e roșie-brună. Intensitatea culorii variază în raport cu cantitatea de sânge pe care o conține: un ficat congestionat, plin cu o cantitate mai mare de sânge, are o culoare mai închisă. Fiecare granulă reprezintă un lobul hepatic. Aspectul lobulat al ficatului apare mai evident în stazele sanguine sau la ficatul gras, când periferia lobulului este mai palidă, iar centrul rămâne roșu-brun.

## **Consistența. Elasticitate. Plasticitate**

Ficatul are o consistență mai mare decât celelalte organe glandulare. El este dur, percuția lui dă matitate. Este friabil și puțin elastic, motiv pentru care se rupe și se zdrobește ușor. Ficatul are o mare plasticitate, ceea ce îi permite să se muleze după organele învecinate.

## **Situație. Aspect. Mijloace de fixare**

Ficatul este un organ asimetric. Cea mai mare parte a lui (aproximativ trei pătrimi) se găsește în jumătatea dreaptă a abdomenului și numai restul (o pătrime) se găsește în jumătatea stângă. El răspunde deci hipocondrului drept, epigastrului și unei părți din hipocondrul stâng. Ficatul, ca și stomacul, pătrunde adânc în concavitatea diafragmei, care urcă până la nivelul coastei a cincea, încât proiecția și raporturile lui se vor face și cu toracele. Ficatul are un aspect lucios și e foarte neted. Numai versantul posterior al feței



### *Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...*

diafragmatice, care e lipsit de peritoneu, are un aspect aspru, rugos.

Mijloacele de fixare ale ficatului sunt multiple. El este menținut la locul lui, ca toate organele abdominale în primul rând prin presa abdominală. De asemenea el este susținut de suportul elastic al celorlalte organe abdominale. Un alt mijloc de fixare este reprezentat de vena cavă inferioară care aderă prin pereții săi la parenchimul hepatic ; pe de altă parte venele hepatice, care la acest nivel se varsă în ea, realizează un pedicul de suspensie, de ancorare.

Ficatul mai este menținut și printr-o serie de formațiuni peritoneale (ligamentul falciform, ligamentul coronar, ligamentele triunghiulare, omentul mic) care îl leagă cu organele din jur. În fine, partea posterioară a feței diafragmatice este legată prin tracturi fibroase de diafragmă.

### **Structura ficatului**

Ficatul este învelit de două membrane, peritoneul și tunica fibroasă. Parenchimul ficatului este format din lame anastomozate între ele de celule hepatice, cuprinse într-o vastă rețea de capilare sanguine; între lamele de celule hepatice se formează un sistem de canalicule biliare. Ficatul este învelit în cea mai mare parte de peritoneul visceral, care îi formează tunica seroasă. Prezintă doua fețe, superioară și inferioară, despărțite în porțiunea lor antrală, printr-o margine inferioară.

Posterior cele două fețe se continuă una cu cealaltă, fără a fi o limită separativă, printr-o margine

rotunjită, care poate fi considerată și ca o față posterioară corespunzătoare zonei hepatice neacoperite de peritoneu.

Fața superioară este împărțită în doi lobi printr-un ligament peritoneal antero-posterior, care unește ficatul cu mușchiul diafragmatic.

Pe fața inferioară se observă două șanțuri sagitale și un șanț transversal, aceste șanțuri delimitează lobul drept, lobul stâng, lobul pătrat ventral și lobul dorsal.

Hearey a descris noua segmente cu vascularizație și topografie biliara independentă, segmentele fiind despărțite printr-un țesut conjunctiv densificat. În șanțul transversal se afla hilul ficatului și ies canalele hepatice, biliare și limfatice, alcatuind pedunculul hepatic.

Ficatul are doua învelisuri: un înveliș seros pendinte de seroasa peritoneala, care învelește tot ficatul, este aderent direct la diafragm; al doilea înveliș e capsula Glisson care acoperă ficatul și intra la nivelul hilului în interiorul organului, de-a lungul vaselor și cailor biliare.

Vascularizația ficatului este asigurata de vena porta și de artera hepatica.

### **Vase și nervi**

Ficatul ca și plămânul are o dublă circulație sanguină: nutritivă și funcțională. Circulația nutritivă asigură aportul de sânge hrănitor, bogat în oxigen. Sângele este adus de artera hepatică, ram al trunchiului celiac. După ce a servit la nutriția organului sângele este condus prin venele hepatice în vena cavă inferioară. Circulația funcțională este asigurată de vena portă. Această venă aduce sângele încărcat cu substanțe nutritive absorbite la nivelul organelor digestive

### *Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...*

abdominale și de la splină, substanțe pe care celulele hepatice le depozitează sau le prelucrează. De la ficat, sângele portal este condus mai departe tot prin venele hepatice.

Sistemul vascular al ficatului este format din doi pediculi. Pediculul aferent, al circulației de aport, este format de artera hepatică și vena portă; acestora li se adaugă ductul hepatic, vasele limfatice și nervii ficatului, alcătuind toate împreună pediculul hepatic. Pediculul eferent, al circulației de întoarcere este format de venele hepatice.

Artera hepatică pleacă din trunchiul celiac și după un traiect orizontal de-a lungul marginii superioare a corpului pancreasului se bifurcă în artera hepatică proprie și în artera gastroduodenală. Artera hepatică proprie urcă în pediculul hepatic, între foițele omentului mic și la 1-2 cm dedesubtul șanțului transvers, se divide în cele două ramuri terminale ale sale: dreaptă și stângă.

Ramura dreaptă trimite artera cistică, apoi se îndreaptă transversal, emite o ramură pentru lobul caudat, după care se divide în artera segmentului anterior și artera segmentului posterior destinate irigației segmentelor hepatice cu același nume. Ramura stângă dă de asemenea o ramură pentru lobul caudat și apoi se bifurcă în artera segmentului medial și în artera segmentului lateral. Arterele segmentare se termină în general prin ramuri superioare și inferioare pentru subsegmentele corespunzătoare. Ramura intermediară se desprinde din ramura stângă sau din ramura dreaptă și constituie sursa principală de irigație pentru lobul pătrat.

Cele două ramuri dreaptă și stângă ale arterei hepatice irigă elementele constitutive ale ficatului: tunica

fibroasă, conductele biliare, vasele sanguine. Ultimele ramificații ale arterei hepatice sunt arterele interlobulare, pe care le-am întâlnit la irigația lobulului hepatic. Artera hepatică prezintă numeroase variante, atât în traiectul său extrahepatic cât și în ce privește ramificațiile sale intrahepatice. Ei îi revine 20-25% din debitul sangvin aferent al ficatului, restul de 75-80% revine venei porte. Ligatura accidentală a arterei hepatice proprii deasupra emergenței arterei gastrice drepte este deosebit de gravă, deoarece duce la necroza ficatului.

Vena portă colectează și transportă la ficat sângele de la organele digestive abdominale (stomac, intestin subțire și gros, pancreas) și de la splină. Ea are particularitatea de a poseda la ambele extremități câte o rețea capilară: una la extremitatea periferică, de origine, cealaltă la extremitatea centrală, terminată în ficat. Se formează înapoia colului pancreasului prin confluența venelor mezenterică superioară, splenică și mezenterică inferioară. Are 5,5-8 cm lungime și un diametru de 12-15 mm. După un traiect ascendent și ușor înclinat spre dreapta, vena portă se împarte în profunzimea șanțului transvers în două ramuri terminale: dreaptă și stângă. Menționăm că între elementele pediculului aferent al ficatului, vena portă prezintă tipul cel mai constant de ramescență intrahepatică, motiv pentru care segmentarea parenchimului ficatului se orientează după modul de distribuție a ramurilor ei principale. Celelalte elemente ale pediculului, artera hepatică și ductele biliare, urmează în linie generală ramificațiile portei.

Ramura dreaptă a venei porte este mai voluminoasă, continuă direcția trunchiului venei și după un scurt traiect, în care primește vena cistică și trimite

### *Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...*

câteva ramuri mici pentru lobul caudat, se termină printr-o ramură anterioară și o ramură posterioară destinate segmentelor omonime ale ficatului. Ramura stângă a venei porte este mai lungă și mai subțire decât ramura dreaptă. Ea are un prim segment, numit porțiunea transversală. Aceasta are o lungime de 3-5 cm, străbate de la dreapta la stânga hilul ficatului și dă câteva ramuri pentru lobul caudat. Ajunsă în fisura ligamentului rotund, ramura stângă se încovoie în unghi de 90° și sub numele de porțiune ombilicală descrie al doilea segment al său.

Aceasta se îndreaptă anterior și la aproximativ 2 cm de marginea inferioară a ficatului, lumenul său se termină în fund de sac; de aici se continuă cu ligamentul rotund al ficatului. Din cotul ramurii stângi precum și din porțiunea ombilicală, iau naștere câteva ramuri laterale destinate segmentului lateral, iar din ultima parte a porțiunii ombilicale iau naștere ramurile mediale care se distribuie segmentului medial al ficatului. Ramurile segmentare din ambele părți, dreaptă și stângă, ale ficatului, se divid în ramuri superioare și inferioare, destinate ca și ramurile paralele ale arterei hepatice subsegmentelor respective.

Ultimele ramificații ale venei porte sunt venele interlobulare situate în spațiile porte și din care se formează rețeaua perilobulară. În drumul lor ramurile venei porte primesc venele tunicii fibroase și venele nutritive provenite din capilarele care nutresc artera hepatică, conductele biliare și chiar vena portă.

Sub denumirea de vene porte accesorii se înțeleg o serie de vene mici care provin din teritorii diverse, pătrund în ficat și se capilarizează aici, la fel cu vena portă. Există numeroase vene porte accesorii; ele au fost

împărțite de Sappey în cinci grupe. Cele mai importante sunt grupul paraombilical și grupul ligamentului falciform. Ambele sunt formate din numeroase vene mici, care pleacă din peretele abdominal anterior sau din diafragmă, trec prin ligamentul falciform și se termină în ficat sau în vena portă. Mai există un grup astrohepatic, care pleacă de la stomac și merg prin omentul mic la ficat; un grup cistic, care pleacă de la colecist și se ramifică în ficat; un grup al vaselor nutritive care pleacă din pereții arterei hepatice, al ductelor biliare și chiar din al venei porte, spre a se distribui în ficat.

Sistemul port nu reprezintă un teritoriu autonom; el este legat în numeroase puncte cu rețele venoase care se varsă pe de altă parte în sistemul venelor cave.

Sunt anastomozele portocave:

1. La nivelul rectului, venele rectalesuperioare se anastomozează cu venele rectale mijlocii și inferioare;
2. La nivelul cardiei, rădăcinile venei gastrice stângi și ale venelor gastrice scurte se anastomozează cu venele esofagiene;
3. Venele lui Retzius cuprind numeroase vene care se găsesc în locurile unde intestinul răspunde direct pereților abdominali, fără interpunere de peritoneu (duoden, colon ascendent și descendent, rect). O parte din venele ce pleacă de la aceste organe nu se îndreaptă spre vena porta, ci spre venele suprarenale (pentru duoden), renale (pentru colon), testiculare și ovariene sau ale pereților abdominali

*Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...*

(lombare și sacrate);

4. S-au mai descris anastomoze între ramuri ale venei splenice și venele pancreatice și diafragmatice, precum și un trunchi gastrofrenosuprarenal-renal.

Venele hepatice formează pediculul eferent. Ele culeg sângele adus la ficat de vena portă și artera hepatică; nu însoțesc ramurile pediculului portal, ci trec între acestea având o direcție perpendiculară pe ele.

Sângele drenat din lobuli prin venele centrale, trece în venele sublobulare, apoi în vene din ce în ce mai mari, care în cele din urmă dau naștere la trei vene hepatice: una stânga, trece între segmentul medial și cel lateral; una mijlocie, trece între cei doi lobi, prin scizura principală a ficatului; și una dreapta, trece între segmentul anterior și cel posterior. Cele trei vene se varsă în partea superioară a porțiunii hepatice a venei cave inferioare.

Ele se pot deschide separat în cava inferioară. De obicei însă, vena stângă se unește cu cea mijlocie, iar cea dreapta rămâne independentă. În afara de aceste vene principale, se mai afla 10-15-20 vene mici, care se deschid independente în partea inferioară a caveri.

În interiorul ficatului, venele hepatice se deosebesc de ramurile venei porte prin mai multe caracteristici: venele hepatice au o direcție sagitală, în timp ce ramurile portei au o direcție transversală; venele hepatice și ramurile lor de origine sunt dispuse de pe un plan mai înalt (cranial) decât ramificațiile portei; venele hepatice traversează parenchimul hepatic de care aderă, iar ramurile portale merg prin tecile fibroase perivasculare, așa ca pe o secțiune venele hepatice sunt

deschise iar ramurile porții sunt colabate; venele hepatice au în structura lor o tunică musculară cu mult mai dezvoltată decât a ramurilor portale.

Ficatul ocupă în cadrul aparatului circulator o situație particulară. El este interpus între sistemul venos port și inima dreaptă, ceea ce îi conferă o semnificație funcțională deosebită. Pe lângă asigurarea funcțiilor sale metabolice și antitoxice, ficatul reprezintă și un rezervor de sânge. În unele afecțiuni ale inimii drepte (insuficiențe circulatorii) sângele se acumulează și stagnează în ficat-uneori sângele acumulat în ficat reprezintă 20% din volumul total al sângelui- ceea ce duce la mărirea volumului său.

### **Limfaticele**

Ficatul produce o mare cantitate de limfă. Se admite că spațiile Disse au semnificația unor capilare limfatice intralobulare. Primele capilare limfatice certe se găsesc în stroma perilobulară. Vasele limfatice sunt unele superficiale, altele profunde.

Vasele limfatice superficiale provin din spațiile interlobulare de la suprafața ficatului și merg pe sub peritoneu. Ele se divid în trei grupe:

- un grup care trece prin ligamentul falciform și prin diafragmă spre nodurile limfatice parasternale;
- al doilea grup traversează ligamentul coronar și diafragma spre nodurile frenice;
- al treilea grup conduce limfa de pe fața viscerală spre nodurile hepatice.



### Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...

Limfaticile profunde iau naștere în adâncimea ficatului. Unele iau o direcție ascendentă, însoțesc venele hepatice, apoi vena cavă inferioară pătrund în torace și se termină în nodurile frenice. Altele iau o direcție descendentă, însoțesc elementele triadei portale în tecile fibroase perivasculare și se termină în nodurile hepatice și celiace.

Nervii provin din nervii vagi și din plexul celiac și sunt de natură simpatică și parasimpatică. Ramurile destinate ficatului formează plexul hepatic, care se dispune în două planuri:

- Plexul hepatic anterior conține fibrele venite din ambii ganglioni celiaci, dar mai ales din cel stâng; mai cuprinde și fibre din nervul vag drept.
- Plexul hepatic posterior primește fibre din ganglionul celiac drept și din vagul stâng.

### **Fiziologia ficatului**

Ficatul are o mare capacitate de regenerare. Funcțiile lui multiple sunt îndeplinite la nivelul hepatocitului. Cele mai importante funcții ale ficatului sunt funcțiile metabolice care se exercită în metabolismul glucidic; ficatul intervine în fosforilarea și polimerizarea glucidelor în glicogen, asigurând rezerve de glucoză și menținerea hemostazei glicemice.

La nevoie fabrică glucoză din proteine și grăsimi (gluconeogeneza). Metabolismul glucidic hepatic este insulino-dependent. În metabolismul protidic ficatul are funcție proteino-formatoare și de echilibru proteic, funcție urogenă. Sintetizează albumină 70% din alfa-

globuline, 50% din beta-globuline, protrombină și fibrinogenul, catalizează nucleoproteinele.

Metabolismul lipidelor-intervine în absorbția grăsimilor și în fosforilarea lor, în sinteza și esterificarea colesterolului, în sinteza lipoproteinelor, fosfolipidelor și trigliceridelor. În metabolismul mineral acționează prin depozitarea fierului și cuprului și intervine în repartiția apei și a electroliților (ionii de Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup> și Cl<sup>-</sup>) în organism. Funcția biliară- comportă secreția și excreția bilei cu rol important în digestia și absorbția grăsimilor, în absorbția vitaminelor liposolubile (A, D, E și K) și absorbția fierului și calciului alimentar. Bila se varsă în intestin în cantități de 600-1000 ml/24 ore. Ea conține 97% apă și următorii componenți principali: săruri biliare, pigmenți biliari, colesterol, lecitine și săruri anorganice.

Funcția antitoxică constă în faptul ca ficatul dispune de activități prin care substanțele toxice de origine exogenă, ca și acelea rezultate din metabolismele endogene sunt transformate în substanțe mai puțin toxice și eliminate ca atare. Neutralizarea substanțelor toxice este realizată de ficat cu ajutorul proceselor de conjugare a acestor substanțe (ca sulful de exemplu prin acțiunea de sulfoconjugare). Ficatul este un important depozit de vitamine A, B2, B12, D, K. E1 intervine în convertirea carotenilor în vitamina A și transformarea vitaminei B1, în carboxidază, în conjugarea vitaminei B2 pentru formarea fermentului galben respirator, în procesul de sintetizare a protrombinei cu ajutorul vitaminei K. Sinteza fermenților necesari proceselor vitale este îndeplinită într-o foarte mare măsură de ficat. Fermenții sunt complexe macromoleculare bogate în grupări active

### Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...

iar sinteza lor reprezintă o activitate laborioasă a hepatocitului și necesită integritatea anatomică și funcțională a ficatului. Mai putem aminti intervenția ficatului în menținerea echilibrului acido-bazic, rolul ficatului ca depozit al apei și posibilitatea lui de a echilibra perturbările circulatorii.

#### **2.4. SURSE DE DIFICULTATE**

- Consumul exagerat de alcool și hepatita epidemică reprezintă principalele cauze ale cirozei hepatice, datorită efectului nociv al alcoolului și a agresiunii virotice asupra celulei hepatice.
- Obstrucția biliară extra sau intrahepatică, urmată de staza biliară și de suferințe celulare și proliferare fibroasă, constituie o altă cauză a cirozei hepatice.
- Alterări celulare prin depozitare de fier (hemocromatoza) sau de cupru (degenerescența hepatoleuticulară) pot duce-după o evoluție îndelungată la ciroză.
- Tulburările circulatorii, care creează dificultăți în drenajul sângelui hepatic (insuficiența cordului drept, pericardita constrictivă) pot fi urmate de remanieri fibroase (ciroza cardiacă).
- Bolnav purtător cronic de virus AgHbs și AcHvc
- Malnutriția.
-

## **2.5. MANIFESTĂRI DE DEPENDENȚĂ**

Simptomatologia este săracă în ciroza hepatică compensată și devine zgomotoasă în faza ei decompensată. Decompensarea cirozei poate fi vasculară și parenchimotoasă.

Decompensarea vasculară se traduce prin instalarea ascitei și prin accentuarea splenomegaliei și a circulației anastomice portocave (varicele esofagiene și gastrice); o creștere brutală a hipertensiunii portale poate declanșa o hemoragie digestivă superioară, prin ruperea unor varice esofagiene sau gastrice. Varicele esofagiene sînt de obicei asimptomatice; pot avea un singur simptom, dar de o importanță extremă deoarece pune în pericol viața pacientului: hemoragia digestivă superioară produsă prin efracția acestora.

Decompensarea parenchimotoasă se traduce prin consecințele deficitului celular hepatic privind excreția pigmentilor biliari (icter), sinteza de serine (edeme, ascită), sinteza de factori ai coagulării (hemoragii difuze), neutralizarea unor produși toxici (encefalopatie portală - coma hepatică), metabolizarea unor hormon (tulburări endocrine).

În perioada de stare pe lângă manifestările amintite se constată prezența unor semne la nivelul mucoaselor și a tegumentelor, modificări hepatice și splenice, modificări endocrine și nervoase, ascita, edeme, hidroperitoneu și perturbări cardio-vasculare, renale și hematologice.

Icterul survine episodic în unele crize, ca semn de prăbușire prin necroza hepatocitară, în altele, cum sînt cirozele biliare, are un caracter permanent; Steluțele vasculare apar în partea superioară a toracelui mai

### *Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...*

frecvent la cei cu hipertensiune portală, se pot întâlni și erupții purpurice;

Ficatul este mărit de volum în 80% din cazuri, de consistență crescută până la duritate, cu marginea ascuțită, cu suprafața regulate sau granuloasă, mai rar cu macronoduli. Chiar în cazurile atrofice, ficatul este mare la început pentru ca ulterior să se micșoreze până la dispariție sub rebordul costal;

Splenomegalia este reprezentată de 80-90% din cazuri. Este de volum variabil, de gr 2-3, de consistență crescută de regulă nedureroasă. Deseori splenomegalia e însoțită de semne hematologice, de hipersplenism, anemie, leucopenie, trombocitopenie.

Hipertensiunea portală se manifestă la început prin meteorism și prin ascită, circulației colaterale externe și interne (varice esofagiene). Ascita apare frecvent ca semn de însoțire a bolii, ea putând fi întâlnită în orice forma de ciroza. Edemele apar în faze mai avansate, de obicei însoțite de ascită. Sunt albe, moi și când sunt neinfluențate de tratament, constituie un element sumbru pentru prognostic.

Hidrotoraxul drept poate fi întâlnit în 3-4% din ciroze. Modificările endocrine sînt totdeauna prezente. Rolul hormonului antidiuretic, retrohipofizar și al aldosteronului, în ciroze se instalează destul de repede o insuficiență gonadică: scăderea libidoului, impotența sexuală, ginecmastia, atrofia testiculară, amenoree, infertilitate.

Modificări hematologice-anemia este un semn care nu lipsește din cursul evoluției cirozelor. Trombocitopenia are la origine atât hipersplenismul cât și un deficit de megacariogeneza.

Modificări de coagulare se datorează atât sintezei deficitare a factorilor de coagulare cât și excesul de fibrinoliză. Modificări nervoase se întâlnesc în tot cursul evoluției cirozei, chiar ca fenomene de debut. Pe parcurs pot să revină sau să capete o intensitate mai mare. De multe ori prezența unor somnolențe, a unei astenii excesive sau a unei stări de neliniște cu insomnie, pot fi semene premonitorii pentru drama hepatică ce va urma.

Modificări cardio-vasculare - hipervolemia din ciroze poate să ducă la deschiderea unor anastomoze arterio-venoase producând steluțe vasculare și eritroza. Aceleași circuite arterio-venoase la care se adaugă tulburări de ventilație și hipertensiune pulmonară secundară, sînt responsabile de instalarea cirozei.

Splenomegalia din ciroza hepatica este rezultatul distensiei mecanice a splinei, cu acumulare de sânge și îngroșarea capsulei splenice. Modificări digestive-apetitul este capricios, deseori scade, uneori se pierde complet, balonarea epigastrică postprandială devine intens jenantă, deseori dureroasă.

Constipația se întâlnește într-o fază, apoi diareea se instalează pentru câteva săptămâni. Scaunele apar decolorate în unele perioade ale bolii. Febra, când apare, este ca o expresie a necrozei sau inflamației hepatice sau a unei afecțiuni supraadăugate.

## **2.6. INVESTIGAȚII**

**Metode de investigație** utilizate pentru precizarea diagnosticului de hipertensiune portală sunt următoarele:

- Esofagoscopia, care vizualizează direct varicele esofagiene;

### Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...

- Examenul radiologic baritat eso-gastro-duodenal și radiografia abdominală pe gol;
- Ecografia permite evidențierea dilatării sistemului port, vizualizarea colaterarelor, apreciază starea ficatului, vizualizează splenomegalia, ascita etc. Acuratețea metodei crește prin utilizarea sistemului Doppler;
- Splenoportografia, urmată de splenomanometrie prin metode directe (puncționarea venei porte, splenice sau a pulpei splinei);
- Explorarea izotopică a sistemului portal.

### **Metode de investigație. Sindromul insuficienței hepatice (encefalopatia hepatică)**

Trebuie menționat că nu există teste de laborator specifice pentru encefalopatia hepatică.

În practică, vom efectua explorările funcționale hepatice binecunoscute, la care se adaugă:

- explorarea coagulării;
- explorări metabolice;
- explorarea funcțională renală;
- explorări bacteriologice (hemoculturi);
- ultrasonografia abdominală repetată;
- electroencefalograma, care este modificată din stadiul 1 și se corelează cu severitatea encefalopatiei (încetinirea undelor, unde trifazice);
- tomografia computerizată cerebrală.

## **Metode de investigație. Sindromul hepatitelor cronice**

Acestea urmăresc câteva obiective și anume:

- aprecierea etiologiei, prin evidențierea markerilor virali;
- explorarea funcției hepatice;
- identificarea modificărilor morfologice.

Dintre explorările **funcțional - biochimice**, cele mai utile sunt:

- aminotransferazele, care se corelează cu extinderea și activitatea bolii;
- bilirubina, cu valori moderat crescute în ½ din cazuri;
- enzimele de colestaza, crescute în formele colestatice ale hepatitei de etiologie virală B și C;
- scăderea indicelui de protrombină.

## **Explorări imunologice**

- hipergamaglobulinemie, în formele cu activitate mezenchimală;
- creșterea IgG, în formele de etiologie virală B;
- creșterea IgG și IgM, în formele de etiologie virală C;
- evidențierea anticorpilor specifici și nespecifici.

## **Explorări virusologice**

- antigenul HBs;
- anticorpii HBc;
- antigenul HBe;



### Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...

- anticorpii antiHBe;
- anticorpii antiHBs;
- anticorpii antiVHC;
- determinarea AND-ului viral de tip VHB și ARN-ului de tip VHC.

### **Explorări imagistice** (ecografia abdominală standard și Doppler)

Evidențiază aspectul ficatului, permite diagnosticul diferențial între hepatita cronică și ciroza hepatică, prin aprecierea hipertensiunii portale.

### **Exploatări morfologice**

Puncția-biopsie hepatică evaluează gradul de activitate și stadiul de progresiune a bolii, fiind utilă și în supravegherea eficacității tratamentului antiviral.

### **Metode de investigație - Sindromul cirozelor hepatice** **Explorări funcțional-biochimice**

- aminotransferazele sunt ușor crescute, predominând creșterea ASAT, în cirozele de etiologie alcoolică;
- fosfataza alcalină este moderat crescută, mai ales în ciraza biliară și în cea de etiologie etanolică;
- imunoglobulinele sunt crescute, uneori până la valori foarte mari, și în special IgG;
- aminoacizii aromatici în ser cresc, iar cei ramificați scad.

### **Explorări hematologice**

Evidențiază, în special, consecințele hipersplenismului hematologic prin:

- trombocitopenie, responsabilă de unele hemoragii;
- leucopenie, care este prima manifestare;
- anemia, care are și alte mecanisme de producere (hemoragie digestivă superioară, deficitul de acid folic, carențe nutriționale, malabsorbție intestinală);
- scăderea concentrației factorilor de coagulare.

### **Explorări imagistice**

Ecografia poate preciza:

- aspectul ficatului (reflectivitate inomogenă, încărcare grasă, structură nodulară);
- diametrele ficatului;
- prezența ascitei;
- semne de hipertensiune portală;
- splenomegalia;
- circulația colaterală (prin Eco-Doppler);
- dirijarea sondei de biopsie.

Computertomografia și rezonanța magnetică nucleară au indicații asemănătoare, având acuratețe mai mare.

Endoscopia digestivă superioară, evidențiază:

- varice esofagiene;
- existența unor ulcere asociate;

### Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...

- sursa unei hemoragii digestive superioare și terapia ei locală.

Examenul radiologic baritat evidențiază:

- varicele esofagiene, de grad 2/3;
- eventualele ulcere gastrice sau duodenale;

Scintigrafia hepatică evidențiază inomogenitățile captării hepatice, captarea splenică și cea din alte organe în afara ficatului și splinei. Acuratețea metodei a fost actualmente depășită de celelalte metode imagistice.

### **Explorări morfologice**

Sunt metode invazive, ce nu pot fi aplicate în toate cazurile, ci doar în serviciile de specialitate.

Laparoscopia, permite vizualizarea suprafeței nodulare a ficatului, aspectul ficatului și a splinei, circulația colaterală peritoneală etc.

Puncția - biopsia hepatică poate fi oarba sau dirijată (prin ecografie sau computertomografia).

Este contraindicată în multe cazuri, datorită riscului de sângerare (trombocite sub 50.000), dar este încă foarte utilă în confirmarea diagnosticului.

Interesul clinicienilor este, însă, acela de a depista ciroza hepatică în stadiile precoce, în care măsurile terapeutice au încă influență asupra bolii.

De aceea, fără a minimaliza rolul primordial al puncției-biopsiei hepatice, cercetări multiple efectuate în ultimii ani au demonstrat că se obține o concluzie diagnostică certă în 75-90% din cazuri, dacă sunt coroborate 6-10 criterii biologice și imagistice neinvazive și anume:

- trombocitopenia;

- scăderea indicelui de protrombină;
- ficat dur;
- creșterea diametrului venei porte, cu absența variațiilor respiratorii ale vaselor portale;
- markerii de fibroză (ac. hialoronic);
- velocimetria portală.

## **Metode de investiție - Sindromul icteric**

### **Explorări biologice**

Hiperbilirubinemia confirmă prezența icterului și intensitatea acestuia. În icterele hematologice, bilirubina este predominant indirectă (neconjugată), în cele hepatice cresc ambele fracțiuni, iar în cele posthepatice predomină bilirubina conjugată. Raportul dintre bilirubina conjugată și cea totală permite aprecierea mecanismului patogenetic al icterului astfel:

- valori mai mici de 0,2 sugerează icterul prehepatic;
- între 0,2-0,4, icterul este de origine hepatică;
- peste 0,4, este un icter obstructiv.

Enzimele de coleastăză prezintă creșteri importante în icterele prin obstrucție și creșteri ușoare în hepatite și ciroze (ex.: fosfataza alcalină, gamaglobulină, transpeptidaza, leucin aminopeptidaza, 5-nucleotidaza)

Colesterolemia, este crescută în coleastăza intrahepatică și icterul obstructiv.

Transaminazele sunt crescute în icterul hepatic și obstructiv, valorile cele mai mari fiind întâlnite în hepatitele acute.

## Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...

Proteinograma evidențiază scăderea albuminelor și creșterea gama globulinelor în hepatitele active și cirozele hepatice și negative în cele obstructive.

Lipoproteinele serice sunt crescute în colestază.

Testele de coagulare sunt alterate în hepatitele cronice active și în cirozele hepatice.

Explorările hematologice sunt utile, în special, în icterele prehepatice (modificările hematiilor, rezistența globulară, testul Combs, reticulocite etc.)

Bilanțul imunologic dă informații asupra existenței unor anticorpi și antigene, uneori specifice unor forme de hepatopatii.

### **Explorări imagistice**

#### Ultrasonografia

- cea mai valoroasă metodă, aducând date importante în diagnosticul icterelor;
- stabilește diagnosticul de litiază biliară, precizând poziția și dimensiunile calculilor;
- evidențiază litiaza coledocului;
- diferențiază colestaza intra- de cea extrahepatică;
- evidențiază hipertrofia capului pancreasului, ca o cauză frecventă de icter obstructiv;
- oferă date asupra morfologiei ficatului.

#### Examenul radiologic

- examinarea cu substanță de contrast se va efectua la valori ale bilirubinei sub 3 mg%;
- radiografia abdominală simplă poate evidenția calculi biliari radioopaci sau calcificări pancreatice;

- examenul radiologic gastro-duodenal poate sugera cancerul de cap de pancreas, prin lărgirea cadrului duodenal și unele neregularități ale porțiunii a 2-a a duodenului.

Computertomografia

- aduce o acuratețe diagnostică suplimentară, având același indicii ca ultrasonografia.

Colangiopancreatografia endoscopică retrogradă

- este indicată în colestaza extrahepatică, evidențiind sediul și natura obstacolului.

Colangiografia percutană transhepatică

- este recomandată în dilatăriile căilor biliare intrahepatice, cu coledoc normal.

Laparascopia și biopsia hepatică directă

- oferă o imagine globală a ficatului, veziculei biliare și asigură posibilitatea efectuării unei biopsii mai țintite decât cea prin PBH.

### **Metode de investigație - Sindromul ascitic**

Paracenteza, care este o metodă de diagnostic cât și terapeutică (evacuatorie) este efectuată în scopul extragerii lichidului de ascită. Analiza lichidului de ascită va parcurge câteva etape și anume:

- examenul macroscopic;
- reacția Rivalta;
- examenul fizico-chimic (densitate, dozarea albuminelor etc.);
- examenul citologic;
- examenul bacteriologic;
- examene speciale (dozare de LDH, glucoză, amilaze, antigen carcinoembrionar etc.).

## Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...

### Investigații imagistice

- ecografia abdominală;
- examenul radiologic simplu;
- tomografia computerizată;
- peritoneoscopia.

## **3. DIAGNOSTIC MEDICAL**

### **3.1. Examenul fizic**

Volumul ficatului poate fi normal, crescut sau scăzut, cu fața anterioară dură și neregulată (nodulii sunt mici așa încât pot fi palpați) și marginea inferioară dură. Ficatul poate fi nepalpabil din cauza grosimii peretelui abdominal, a unei ascite abundente sau a atrofiei organului.

### **3.2. Explorări biologice**

- sindromul bilio-excretor: fosfataza alcalină este moderat crescută, creșterea marcată a acesteia sugerează existența cirozei biliare primitive colangitei sclerozante primitive sau a unui carcinom hepato-celular. Bilirubina și colesterolul sunt normale în absența complicațiilor.
- sindromul hepato-citolic consta în creșterea ușoară a transaminazelor ALAT și ASAT, mai importantă pentru ASAT, dar acestea pot fi și normale;
- sindromul inflamator constă în hipergamma

globulinemie policlonala între 15 și 25 g/l, cu creșterea dominantă a IgA în cirozele alcoolice, a IgM în cirozele biliare primitive și a IgG în cirozele virale.

- sindromul hepatopriv caracterizat prin:
  1. scăderea nivelului protrombinei; scăderea sintezei hepatice a factorilor coagulării I(fibrinogen), II(protrombina), V, VII, IX, X și în colestaza timpul de protrombină este prelungit, dar prin alt mecanism și anume prin deficitul de absorbție al vitaminei K, indispensabila sintezei de factori II, VII și X biologic activi. Administrarea parenterală de vitamina K1 intravenos lent (testul Koller) corijează timpul de protrombină în caz de colestaza, dar nu și în caz de insuficiență hepatică, căci sinteza de factor V nu este dependentă de vitamina K;
  2. scăderea albuminемiei, care se corelează bine cu gradul de insuficiență hepatică;
  3. scăderea colesterolului, parametru puțin sensibil și puțin specific;
  4. hipoglicemie, care are următoarele cauze: o infecție bacteriană, o intoxicație acută alcoolică, un carcinom hepatocelular (prin consum sporit de glucoză de către tumoră). Survine spontan numai în stadiile terminale;
  5. anemie prin carența de acid folic cu macrocitoză și platicitoză;
  6. anemie cu microcite prin hipersplenism, insuficiența medulară, hemoragii oculte digestive;
  7. anemie prin hiperhemoliza unor hematii cu spiculi, numite acantocite, formate datorită



### Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...

intenselor alterări membranare produse de acțiunea toxică directă a alcoolului asupra hematiilor; în cazul cirozelor alcoolice;

8. trombopenie și neutropenie de severitate variabilă, care are ca mecanism de producere hipersplenismul și în cazul cirozelor alcoolice a toxicității directe a alcoolului asupra plachetelor.

### **3.3. Examenе imagistice**

**Examenul endoscopic** - modificările esențiale de endoscopie sunt:

- varice esofagiene clasificate în trei stadii:
  1. stadiul I în care varicele sunt de talie mică și se aplatizează prin insuflație;
  2. stadiul II în care varicele persistă la insuflație, dar sunt separate prin zone de mucoasa esofagiană sănătoasă;
  3. stadiul III în care varicele sunt confluențe și rezistente la insuflație.
- varice gastrice
- varice paraesofagiene - sunt diagnosticate prin radiografia toracică pe care apar ca mase tumorale în mediastinul posterior și inferior,
- varice ectopice intestinale
- leziuni ale mucoasei gastrice - în cursul cirozelor hepatice se descriu 3 tipuri de leziuni ale mucoasei gastrice: eroziunile, gastropatia congestivă și ectaziile vasculare.

- **Ecografia** - permite analiza unor modificări ale parenchimului hepatic și a semnelor de hipertensiune portală. Parenchimul hepatic poate avea o ecogenitate normală sau crescută, contururile organului pot fi regulate sau neregulate, talia organului normală, scăzută sau crescută.

Semnele ecografice de hipertensiune portală sunt:

- splenomegalia;
- ascita;
- îngroșarea peretelui vezicular, care capătă aspect de dublu contur;
- mărirea diametrului trunchiului venei porte peste 12-15 mm;
- dilatarea venei splenice și a venei mezenterice superioare;
- evidențierea circulației colaterale;
- repermeabilizarea venei ombilicale.

### **Tomodensitometria**

### **Rezonanța magnetică nucleară**

**Puncția bioptică hepatică** - este indispensabilă deoarece diagnosticul de ciroză hepatică este un diagnostic histologic.

### **3.4. Diagnostic diferențial**

Este diagnosticul diferențial al formelor etiologice de ciroză al hipertensiunii portale și al ascitei:

- ciroze alcoolice;
- ciroze posthepatitice B, D, C;
- hemocromatoza;

### Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...

- ciroza hepatică autoimună;
- ciroza biliară primitivă;
- boala Wilson la subiecții tineri

## **4. ACTUALITĂȚI ÎN TRATAMENT**

Obiectivul major al tratamentului este oprirea hemoragiei active și prevenția resângerării precoce. Prima linie de tratament larg accentuată constă în utilizarea terapiei farmacologice în combinație cu o metodă endoscopică. Utilizate în combinație-metoda endoscopică plus medicație vasoactivă - efectul este superior în oprirea sângerării (90%) și prevenția recurenței sângerării (80%), dar nu îmbunătățește supraviețuirea.

### **4.1. Medicația vasoactivă**

Utilizarea medicației vasoactive determină scăderea presiunii portale și creează condiții favorabile controlului hemoragiei.

Vasopresina a fost primul medicament folosit pentru scăderea presiunii portale în HDS. Este un vasoconstrictor puternic care acționează la nivelul receptorilor V1 localizați la musculatura netedă a arterelor. Produce constricția arterială splanhnică, scade presiunea portală și reduce fluxul în vasele colaterale. Utilizarea în combinație cu nitroglicerina scade efectele adverse și potențează scăderea presiunii portale. Doza recomandată este de 0,2- 0,8ui/ml i.v. În prezent este rar folosită, fiind practic înlocuită de derivați sintetici.

Glypressina (Terlipresina)- are efecte similare cu ale vasopresinei, dar acțiune mai lungă, putând fi

administrat la 4 ore. Terlentina scade activitatea sistemului vasoconstrictor renal și îmbunătățește funcția renală la pacienții cu sindrom hepatorenal. Efectele adverse sunt de tipul complicațiilor ischemice. Este contraindicată în caz de cardiopatie ischemică, modificări de ritm, arteriopatie periferică ori istoric de accidente vasculare cerebrale. Se administrează în bolus de 1-2mg, în 10ml ser fiziologic la 4-6h. Se combină cu un nitrat în administrare sublinguală.

Somatostatina – crește rezistența vasculară splanchnică producând vasoconstricție, scade semnificativ gradientul presional venos hepatic, presiunea portală, presiunea variceală. Efectele hemodinamice sunt foarte scurte și impun administrarea continuă a somatostatinei. Se recomandă administrarea unui bolus de 250microg/h înainte de internare urmată de 250microg/h în perfuzie, 5 zile. Există câteva studii care demonstrează că utilizarea unei doze duble, de 500microgr, ar duce un plus de eficiență în scăderea presiunii portale și în controlul hemoragiei când aceasta era activă în momentul endoscopiei. Somatostatina este eficientă în oprirea HDS și facilitează tehnicile endoscopice.

În concluzie, medicația vasoactivă face parte din prima linie de tratament a hemoragiei digestive superioare variceale.

#### **4.2. Resuscitarea hemodinamică**

Trebuie să înceapă imediat, cu asigurarea protecției căilor aeriene și estimarea pierderii de sânge.

După evaluarea pierderii de sânge se urmărește înlocuirea volumului pierdut prin administrarea de soluții cristaloides –Ringer, produse de sânge, substanțe

### *Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...*

coloidale. Se preferă perfuzarea inițială cu albumina umană, plasma proaspătă congelată (care aduce și factori de coagulare) ori substanțe coloidale care nu influențează negativ coagularea cum face dextranul. Transfuziile de sânge trebuie făcute cu atenție (se preferă masa eritocitară) pentru a evita supratransfuzia care poate determina creșterea presiunii portale și precipita resângerarea. Se recomandă menținerea unei valori a Hb de 9g/dl. Transfuzia de concentrat trombocitar se recomandă doar la pacienții cu trombocite sub 50000/mm<sup>3</sup>.

Corecția hipovolemiei reprezintă un scop esențial în cazul unui pacient cirotic cu hemoragie digestivă deoarece aceasta reprezintă, alături de insuficiența hepatică, predictor al apariției insuficienței renale și al decesului. Reîncărcarea cu lichide a pacientului cirotic este o sarcină dificilă, trebuie evitată supraîncărcarea care poate determina creșterea presiunii portale, resângerarea precoce, edemul pulmonar acut și insuficiența respiratorie. Valoarea de 27-30% a Ht reprezintă ținta, dar trebuie modulate în funcție de vârsta pacientului, statutul hemodinamic, activitatea sângerării; este indicat ca anemia să fie corectată în următoarele zile.

### **4.3.Tratamentul endoscopic al HDS variceale**

Endoscopia digestivă superioară este indicată cât mai precoce posibil, având dublu scop: diagnostic și terapeutic. Momentul când trebuie efectuată endoscopia în caz de HDS este atunci când bolnavul este stabil hemodinamic și conținutul gastric este evacuat. Uzual

EDS se practică în primele 12 ore de la internare. EDS permite diagnosticul exact al sângerării, sursei și tipului de sângerare. Pacienții cirofici cu hemoragie digestivă au drept sursa a sângerării în 70% din cazuri varicele, iar în restul cazurilor cel mai frecvent ulcerul peptic și gastropatia hipertensivă.

**4.4. Sclerozarea varicelor esofagiene** – metodă de elecție pentru tratamentul varicelor esofagiene sângerânde cu o eficiență imediată de peste 80%

În cazul unei sângerări masive se recomandă utilizarea temporară a unei alte metode de oprire a sângerării (de preferat compresia cu balon Sengstaken-Blakemore) timp de 6-8 ore după care se recurge la sclerozare. Menținerea unui balon mai mult de 8 ore sclerozează mucoasa esofagiană și compromise sclerozarea.

Se folosesc diverse substanțe ca sclerozanți; condițiile pe care trebuie să îndeplinească sunt: controlul imediat al sângerării, inițierea trombozei venoase, determinarea unei inflamații necrozante care sau asociază ulcerație și în cele din urmă să determine obliterarea și eradicarea varicelor. Nu există un sclerozant perfect, dar există o ofertă largă de substanțe care îndeplinesc parțial condițiile enumerate: alcoolul absolut, etanolamina oleat, polidocanolul, moruatul de sodium, tetradecilsulfatul de sodium și mai recent substanțele adezive.

După sclerozare, se recomandă un regim lichidian 2-3 zile și un inhibitor de pompă de protoni-omeprazol, pantoprazole, lansoprazole, asoprazole.

## Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...

**4.5. Ligatura elastică a varicelor esofagiene** - este metoda preferată în HDS variceală, avînd complicații mai rare și mai puțin severe și fiind considerate mai eficiente. Principiul metodei este același ca și în cazul hemoroizilor: la capătul distal al endoscopului se atașează un mic cilindru cu 4-10 benzi elastice circulare fixate; un sistem de declanșare care are la bază un fir de ață-lasou trecut prin cilindru și apoi prin canalul de biopsie și legat la un sistem cu roțițe la a cărei mișcare în sensul acelor de ceasornic aruncă cîte un elastic. Pentru a ligatura varicele, acesta trebuie întîi aspirat complet în cilindru, astfel încât, atunci cînd banda elastică circulară este aruncată, să se fixeze la baza acestuia. După ligatură se recomandă dieta hidrică 1-2 zile.

Complicațiile posibile sunt: disfagie, durere retrosternală care se remite la 1-2 zile spontan; ulcerul și stricturile sunt rare, iar complicațiile sistemice lipsesc. Tratamentul endoscopic face parte din prima linie de tratament al HDS variceale după și apoi alături de medicația vasoactivă. Terapia combinată are efecte mai bune prin scăderea presiunii portale, prevenția sîngerării, micșorarea nevoii de transfuzie de sînge și ameliorarea supraviețuirii.

## **4.6. Rolul tamponadei cu balon Sengstaken-Blackemore**

Deși această metodă este utilizată mai puțin frecvent în ultimii ani, odată cu dezvoltarea tehnicilor endoscopice și utilizarea medicamentelor vasoactive, rămîne totuși cea mai simplă dar și cea mai neplăcută metodă de sistare a sîngerării variceale catastrofale și

trebuie folosită când celelalte metode sunt inefficiente. Sonda Sengstaken-Blakemore este formată din trei sau patru catetere cu orificiu terminal, doua prevăzute cu balonaș; acestea asigură insuflarea balonului gastric, esofagian, aspirația conținutului gastric și respective esofagian.

Principii de utilizare. După golirea conținutului gastric, medicul ajutat de două asistente, introduce pe gura sau, preferabil, pe nas sonda perfect decomprimată. După plasarea sondei în stomac, se introduce 250ml aer în balonul gastric; aspirându-se permanent conținutul gastric prin tubul gastric; se trage pe tub spre exterior până se simte rezistența, după care se umflă balonul esofagian până la o presiune de 40-50mmHg (mai mare decât cea variceală) și apoi se fixează tubul în poziție, exercitând o ușoară tracțiune. Tamponada cu balon oprește sângerarea în peste 90% din cazuri.

Complicațiile metodei: migrarea balonului în orofaringe cu asfixie, ulcerații sau pneumonie de aspirație. La scoaterea sondei HDS poate recidiva. Repetarea tratamentului endoscopic este indicat dacă nu există complicații locale ale celui anterior și varicele esofagiene par a fi susceptibile de a fi obliterate de un nou tratament.

#### **4.7. Tratamentul chirurgical al HDS variceale**

Tratamentul chirurgical și tehnicile de radiologie intervențională sunt recomandate atunci când toate celelalte metode terapeutice de hemostază eșuează.



## **5. EVOLUȚIE. COMPLICAȚII. PROGNOSTIC.**

### **5.1. Evoluție**

Ciroza hepatică poate rămîne un timp latentă; ulterior ea se evidențiază prin manifestări clinice discrete, rămânând relative compensate. Ulterior progresiv, alteori brusc, ea se poate decompensa; în decompensarea cirozei hepatice poate avea rol o infecție intercurrentă (ex. o pneumonie). Decompensarea se poate traduce prin apariția ascitei, a icterului, a unei hemoragii digestive.

Evoluția bolii este variabilă și este determinată de precocitatea și gravitatea complicațiilor datorate insuficienței hepato-celulare, hipertensiunii portale, supraadaugării unui carcinom hepato-celular. Giroza hepatică are tendință de a evolua progresiv până la deces. CH este după neoplasme cea mai frecventă cauză de deces în gastroenterologie.

Evoluția CH poate fi însă și foarte lentă, caz în care ea nu corespunde unei boli progresive: o ciroză care nu evoluează cu complicații poate persista și 20-30 de ani; pe când dacă apar complicații rata de supraviețuire este mai scăzută: 5-10 ani. Evoluția CH este de 5-10% din cazuri spre carcinom hepato-celular caz în care evoluția spre deces este rapidă; în 40-60% din cazuri ea stagnează în evoluție datorită răspunsului la tratament, iar pacientul poate supraviețui un timp mai îndelungat; în 20-40% din cazuri evoluția este spre deces datorită complicațiilor, rata de supraviețuire fiind sub 5 ani; și în 10-20% din cazuri, deși au apărut complicații rata de supraviețuire a pacientului este între 5 și 10 ani.

## **5.2. Complicațiile cirozei hepatice**

**5.2.1. Hemoragiile digestive superioare** (hematemeza și melena) constituie o altă complicație redutabilă a cirozei hepatice, responsabilă de moartea a 20% din bolnavi; aceste hemoragii se produc prin ruptura unor varice esofagiene sau gastrice (ce reprezintă o circulație colaterală prin care se realizează anastomoza între venele spleno-tuberozitare și coronara stomahică ale sistemului port și venele azigos ale sistemului cav) , consecință a hipertensiunii portale, sau prin sângerarea unui ulcer gastric sau duodenal, sau printr-o gastrită hemoragică (în producerea căreia pot fi incriminate: staza venoasă prelungită, tulburări trofice, unele medicații iritante, deficitul unor factori ai coagulării, trombopenia).

Sângerarea se poate produce prin hematemeză, melenă, hematochezie. Hematemeza constă în eliminarea pe gura, prin vărsătură, de sânge roșu sau negru, nealterat, amestecat cu cheaguri, cu lichid gastric și cu resturi alimentare. Uneori sângele eliminat este digerat, cu aspect de „zaț de cafea” (culoarea se datorează hematinei, rezultată din acțiunea acidului clorhidric asupra hemoglobinei). Hematemeza este urmată de emiterea unor scaune melenice.

Hematemeza traduce o sângerare esogastro-duodenală, deci suprajejunală (o hemoragie cu un sediu inferior zonei amintite, de obicei, nu se exteriorizează prin hematemeză). Este necesară diferențierea de hemoptizie, care constă în eliminare de sânge din căile respiratorii. Hemoptizia este precedată de o căldură retrosternală și gâdilătură laringiană; eliminarea sângelui

### Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...

se face prin efortul de tuse; sângele este de obicei roșu, aerat. Hemoptizia este urmată de eliminarea prin tuse a unor spute hemoptoice.

Hematemeza trebuie diferențiată, de asemenea, de eliminarea prin vărsătură a sângelui înghițit ce provine din afara tubului digestiv; un epistaxis abundent (mai ales când acesta se produce în timp ce bolnavul se găsește culcat sau chiar doarme. Hemoragiile digestive oculte provenite din tubul digestiv superior sînt rezultatul sîngerărilor limitate ca volum și debit, insuficient pentru a determina o modificare de culoare/ consistență a scaunului, detectabile numai prin examen biochimic.

Cele mai frecvente hemoragii digestive au drept cauză afecțiuni hepatosplenice sînt cele determinate de ruptura varicelor esofagiene din sindromul de hipertensiune portale. Hemoragie digestivă superioară este de obicei masivă, manifestată cu hematemeză însoțită sau nu de melenă. De obicei apare seară, în timpul nopții sau dimineața, nu este precedată de semne premonitorii, este în cantitate de 500-1000 ml și poate apărea în reprize (pauze datorate necesității acumulării sângelui în stomac). Melena izolată este excepțională.

Producerea HDS la un pacient, în marea majoritate a cazurilor cirotic, determină prăbușirea funcției hepatice: anemia și hipoxia consecutive duc la alterarea oxigenării celulei hepatice, scăderea tensiunii arteriale pune în pericol vitalitatea nodulilor de regenerare, produși de catabolism ai sângelui în intestin se pare că produc direct injuria hepatică, iar creșterea produșilor nitrogenici precipită encefalopatia hepatică și coma.

### **5.2.2. Encefalopatia hepatică, caracterizată prin:**

- tulburări neuropsihice
- hipertensiunea portală se manifestă la început prin meteorism și prin apariția circulației colaterale externe (varice esofagiene).
- ascita apare frecvent ca semn de însoțire a bolii, ea putând fi întâlnită în orice formă de ciroză.
- edemele apar în faze mai avansate, de obicei însoțite de ascită. Sunt albe, moi și când sunt neinfluențate de tratament, constituie un element sumbru pentru prognostic.
- hidrotoraxul drept poate fi întâlnit în 3-4% din ciroze.
- modificările endocrine sunt totdeauna prezente. Rolul hormonului antidiuretic, retrohipofizar și cel aldosteronului, în ciroze se instalează destul de repede o insuficiență gonadică: scăderea libidoului, impotență sexuală, atrofia testiculară, amenoree, infertilitate.
- modificări hematologice - anemia este un semn care nu lipsește din cursul evoluției cirozelor. Trombocitopenia are la origine atât hipersplenismul cât și un deficit de megacariogeneză.
- modificări de coagulare se datorează atât sintezei deficitare a factorilor de coagulare cât și excesul de fibrinoliză.

### Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...

- modificări nervoase se întâlnesc în tot cursul evoluției citozei, chiar ca fenomene de debut. Pe parcurs pot să revină sau să capete o intensitate mai mare.

De multe ori prezenta unor somnolențe, a unor astenii excesive sau a unei stări de neliniște cu insomnie, pot fi semne premonitorii pentru drama ce va urma.

- modificări cardio-vasculare - hipervolemia din ciroze poate să ducă la închiderea unor anastomoze arterio-venoase producând steluțe vasculare și eritroză.
- tulburări de cunoștință.
- tulburări de comportament.
- tulburări motorii.
- hipertrofia musculară.
- alte tulburări neurologice.
- coma.

### **5.2.3. Hipertensiunea portală**

Prin hipertensiune portală se înțelege o creștere permanentă a presiunii venei porte (normal 5-10mmHg). Hipertensiunea portală se datorează unui obstacol în drenajul fiziologic al sângelui portal și se caracterizează prin existența unui gradient de presiune între circulațiile portă și cavă și prin dezvoltarea patologică a rețelelor vasculare anastomotice porto-cave, cea mai importantă fiind cea de la nivelul treimii inferioare a esofagului și a părții superioare a stomacului, varicele esofagiene și gastrice.

Ruptura varicelor esofagiene poate fi favorizată de tulburările trofice locale (prin staza venoasă și anoxie), de unele agresiuni (alcool, reflux acid gastric, infecții) și de o exagerare ocazională a hipertensiunii portale.

Bolnavii cu ciroză hepatică pot avea hemoragii digestive nu numai prin rupturi ale varicelor esofagiene, ci și prin sângerarea unui ulcer coexistent (15% din cirofici au un ulcer adesea gastric, uneori duodenal) sau la nivelul unei gastrite difuze.

Hemoragia digestivă agravează evoluția cirozei hepatice, mulți dintre bolnavi murind imediat, iar alții (peste 50%), decedând în anul care urmează (prin decompensarea cirozei sau prin repetarea hemoragiei).

Ruperea varicelor esofagiene cu apariția hemoragiei digestive superioare variceale se produce la un gradient presional portal peste 12mmHg.



#### **5.2.4. Staza și hipertensiunea portală**

Staza și hipertensiunea portală rămân mult timp la valori moderate prin compensările circulatorii care au loc nivelul anastomozelor porto-cave profunde și superficiale, care se dilată treptat și permite trecerea unei cantități mai crescute de sânge portal. Apariția sindromului de hipertensiune portală depinde de amploarea anastomozelor porto-cave preexistente și de timpul în care acestea îl au la dispoziție pentru dilatarea lor.

Hipertensiunea portală este de asemenea amortizată prin dilatarea sinusoidelor splinei, care crește în volum și devine un depozit al sângelui portal. Ia naștere astfel splenomegalia congestive din primele faze ale cirozei portale. De la un moment dat al evoluției cirozei hepatice, mecanismele de compensare ale hipertensiunii portale sunt depășite și presiunea în sistemul portal crește până la valori de 40-50mmHg(normal 5-6mmHg).

Acest moment variază de la un bolnav la altul, după capacitatea funcției și numărul anastomozelor porto-cave de care dispune. Dilatarea anastomozelor este maximă și se evidențiază prin circulația subcutanată abdominală, prin distensia pachetelor varicoase hemoroidale și esofagiene.

Staza și dilatarea rețelei capilare subperitoneale atinge de asemenea valori crescute, de la care transsudarea plasmei devine posibilă și apare ascita (proces de acumulare a serozității transsudate în cavitatea peritoneului. În patogenia ascitei iau parte și alți factori în afară de hipertensiunea portală.

Dintre aceștia cei mai importanți sunt:

- hiposeniremia, creșterea permeabilității capilare
- retenția de sodiu, cu oliguria consecutive.

Din cauza hipertensiunii portale și în special în condițiile unor salturi bruște ale tensiunii nervoase la care iau parte fie tromboze venoase fie tulburări vasomotorii, venele dilatate din peretele digestive se rup și se produc hemoragiile digestive, hematemeze sau melene.

### **5.2.5. Infecțiile**

Cele mai frecvente infecții la pacientul cirotic cu HDS sunt peritonita bacteriană spontană, bacteriemia spontană, infecțiile urinare și pneumonia. Cele mai frecvente bacterii identificate sunt cele gram negative (E.Coli) și, mai rar, în cazul pneumoniilor cele Gram pozitive. Existența hipoalbuminемiei crește riscul de apariție a infecției.

Prezența infecției la un pacient cu ciroză hepatică cu un episod de HDS variceală este corelată cu o mortalitate crescută și cu un risc de resângerare important. Sepsisul determină eliberarea în circulație de endotoxine, citokine care produc anomalii hematologice, disfuncții plachetare și ale coagulării, fibrinoliza, contribuind la riscul de sângere și îngreunând eforturile de stopare ale unei hemoragii. Antibioterapia profilactică la toți pacienții cu ciroză hepatică cu HDS produce o ameliorare semnificativă a supraviețuirii și scade proporția resângerărilor. Antibioticele utilizate sunt: norfloxacina 400mgx2/zi, cefalosporina de generația a IIIa iv 2-4g/zi. Aminoglicozidele sunt contraindicate la pacientul cirotic datorită nefrotoxicității.



### **5.2.6. Insuficiența renală**

Este o complicație de temut ce poate surveni în timpul HDS. Riscul insuficienței renale poate fi micșorat prin menținerea unui echilibru hemodinamic adecvat, prevenția infecțiilor, evitarea medicației nefrotoxice. Se recomandă monitorizarea diurezei și administrarea fluidelor pentru menținerea unui debit urinar de 40-50ml/ora. Un debit urinar sub 20ml/ora indică o perfuzie renală deficitară și iminența insuficienței renale.

**5.2.7. Ascita** poate să apară sau să se mărească în condițiile HDS la un cirotic; în cazul ascitei sub tensiune și recomandă paracenteza, de preferat cu administrare de albumină, în scopul scăderii presiunii portale și variceale.

### **5.3. Prognostic.**

Prognosticul depinde de gradul insuficienței hepato-celulare; o hemoragie din varicele esofagiene este urmată de coma hepatică, dacă insuficiența este importantă, dar poate fi bine suportată dacă funcția hepatică este bună. Sistarea aportului de alcool prelungește supraviețuirea în ciroza alcoolică, în ciroza hepatică decompensată numai 21% din bolnavi supraviețuiesc 6 ani, iar peste 75% mor în acest interval. Bolnavii la care se asociază: denutrițiile, icterul, echimoze și ascita refractară mor în 3-4 ani.

Bolnavii la care apare ascita au doar 40% șanse de a trăi 2 ani. Moartea în ciroză se produce în 30% din cazuri prin hemoragie din varicele esofagiene, în 25% din cazuri prin comă hepatică, iar restul prin alte

complicații, mai ales peritonita bacteriană spontană, neoplasm și sindrom hepato-renal.

Au fost propuse diverse scoruri care permit prognosticul pe scurtă durată în CH. Cea mai populară este clasificarea Child-Turcotte și clasificarea Child-Pugh.

## **CAPITOLUL II**

### **PARTEA SPECIALĂ**

#### **1. Rolul asistentei medicale în îngrijirea pacienților cu: Hemoragie digestivă superioară prin ruperea varicelor esofagiene din ciroza hepatică.**

##### **1.1. Condiții de spitalizare.**

Unitățile gastrice sunt arii spitalicești distincte, care în mod ideal trebuie să dispună de:

- sisteme organizatorice,
- personal și dotări capabile să acorde asistență medicală continuă.

Aceste arii spitalicești trebuie să asigure următoarele condiții:

- liniște deplină,
- ordine ireproșabilă
- atmosferă de siguranță și optimism,

Unitatea are:

- un circuit semi-deschis,
- amplasarea ideală a unității coronariene trebuie să

### Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...

- permite un acces cât mai direct al bolnavilor
- trebuie să existe spațiu suficient pentru fiecare pat în parte
- condițiile de luminozitate,
- de culoare ambientală și iluminare artificială relaxantă
- posibilitatea instalării unui circuit de televiziune sau a altor posibilități de comunicare.
- la fel de importantă este asigurarea unui spațiu de așteptare pentru membrii familiei deseori alarmați și neliniștiți de evoluția celor apropiați.

Alt aspect al activității cadrelor medii se referă la atribuțiile acestora cât și în convalescență. Aceste atribuții implică:

- manipulare performantă a aparaturii de înaltă tehnologie,
- perfecționare continuă
- însușire a ultimelor noutăți în domeniu pentru a putea ridica standardul calitativ al actului medical.
- trebuie să se implice efectiv în menținerea climatului psihologic adecvat și în inițierea unui program eficient de educație sanitară a pacienților și a aparținătorilor acestora.

Marea majoritate a bolnavilor prezintă o anxietate determinată de conștientizarea stării de boală, uneori apare o reacție psihică paradoxală de minimalizare a bolii. Din aceste motive, se impune asigurarea unei ambianțe adecvate în care sentimentul de siguranță trebuie insuflat pacienților. Astfel pacienții vor fi încurajați permanent, explicându-le cu tact și răbdare, că

există șanse reale de recuperare datorită terapiei complexe, a aparatului performante și a personalului medical calificat și competent pentru întreg procesul de acordare a asistenței medicale.

Întregul proces de îngrijire trebuie să confere condiții psihologice adecvate bolnavului pentru a contribui la atenuarea stresului suplimentar cauzat de însăși condiția spitalizării. Asistenților medicali le revine sarcina:

- de a intui eventualele stări conflictuale în anturajul familial sau social sau, dimpotrivă, de a identifica persoanele cu influență favorabilă asupra psihicului pacientului.

Este de la sine înțeles că asistenta medicală să intervină în avalanșa de vizite abuzive și nejustificate, atât din punct de vedere medical cât și social, demonstrând că percepe necesitățile afective și de îngrijire ale pacientului cu hemoragie digestivă.

Activitatea zilnică a asistentei medicale în acordarea îngrijirilor bolnavilor uneori în stări dramatice, are implicații stresante asupra personalului medical implicat. Dotarea cu aparatură nouă și performantă prezintă riscul concentrării atenției asupra aspectului tehnic al asistenței medicale în detrimentul pacientului. În aceste condiții poate apare rutina în procesul de îngrijire, fără entuziasmul și pasiunea necesare acestei nobile meserii, pe fondul unei stări depresive create uneori de prognosticul sumbru care poate apărea în acest sector de activitate.

Stările depresive generate de tabloul sumbru al morții sunt adeseori însoțite de anxietate, sentimente de frustrare, culpabilitate sau alte stări afective negative. De

### Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...

aceea este imperios necesar ca toți membrii colectivului să se ajute reciproc evitându-se eventualele stări conflictuale generate de relații neprincipiale în muncă, în special de practica învinuirii reciproce în caz de eșec.

## **1.2. Rolul asistentei medicale în promovarea sănătății**

Asistența medicală are un rol foarte important în educația sanitară a individului, care presupune explicarea măsurilor de profilaxie primară și cele de profilaxie secundară. Profilaxia apariției cirozei hepatice și implicit a hipertensiunii portale se face din punct de vedere practic la nivel primar și secundar.

### **Prevenția primară se realizează prin:**

- prevenirea infecției virale B, C și/sau asocierea lor cu HIV, știut fiind evoluția progresivă mai rapidă a fibrozei în coinfectii;
- practici sigure de injecție, ace necontaminate, instruirea personalului medical paramedical asupra modului de transmitere a infecției virale și a importanței acesteia,
- screeningul viral al donatorilor de sânge,
- imunizarea pasivă pentru prevenirea hepatitei B, programe de vaccinare în hepatita B,
- cercetări în scopul creării unui vaccin eficient în hepatita C.

- consumul discontinuu de alcool în special la cei infectați cu virus B și/sau C întrucât acesta favorizează prin acțiune sinergică evoluția către ciroza hepatică.

### **Prevenția secundară**

Asistenta medicală trebuie să cunoască prevenția cirozei hepatice indiferent de etiologie. În hepatita virală C factorii asociați cu progresia fibrozei sunt:

- durata infecției virale,
- vârsta, consumul de alcool peste 50ml/zi, coinfecția HIV, alături de factorii metabolici: obezitatea, diabetul zaharat, insulinorezistența.
- folosirea tratamentului cu interferon pegylat asociat cu ribavirina a demonstrat ca tratamentul cu antivirale reduce fibroza hepatică.

În infecția virală B sunt identificați până în prezent trei factori care cresc riscul de apariție al cirozei:

- vârsta, coinfecția HIV și consumul de alcool.
- tratamentul cu interferon, inclusiv forma pegylată, lamivudina, adefovir, entecavir și telbivudina și-a demonstrat eficacitatea în diminuarea necrozei și fibrozei hepatice.

În celelalte etiologii prevenția apariției cirozei se face prin:

- oprirea consumului de alcool,

### Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...

- tratamentul corect al steatohepatitei precoce și flebotomii, știut fiind că progresia fibrozei și prognosticul sunt de durată supraîncărcării cu fier.

### **1.3. Rolul asistentei medicale în efectuarea actelor medicale**

Asistența medicală are un rol foarte important în acordarea îngrijirilor, de aceea se impune o cât mai bună formare profesională pentru efectuarea îngrijirilor proprii cât și delegate.

#### Supravegherea

- funcțiilor vitale: TA, puls, respirație
- funcțiilor vegetative: temperatură, diureză, vărsături, scaun .

#### Investigații:

- recoltări sanguine specifice
- endoscopie digestivă superioară
- ecografia abdominală

#### Tratament:

- administrarea medicamentelor pe cale bucală
- administrarea medicamentelor pe cale parenterală (puncția venoasă)
- puncția peritoneală.

#### **1.4. Rolul asistentei medicale în supravegherea funcțiilor vitale și vegetative și a comportamentului bolnavului cu ciroză hepatică**

Este una din sarcinile cele mai importante ale asistentei medicale. Asistenta trebuie să culegă toate datele relative legate de starea generală și de evoluția bolnavului. Asistenta trebuie să știe să facă observații sistematice, metodice și să cunoască ce anume trebuie să observe:

- Comportamentul bolnavului.
- Funcțiile vitale și vegetative ale bolnavului.

#### **Urmărirea comportamentului bolnavului**

Asistenta trebuie să urmărească, să observe atitudinea bolnavilor în pat, poziția pe care o iau, expresia feței, mișcările pe care le execută etc.

Poziția bolnavului în pat-în afecțiunile însoțite de dureri, bolnavul caută să menajeze partea dureroasă luând diferite poziții forțate.

Expresia feței bolnavului poate trăda anumite stări psihice ca:

- durere, spaima, agitație, depresie, bucuria etc.
- în afecțiunile abdominale grave, fața bolnavului este acoperită de sudori reci ochii înfundați în orbite și acoperiți de cearcăne albastre, privirea anxioasă.

Evaluarea stării psihice a bolnavului:

- asistenta se va orienta în primul rând dacă bolnavul își păstrează cunoștința, dacă este sau nu obnubilat sau complet inconștient.
- dezorientarea în timp și în spațiu, iluziile și



### Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...

halucinațiile pot fi observate prima dată de către asistentă.

Asistența va urmări de asemenea respectarea regimului alimentar de către acesta.

Va fi urmărit somnul bolnavului, atât cantitativ cât și calitativ precum și din punctul de vedere al orarului. Se va urmări dacă somnul bolnavului este liniștit sau agitat.

### **Urmărirea funcțiilor vitale și vegetative ale bolnavului**

Urmărirea este obligatorie în cursul oricărei boli, căci modificarea lor reflectă în mare măsura starea generală a bolii, precum evoluția și gravitatea bolii de care suferă.

Totalizarea observațiilor asupra funcțiilor vitale și vegetative se consemnează în foia de temperatură a bolnavului.

### **1.5. Recoltarea produselor biologice:**

Examenele de laborator a produselor biologice completează simptomatologia bolii cu elemente obiective.

Utilizarea și obiectivizarea rezultatelor examenelor depinde de modul de recoltare și de felul cum se face aceasta.

Există anumite norme generale de recoltare pe care cadrul medical trebuie să le cunoască și anume:

- orarul recoltărilor;
- pregătirea fizică și psihică a bolnavului;

- să cunoască și să recunoască instrumentele necesare;
- să cunoască tehnica de recoltare;
- să cunoască și să completeze biletul de analiza care trebuie să însoțească orice produs recoltat și etichetarea corespunzătoare. Pe buletinul de analize se vor trece: salonul cu numărul sau specificul secției, numele bolnavului, vârsta, analiza cerută, data recoltării, parafa și semnătura medicului.
- produsul recoltat va fi trimis imediat la laborator pentru a nu se altera.

## **1.6. Rolul asistentei medicale în explorări**

**1.6.1. Endoscopia digestivă superioară** = metodă invazivă de examinare directă și de intervenție chirurgicală asupra tubului digestiv superior (esofag, stomac, duoden, jejun) prin introducerea în lumenul său a unui endoscop.

Scop:

1. diagnostic
  - identificarea leziunilor superficiale și profunde a tubului digestiv superior
  - recoltarea bioptică
2. terapeutic
  - hemostaza sângerărilor digestive superioare
  - montarea sondelor de gastrostomă
  - îndepărtarea corpiilor străini
  - extirparea polipilor benigni sau maligni
  - tratarea cancerului gastric în situ

Indicații:

- tratamentul HDS, varicelor esofagiene și gastrice, ulcerelor hemoragice

*Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...*

- biopsia mucoasei tubului digestiv
- reducerea sau ablația polipilor mucoasei digestive
- extragerea de corpi străini
- stricturi esofagiene benigne sau maligne
- colangiopancreatografie endoscopică retrogradă

Contraindicații:

- suspiciune de perforație viscerală,
- stomacul nu este gol,
- există afecțiuni obstructive de căi aeriene superioare.

Pregătirea pacientului:

- se explică necesitatea tehnicii
- pacientul nu mănâncă cel puțin 6 ore înainte de examinare
- anestezie topică cu benzocaină sau lidocaină
- administrarea de sedative i.v.(Diazepam)
- pacientul se așează în decubit lateral stâng

Tehnica:

- îndepărtarea protezelor dentare mobile, lentilele de contact,
- între arcadele dentare se așează o piesă bucală,
- tehnica se execută de medic,
- anestezierea locală a faringelui(spray sau petidină + diazepam),
- endoscopul se ține cu mâna stângă, iar cu mâna dreaptă se împinge spre faringe prin mișcări de împingere și rotație axilară,
- după ce a pătruns în stomac endoscopul se rotește în sensul acelor de ceasornic, apoi endoscopul ajunge în duoden prin mișcări,

- introducere intra și perivariceal de substanțe sclerozante,
- dacă s-a administrat petidina se administrează Naloxone 0,2mg i.v. sau i.m.

Reorganizarea locului de muncă.

### **1.6.2. Ecografia abdominală**

Este o metodă de investigație bazată pe modul în care se reflectă ultrasunetele

Scop: diagnostic

Indicații:

- evaluarea organelor abdominale (ficat, splină, a vezicii biliare
- tumori abdominale, lichid în cavitatea abdominală.
- evaluarea vaselor abdominale.

Pregătirea pacientului:

- se explică necesitatea tehnicii
- se adm medicația absorbantă a gazelor,
- nu mănâncă cu 12 ore înainte de examinare,
- la examenul organelor din micul bazin: vezica plină,
- poziția de decubit dorsal (majoritatea), lateral, ventral (rinichi),
- pacientul este ajutat să se dezbrace/îmbrace și să se așeze în poziție.
- tehnica este executată de medic

## **1.7. Rolul asistentei medicale în administrarea medicamentelor indicate de medic**

### **1.7.1. Administrarea medicamentelor pe cale bucală**

Calea bucală este calea naturală de administrare a medicamentelor. Per os se introduc în organism medicamente lichide, sub formă de mixturi, soluții, infuzii, uleiuri sau emulsii și medicamente solide sub formă de prafuri, tablete, pastile etc. Se va renunța la calea bucală numai dacă:

- medicamentul se descompune sub influența sucului digestiv sau este inactivat;
- bolnavul refuză luarea medicamentelor pe gură;
- este nevoie de o acțiune promptă și rapidă;
- dacă medicul dorește să evite sistemul venei porte etc.

### **1.7.2. Administrarea medicamentelor pe cale parenterală**

#### **Efectuarea tehnicii-puncția venoasă:**

Prin puncție se înțelege punționarea unei vene cu ajutorul unui ac atașat la seringă.

Materiale necesare:

- comprese sterile
- tampoane sterile
- ace și seringi de diferite mărimi
- alcool sanitar 70 grade sau alcool iodat
- garou
- mușama

- recipiente pentru recoltare cu sau fără substanțe anticoagulante
- medii de cultură.

Tehnica:

- se pregătesc materialele și se face pregătirea fizică și psihică a bolnavului;
- poziția de recoltat va fi semișezând cu brațul sprijinit pe spătarul scaunului, dar dacă starea nu o permite bolnavul va fi așezat în decubit dorsal pe pat cu brațul la marginea acestuia;
- se descoperă mâna bolnavului și se așează în poziția corespunzătoare;
- asistenta medicală se spală pe mâini și își va pregăti materialele necesare;
- se leagă garoul în unirea treimii inferioare a brațului;
- se roagă bolnavul să închidă și să deschidă pumnul de câteva ori și apoi să rămână cu el închis;
- cu indexul mâinii stângi se palpează vena ce urmează a fi puncționată
- se dezinfectează locul cu alcool sanitar sau alcool iodat;
- cu mâna stângă se fixează vena printr-o mișcare de tracțiune apoi se înțeapă și se va merge pe axul longitudinal al acesteia;
- bizoul acului se va ține tot timpul în sus, iar după intrarea în venă se va aspira;
- după efectuarea recoltării se va desface garoul și bolnavul va fi rugat să deschidă pumnul;
- extragerea acului se va face cu o mișcare bruscă, iar sângele recoltat se repartizează în recipient;
- pe locul puncționat se va aplica un tampon cu alcool.

*Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...*

**Introducerea sondei Blackmore** = tamponarea esofagului cu ajutorul unui balon hemostatic.

Scopul: terapeutic.

Indicații: hemostaza în hemoragia digestivă superioară.

Pregătirea pacientului:

- fizică - evacuarea conținutului gastric; anestezia orificiilor nazale și reperarea pe sondă a distanței nas- ombilic.
- Psihică - se anunță tehnica și se explică necesitatea ei.

Tehnica:

- se introduce sonda endonazal și se împinge progresiv, ajungând la introducerea prin mișcări de deglutiție - este înghițită până la marcaj (aparitia refluxului sanguin sau de suc gastric).
- se umflă balonașul gastric cu 250ml aer și se trage sonda astfel încât să fie în dreptul joncțiunii eso-cardiale; se fixează printr-un sistem de prindere (gulerăș).
- se umflă balonașul esofagian cu 60-80ml aer și se aspiră conținutul sondei.
- se atașează punga colectoare la capătul liber al sondei
- pentru prevenirea ischemiei mucoasei și ulcerarea bazei esofagului se dezumflă la 4 ore timp de 15 minute.
- se verifică presiunea din balonașe cu ajutorul manometrului( $p= 50-60\text{mmHg}$ ).
- Dacă sângerarea nu este controlată, balonașul gastric se umflă la 300ml, iar balonașul

esofagian până la 100ml (nu are voie să depășească 100ml).

## **2. STUDIU STATISTIC**

Stadializarea de față este efectuată pe un eșantion de 186 de pacienți cu ciroză hepatică, internați în spital pentru un episod de HDS în perioada ianuarie 2006 - mai 2009. Colectarea datelor în vederea efectuării stadializării a urmărit:

1. datele personale (nume, vârstă, sex)
2. antecedente personale și heredo- colaterale sugestive pentru boala de bază (infecții cu virusuri hepatice, consum de alcool, afecțiune autoimună, consum de medicație antiinflamatoare, ulcer peptic, diabet zaharat, afecțiuni respiratorii cronice, alte infecții).
3. datele de istoric ale afecțiunii.
4. simptome și semne:
  - tipul sângerării (hematemeza, melena, hematochezia)
  - severitatea hemoragiei:
  - prezența ascitei
  - gradul encefalopatiei
  - examinare endoscopică
  - rezultatele examinării endoscopice : varice esofagiene și/ sau gastrice I – cu sângerare activă; II- cu semne de hemostază recentă (dopuri de fibră, cheaguri); III- fără leziuni variceale, dar asociind prezența de depozite hematice gastrice.
  - gradele varicelor esofagiene :



**Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...**

Varice gradul I – varice care pot fi deprimare cu endoscopul. Varice gradul II – varice nedeprimare cu endoscopul. Varice gradul III- varice confluențe pe toată circumferința esofagului.

- tratamente urmate – dacă pacientul a urmat sau nu anterior internării tratament cu medicație beta-blocantă, isosorbid mononitrat, antibiotice, inhibitori ai pompei de protoni.
- medicație asociată.

Lotul care a fost format din 186 de pacienți cu ciroză hepatică, a cuprins 96 bărbați (52%) și 90 femei (48%) cu vârste cuprinse între 27 și 80 de ani (cu o medie a vârstei de 55,8 ani). Distribuția pacienților în funcție de etiologia cirozei este prezentată în Tabelul 1.

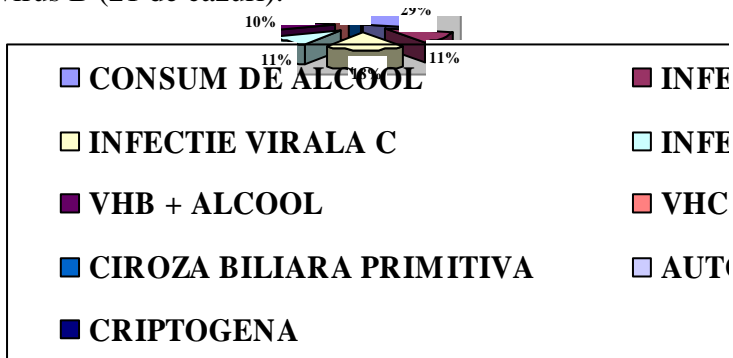
**Tabelul 1 - Distribuția pacienților în funcție de etiologia cirozei hepatice.**

<b>ETIOLOGIA CIROZEI</b>	<b>BĂRBAȚI</b>	<b>FEMEI</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Consum de alcool</b>	<b>33</b>	<b>21</b>	<b>54</b>
<b>Infecție virală B</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>21</b>
<b>Infecție virală C</b>	<b>15</b>	<b>19</b>	<b>34</b>
<b>Infecție VHB + VHC</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>20</b>

<b>VHB + alcool</b>	<b>12</b>	<b>7</b>	<b>19</b>
<b>VHC + alcool</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>24</b>
<b>Ciroză biliară primitivă</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>Autoimună</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>Criptogenă</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>9</b>

În funcție de etiologia cirozei hepatice se observă o preponderență la cazurile care au etiologie virală cu 75 de cazuri față de cele cu etiologia cu consum de alcool cu 54 de cazuri.

Din cazurile de etiologie virală se observă că predomină cele cu virus C (34 de cazuri) față de cele cu virus B (21 de cazuri).

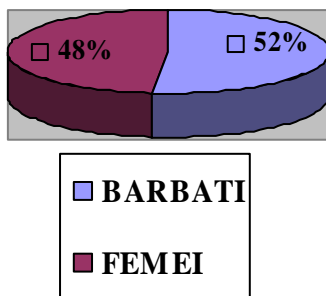


**Graficul 1 - Distribuția procentuală a cazurilor incluse în studiu în funcție de etiologie.**

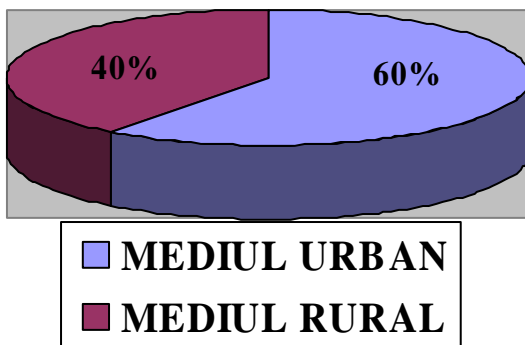
Din cei 186 de pacienți cu ciroză hepatică se observă o ușoară predominență la sexul masculin cu 96 din cazuri

**Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...**

reprezentând un procent de 52%, față de cel feminin cu 90 de cazuri reprezentând un procent de 48%.



**Graficul 2.** Distribuția procentuală a cazurilor incluse în studiu în funcție sex (feminin și masculin). Din cei 186 de pacienți 112 proveneau din mediul urban reprezentând un procent de 60% și 74 de cazuri din mediul rural reprezentând un procent de 40% (Grafic nr. 3):



**Graficul 3.** Distribuția procentuală a cazurilor incluse în studiu în funcție mediu (urban și rural)

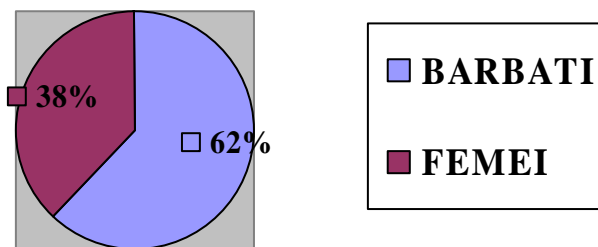
În funcție de criteriul de vârstă și de prezența HDS vorbim de un lot de 42 de pacienți împărțiți pe 5

grupe de vârstă: o grupă de 40-49 ani, 50-59 ani, 60-69 ani, 70-79 ani și peste 80 ani, din care 26 de bărbați reprezentând un procent 62 % de și 16 femei reprezentând un procent de 38%. (Tabel nr. 2 și Grafic nr. 4, 5 și 6).

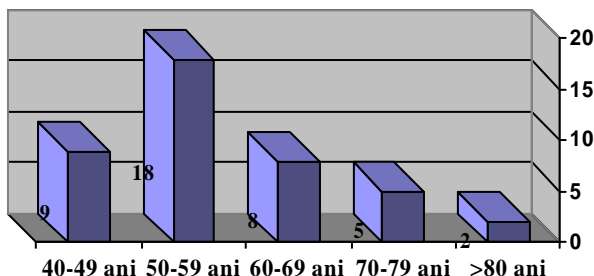
<b>GRUPE DE VÂRSTĂ</b>	<b>40-49 ani</b>	<b>50-59 ani</b>	<b>60-69 ani</b>	<b>70-79 ani</b>	<b>&gt; 80 ani</b>	<b>TOTAL</b>
<b>BĂRBAȚI</b>	6	12	5	1	2	26
<b>FEMEI</b>	3	6	3	4	0	16
<b>TOTAL</b>	9	18	8	5	2	42

**Tabel nr. 2 - Repartiția pe grupe de vârstă, pe sexe și pe numărul de pacienți care prezintă HDS**

Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...

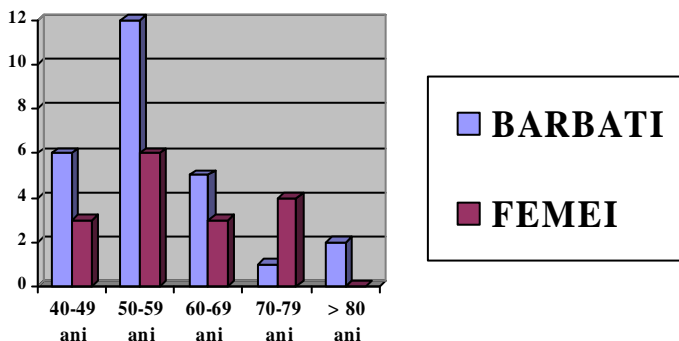


**Grafic nr. 4 - Reprezentarea pe sexe a cazurilor de HDS**



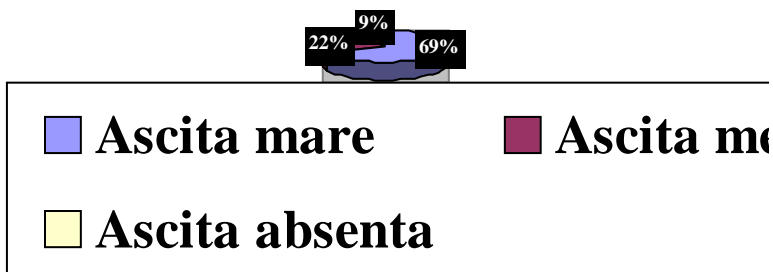
**Grafic nr. 5 - Reprezentarea grafică în funcție de grupa de vârstă**

În ceea ce privește repartitia eșantionului pe grupe de vârstă și sexe, se poate observa predominanța netă a bărbaților 62% cu vârstă cuprinsă între 50-59 ani, urmată de femei cu un procent de 38% din grupa de vârstă de 50-59 ani.



**Grafic nr. 6 - Reprezentarea pe sexe și pe grupe de vârstă**

Se observă că 69% dintre cazurile studiate prezintă ascită mare în comparație cu cele 22% de ascită medie și 9% de ascită absentă.

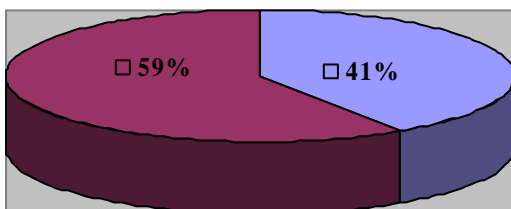


**Grafic nr. 7 - Repartiția lotului în funcție de prezența ascitei**

**Graficul 8. Repartiția lotului în funcție de caracteristicile encefalopatiei portale**

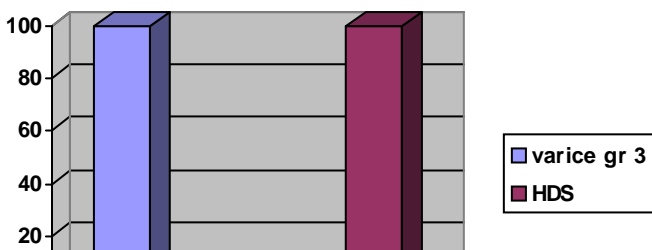
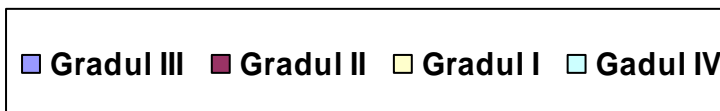
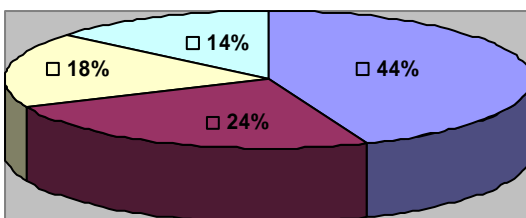
În funcție de diametrul venei porte se observă că 59% dintre pacienți prezintă un diametru crescut față de 41% cu diametru normal.

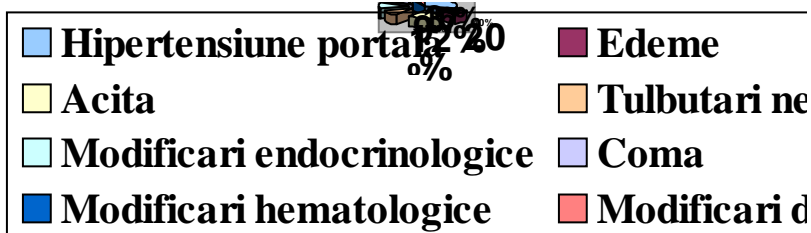
Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...



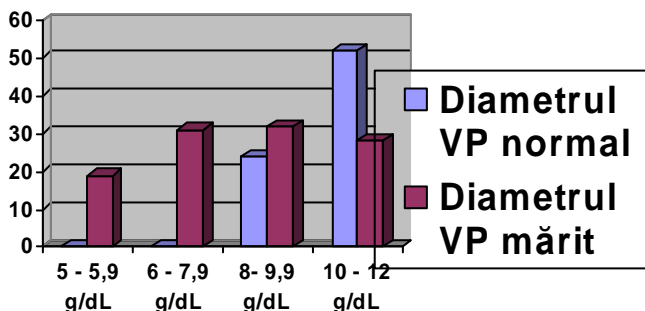
**Grafic nr. 9 - Repartiția pacienților în funcție de diametrul venei porte**

Din cazurile studiate se observă că 44% din pacienți prezintă varice esofagiene de gradul III, 24% gradul II, 18% gradul I, 14% gradul IV. Se observă o pondere crescută a riscului de producere a HDS odată cu creșterea varicelor esofagiene.





**Graficul 10. Comparație între gradul varicelor și incidența apariției hemoragiei digestive superioare**

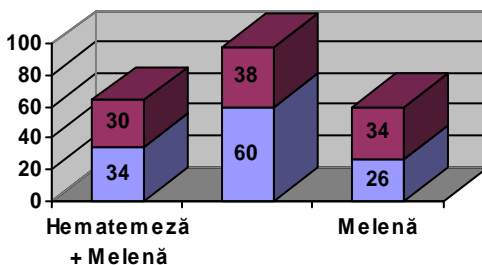


**Grafic nr. 11 - Raportul dintre valorile hemoglobinei și diametrul venei porte**

Studiul ne demonstrează că riscul hemoragiei variceale crește odată cu creșterea severității afecțiunii. Se observă o creștere a diametrului venei porte odată cu producerea hemoragiei și implicit a scăderii valorilor Hb. Hemoragia digestivă superioară clinic manifestă, este reprezentată de hematemeză și melenă.

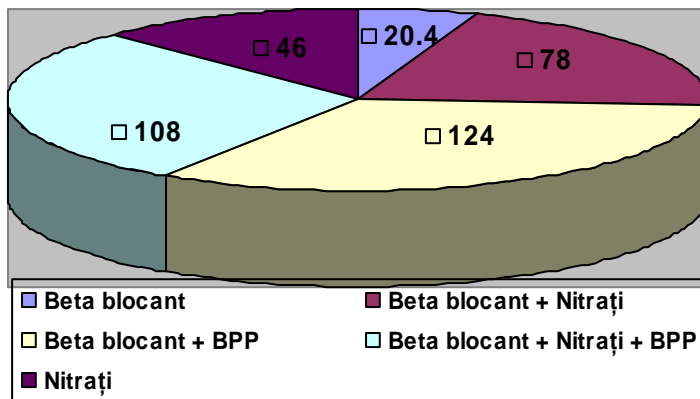


Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...



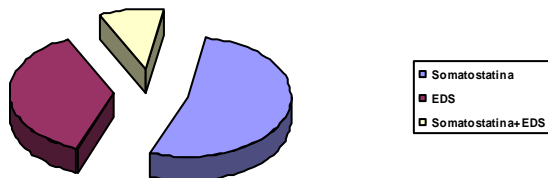
**Graficul 12. Rata de asociere a formei de manifestare a HDS cu hemoragiile semnificative clinic**

Se observă că majoritatea pacienților au avut un răspuns pozitiv la asocierea medicației beta blocante cu blocanții pompei de protoni și respectiv cu nitrații.



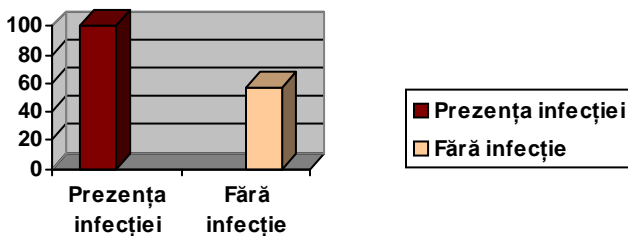
**Graficul 13 - Distribuția pacienților în funcție de medicația pentru HTP**

Metoda cea mai eficientă ptr obținerea hemostazei a fost Somatostatina, urmată de ligatura varicelor esofagiene prin metoda endoscopică și prin asocierea acestora.



**Graficul 14 - Metode terapeutice în cazurile cu hemoragie variceală la care s-a obținut hemostaza.**

Pacienții cirofici cu infecții bacteriene au o rată mai mare a recidivei față de pacienții fără infecție.



**Grafic15. Rata resângerării în hemoragiile în funcție de prezența infecției.**

## **CONCLUZII DE STUDIU:**

Acest studiu aduce informații statistice importante atât asupra disciplinei și modului de viață al pacientului cât și asupra îngrijirilor acordate pe toată perioada spitalizării. Incidența hemoragiei digestive superioare din ciroza hepatică este ușor crescută la bărbați având un procent de 62% față de femei cu un procent de 38%.

Se observă că preponderența netă a HDS din ciroza hepatică o reprezintă bărbații cu vârstă cuprinsă între 50-59 ani urmată de grupa de vârstă de 40-49 ani și 60-69 ani. Datorită stilului de viață, a lipsei de educație sanitară, a consumului de alcool, incidența cirozei hepatice este crescută în mediul urban, reprezentând un procent de 60% față de mediul rural.

Se observă, însă din păcate, o preponderență crescută a etiologiei virale, predominând cele cu virus C, față de cele cu virus B. Din cazurile studiate se observă că 69% nu prezintă ascită în comparație cu cele 22% cu ascită medie și 9% cu ascită mare.

În urma endoscopiei digestive efectuate din lotul de studiu se observă un procent de 44% din cazuri au varice esofagiene de gr I urmate de 24% de gr II, 18% de gr III și 14% de gr IV. Diametrul venei porte crescut reprezintă un procent mai mare de 59% față de 41% cu diametrul venei porte normale.

Studiul ne demonstrează că riscul hemoragiei variceale crește odată cu creșterea severității afecțiunii. Se observă că o creștere a diametrului venei porte odată cu producerea hemoragiei și implicit a scăderii valorilor Hb.

Hemoragia digestivă superioară clinic manifestă este reprezentată de hematemeză printr-un procent de 60%, urmată de hematemeză + melenă cu un procent de 34% și de melenă cu un procent de 26%.

Majoritatea pacienților din studiu au răspuns pozitiv la asocierea medicamentelor betablocante cu blocanții pompei de protoni și respectiv nitrați.

### **EVALUARE:**

Toți pacienții la internare în spital au prezentat hemoragie digestivă superioară

Caracterul hemoragiei:

- hematemeză în cazurile II și IV
- melenă în cazurile I și III.

Simptome asociate:

- dureri epigastrice în toate cazurile
- disconfort abdominal prezent în toate cazurile
- febră- în cazul II
- dispnee- cazurile I-II-III
- oligurie- cazurile I-II-III
- slăbiciune- în toate cazurile
- hemoragii gingivale- cazurile I-III-IV
- prurit cutanat- în toate cazurile

Semne asociate:

- ascită- cazurile I-II-III
- icter- în toate cazurile
- steluțe vasculare- cazurile I-II-III
- fisuri cu eliminarea lichidului de edem- cazurile I-II

### Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...

Tratament: hemoragia a cedat în toate cazurile la administrarea de anticoagulante (Adrenostazin, Fitomenadionă, Etamsilat)

- hemostaza s-a asociat și cu administrarea de betablocant (Propranolol 40mg)- în toate cazurile.
- în faza acută tratamentul hemostatic s-a asociat cu suprimarea alimentației și asigurarea unui regim hidric (lichide reci)- în toate cazurile.
- introducerea sondei cu balonaș compresiv de tip Sengstaken-Blackmore- cazul II
- durerea epigastrică a cedat, în toate cazurile, la adm. unui blocant ai pompei de protoni (Omeprazol).
- anemia a fost corectată cu administrare de masă eritocitară în cazurile I - II și de plasmă în toate cazurile.
- ascita și edemele au fost reduse prin adm. de diuretice (Furosemid fiole în cazurile I-II și Spironolactonă 100mg în toate cazurile), tratament asociat cu un regim hiposodat- în toate cazurile.
- administrarea de antibiotic (Ampicilină) ptr combaterea suprainfecției de lichid ascitic- în toate cazurile.

Condiții de apariție a HDS în cazurile prezentate:

- alimentația dezechilibrată - cazul I și II
- alcool - cazul IV
- medicația cu AINS- cazul II

Toate cele patru cazuri prezente urmăresc reducerea șocului hemoragic prin oprirea hemoragiei digestive superioare, manifestată diferit prin hematemeză și melenă, prin administrarea de anticoagulante (Adrenostazin, Fitominadion, Etamsilat), introducerea sondei cu balonaș compresiv Sengstaken-Blackmore – cu evoluție favorabilă.

De asemenea s-a urmărit reducerea edemelor și a ascitei prin administrarea de diuretice (Furosemid, Spironolactonă).

Rolul asistentei medicale:

La internare în urgență:

- Recunoașterea semnelor bolii și felul hemoragiei
- Monitorizarea TA, pulsul, respirația.
- Recoltarea analizelor.
- Administrarea de anticoagulante.
- Suport psihic.

În timpul internării

- Monitorizarea TA, pulsul, respirația.
- Administrarea tratamentului anticoagulant: Fitomenadion, Adrenostazin, Etamsilat.
- Combaterea anemiei prin administrarea de masă eritrocitară și plasmă.
- Protecție hepatică administrarea de Arginină, Aspatofort perfuzabil în Glucoză.
- Combaterea edemelor prin administrarea de diuretice: Furosemid injectabil IV, Spironolactonă 100mg.
- Prevenirea encefalopatiei portale prin efectuarea clismei.
- Pregătirea pacienților și participarea la tehnicile pentru examenele de laborator și paraclinice,

### Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...

endoscopia digestivă superioară, ecografie abdominală.

- Educația sanitară a pacientului.
- Suport psihic.

La externare

- Educație sanitară dietă hiposodată, de protecție hepatică.
- Explicarea rolului dispensarizării (control periodic la medicul de familie, specialist gastroenterolog, analize de sânge, endoscopie digestivă superioară).
- Prezentarea la medic ori de câte ori apar semne ale bolii.

Toate cele patru cazuri au următoarele **diagnostice comune**:

**1. DI. Alterarea circulației portale datorită stazei sanguine în vena portă manifestată prin edeme ale membrelor inferioare.**

**O. Refacerea circulației portale și reducerea ascitei și a volumului edemelor.**

**Proprii:**

- monitorizarea funcțiilor vitale și vegetative: puls, T.A, respirații, temperatură, scaunul, diureza, vărsăturile.
- monitorizarea balanței ingesta-excreta.
- măsurarea diurezei pe 24 ore.
- asigurarea unei poziții comode.
- asigurarea condițiilor de salon (aerisire, liniște, lenjerie curată de pat și corp).

- hidratarea corectă (perfuzie i.v. cu soluție Ser Glucozat 5% 2X1, la indicația medicului).

**Delegate:**

- recoltarea analizelor de laborator: uree, creatinină, ionograma sanguină și urinară, transaminaze.
- administrarea medicației I.V. și a medicației perfuzabile prescrise.
- administrarea de diuretice în toate cazurile
- efectuarea puncției peritoneale în caz I și II

**2.DI. Fatigabilitate datorită alterării calității și cantității somnului (în toate cazurile)**

**O. Refacerea calității și cantității somnului**

**Proprii:**

- evaluarea orelor de somn (3 ore/zi).
- observarea orarului de somn pe noapte.
- determinarea factorilor favorizanți ai insomniei (anxietatea).
- asigurarea condițiilor de salon (umiditate adecvată, aerisire, liniște) pentru a favoriza liniștea pacientului.
- alcătuirea împreună cu pacientul a unui program relaxant și liniștitor care să favorizeze (citit, TV).
- oferirea unui pahar cu lapte cald sau ceai înainte de culcare.

**Delegate:**

- administrarea medicației prescrise (Imovane tb.7,5 mg 0-0-1).



*Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...*

**3.DI. Deficit de autoîngrijire datorită hemoragiilor repetate și dispneei.**

**O. Creșterea capacității de autoîngrijire**

**Proprii:**

- monitorizarea dispneei.
- observarea gradului de fatigabilitate.
- favorizarea unei respirații adecvate (prin salon aerisit, efort minim, poziții adecvate).
- asigurarea obiectelor personale pentru a înlesni folosirea acestora de către pacient și a evita oboseala inutilă.
- efectuarea toaletei pacientului ori de câte ori este nevoie.

**Delegate:**

- reechilibrare hidroelectrolitică.
- adm. de hemostatice în toate cazurile.
- adm. de transfuzie izogrup și izoRh în cazurile I și II și plasma pentru toate cazurile.
- colaborarea cu membrii familiei.

**4.DI. Anxietate datorită stării generale alterate și a fricii de moarte**

**O. Reducerea anxietății**

**Proprii:**

- evaluarea gradului de anxietate.
- observarea stării psihice a pacientului.
- ascultarea temerilor pacientului și liniștirea acestuia.
- explicarea acestuia în termeni adecvați despre boala sa.

- educarea pacientului să colaboreze cu medicul, cu cadrele sanitare și cu membrii familiei.

**Delegate:**

- administrarea medicației (Anxiar 1 mg 1tb. la nevoie).

**5.DI. Alterarea imaginii corporale datorită modificărilor culorii tegumentare**

**O. Redobândirea încrederii de sine**

**Proprii:**

- observarea și monitorizarea tegumentelor și mucoaselor (aspect, culoare, icter, edeme, steluțe vasculare).
- evaluarea statusului psihic al pacientului.
- explicarea pacientului asupra bolii sale (oferirea de informații).
- liniștirea pacientului și oferirea suportului moral.
- educarea pacientului să respecte cu strictețe tratamentul prescris.

**Delegate:**

- colaborarea cu membrii familiei.

**6.DI. Risc de șoc hemoragic manifestat prin hemoragie datorită rupturii varicelor esofagiene**

**O. Reducerea riscului de șoc hemoragic**

**Proprii:**

- asigurarea condițiilor de salon : aerisirea salonului, izolare cu un paravan, temperatură adecvată în salon.
- monitorizarea funcțiilor vitale și vegetative.
- asigurarea unei tăvițe renale ori de câte ori este nevoie.

### Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...

- asigurarea igienei (lenjeria de pat) și schimbarea ori de câte ori este nevoie.
- asigurarea poziției de decubit dorsal.
- asigurarea de lichide reci administrate cu lingurița sau cuburi de gheață.
- aplicarea unei pungi de gheață pe regiunea epigastrică.

#### **Delegate:**

- recoltarea produselor biologice pentru examenul de laborator: hemoleucogramă, testele de coagulare.
- adm. tratamentului perfuzabil: Glucoză 5% 500 ml.
- adm. de sânge izogrup și izoRh pentru cazul I și II și de plasmă în toate cazurile.
- adm. de hemostatice: Adrenostazin, Fitomenadion, Vitamina K – în toate cazurile.
- introducerea sondei cu balonaș compresiv tip Sengstaken- Blackmore în cazul II.

Toate cele patru cazuri au **diagnostice specifice:**

**1.DI. Alterarea deficitului de volum lichidian datorită hemoragiei manifestată prin hematemeza în cazurile II și IV și prin melenă în cazurile I și III.**

**O. Refacerea deficitului de volum lichidian**

#### **Proprii:**

- monitorizarea funcțiilor vitale și vegetative și notarea în foaia de observație: puls, T.A, respirații, temperatură, diureza, numărul de scaune, numărul de vărsături, a sângelui eliminat

și modul cum s-a produs hemoragia (rapid, brutal, repetat, moderat).

- asigurarea condițiilor de salon: aerisirea salonului, izolare cu un paravan, temperatura salonului adecvată.
- observarea faciesului, culoarea tegumentelor (anxios, icteric, edeme gambiere)
- asigurarea unei poziții de decubit dorsal fără pernă sau în poziție Trendelenburg.
- asigurarea de lichide reci administrate cu lingurița și bucatele de gheață în prima zi;
- aplicarea unei pungi de gheață în regiunea epigastrică.

**Delegate:**

- recoltarea produselor biologice pentru examenele de laborator: hemoleucogramă, ionogramă, testele de coagulare, azotemia.
- adm. de sânge izogrup, izoRh în cazul I și II, și de plasmă în toate cazurile.
- adm. de hemostatice: vit. K, adrenostazin, etamsilat, venostat, vit. C, gluconat de Ca.
- adm. de soluții perfuzabile: ser glucozat 5 % 500 ml în toate cazurile.
- introducerea sondei cu balonaș compresiv tip Sengstaken-Blackmore în cazul II.
- efectuarea clisei pentru evacuarea sângelui din intestin în cazul I și III.

*Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...*

**2.DI. Alterarea circulației portale datorită stazei sanguine în vena portă manifestată prin ascită (în cazurile I, II, III)**

**O. Refacerea circulației portale și reducerea ascitei Proprii:**

- monitorizarea funcțiilor vitale și vegetative: puls, T.A, respirației, temperatură, scaunul, diureza, vărsăturile.
- monitorizarea balanței ingesta-excreta.
- măsurarea diurezei pe 24 ore.
- asigurarea unei poziții comode.
- asigurarea condițiilor de salon (aerisire, liniște, lenjerie curată de pat și corp).
- hidratarea corectă (perfuzie i.v. cu soluție Ser Glucozat 5% 2X1, la indicația medicului).

**Delegate:**

- recoltarea analizelor de laborator: uree, creatinină, ionograma sanguină și urinară, transaminaze.
- administrarea medicației I.V. și a medicației perfuzabile prescrise.
- administrarea de diuretice în toate cazurile
- efectuarea puncției peritoneale în caz I și II

**3.DI. Alterarea activității cardiace cu scăderea ei datorită oxigenării deficitare a miocardului (în cazurile I, II, IV)**

**O. Creșterea adaptabilității la activitate cardiacă redusă**

**Proprii:**

- monitorizarea TA, a pulsului, a respirației.

- educarea pacientului asupra regimului indicat.
- educarea pacientului să evite fumatul și să nu stea în fum de țigară sau alți iritanți ai respirației.
- evitarea efortului.
- menținerea salonului aerisit și curat.
- poziție care să favorizeze respirația și circulația.

**Delegate:**

- administrarea medicației (Preductal 35 mg tb. 2X1; Spironolactonă 100mg/12 ore).

**4.DI. Alterarea integrității cutanate datorită leziunii de grataj prin fisuri cu eliminarea lichidului de edem (în cazurile I și II) și prin steluțe vasculare (în cazurile I, II și III)**

**O. Refacerea integrității cutanate**

**Proprii:**

- observarea tegumentelor și evaluarea eventualelor leziuni.
- educarea pacientului să evite pe cât posibil gratajul.
- menținerea toaletei personale (inclusiv tăierea scurtă a unghiilor).
- asigurarea unei temperaturi constante în salon (24°C).
- liniștirea pacientului și educarea acestuia către activități diverse care să-i distragă atenția asupra pruritului (citit).
- asigurarea unei poziții comode și evitarea apariției escarelor.

**Delegate:**

- administrarea medicației prescrise pentru prurit (soluție mentolată).

### Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...

- recoltarea analizelor de laborator: Bilirubina totală, directă, indirectă, timpul de protrombină, transaminazele).
- administrarea tratamentului indicat pentru scăderea bilirubinei

## **5. DI. Alterarea eliminărilor urinare datorită sindromului hepato-renal (caz I, II și III)**

### **O. Obținerea unor eliminări renale adecvate**

#### **Proprii:**

- evaluarea calitativă și cantitativă a eliminărilor urinare (aspect, culoare, miros, urina hipercromă, cantitate <500 ml).
- evaluarea raportului ingesta-excreta (Lichide eliminate: <500 ml; ingerate 1000 ml) cu hidratare adecvată.
- evaluarea integrității tegumentare cu păstrarea riguroasă a igienei.
- schimbarea lenjeriei de pat și de corp de câte ori e necesar.
- monitorizarea funcțiilor vitale și vegetative: puls, TA, respirația, temperatura, diureza.
- determinarea manifestărilor asociate oliguriei.
- asigurarea condițiilor de intimitate.

#### **Delegate:**

- administrarea medicației prescrise (diuretice cu urmărirea efectelor acestora).
- recoltarea de probe biologice pentru laborator (uree, creatinină, acid uric, ionograma sanguină și urinară, proteinurie).

## **6.DI. Alterarea perfuziei tisulare periferice datorită circulației inadecvate (în cazurile I, II și III)**

### **O. Refacerea perfuziei tisulare**

#### **Proprii:**

- evaluarea TA, pulsului, respirației.
- observarea culorii și aspectului tegumentelor (stelute vasculare).
- observarea modificărilor în starea de sănătate a pacientului ce apare la efort.
- educarea pacientului să evite activități care accentuează reducerea perfuzării: fumat, stres, expunere la frig sau temperaturi inadecvate.
- efectuarea de mișcări pasive și active pe cât posibil.
- așezarea pacientului în poziții adecvate care să favorizeze circulația.
- monitorizarea raportului ingesta–excreta (500 ml eliminate; 1000 ml ingerate) și menținerea unui echilibru hidro-electrolitic adecvat.
- educarea pacientului privind necesitatea de a se odihni.

#### **Delegate:**

- administrarea medicației (soluție Ser Glucozat 5% 500 ml)



## CAPITOLUL III

### CONCLUZII

Cea mai cunoscută formă de manifestare clinică a cirozei hepatice este hemoragia digestivă superioară.

HDS se poate exprima ca hemoragie manifestă cu variate grade de severitate sau sângerări digestive oculte.

HDS clinic manifestă, este reprezentată de hematemeză și melenă.

Îngrijirea bolnavilor cu HDS reprezintă o muncă de mare răspundere care presupune cunoștințe aprofundate despre boala în sine și calitățile morale deosebite din partea cadrului medical.

Asistența medicală trebuie să administreze tratamentul prescris de medic, dar trebuie să influențeze și starea psihică a bolnavului, să ajute individul să aibă o bună igienă individuală, să-i creeze o stare de confort, să creeze un climat adecvat în salon, să-i explice necesitatea efectuării investigațiilor (endoscopie digestivă superioară), să educe pacientul asupra importanței alimentației.

Asistența medicală are un rol foarte important în educația sanitară a individului, care presupune explicarea măsurilor de profilaxie primară și cele de profilaxie secundară.

## **BIBLIOGRAFIE**

1. Borundel C – “Manual de medicină internă pentru cadre medii”; Ediția a III-a; Ed. All Medical, București 2002 (pg 76-81; 130-134).
2. Gherasim L.- “Bolile aparatului digestive” vol III; Ed. Medicală București 2001 (pg. 115-130, 137-200, 831 – 841, 848-868, 887-899,1013-1036)
3. Ifrim M.- Atlas de anatomie umană “Organele Interne” vol II; Ed. Științifică și Enciclopedică București 1984 (pg 86-104)
4. Leășu T., Nedelcu L.- “Semiologia aparatului digestiv”; Ed. Medicală Brașov 2008 (pg 165-198)
5. Mozes C.- “Tehnica îngrijirii bolnavului” vol I; Ed. Medicală București 1978 (pg 15-20; 279-344)
6. Stanciu C, Prelipceanu C, Mihai C, Trifan A, Cojocaru C- “ Esențialul în hipertensiunea portală”; Ed. Medicală București 2000 (pg 11 -84)
7. Șuteanu Ș, Proca E, Stamatoiu I, Dimitrescu S – „Practica Medicinii Interne în Ambulatoriu”; Ed. Medicală București 1978 (128- 146)
8. Rogozea L, Oglindă T- „Îngrijirea pacienților” vol I; Ed. Romprint Brașov 2004 (pg 106- 107).
9. Rogozea L, Oglindă T- „Tehnici și Manopere”; Ed. Romprint Brașov 2005 (pg 48-52; 56-58).

## **RUGĂ PENTRU PĂRINȚI**

(Adrian Paunescu)

Enigmatici și cumiți,  
Terminându-și rostul lor,  
Lângă noi se sting și mor,  
Dragii noștri, dragi părinți.

Chiamă-i Doamne înapoi  
Că și-așa au dus-o prost,  
Și fă-i tineri cum au fost,  
Fă-i mai tineri decât noi.

Pentru cei ce ne-au făcut  
Dă un ordin, dă ceva  
Să-i mai poți întârzia  
Să o ia de la început.

Au plătit cu viața lor  
Ale fiilor erori,  
Doamne fă-i nemuritori  
Pe părinții care mor.

Ia priviți-i cum se duc,  
Ia priviți-i cum se sting,  
Lumânări în cuib de cuc,  
Parcă tac, și parcă ning.

Plini de boli și suferind  
Ne întoarcem în pământ,  
Cât mai suntem, cât mai sunt,

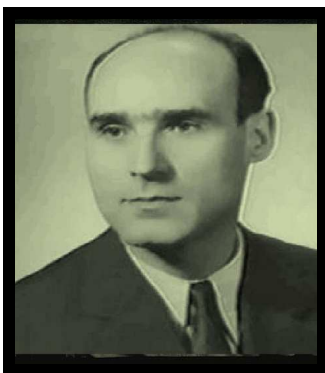
Mângâiați-i pe părinți.

E pământul tot mai greu,  
Despărțirea-i tot mai grea,  
Sărut-mâna, tatăl meu,  
Sărut-mâna, mama mea.

Dar de ce priviți așa,  
Fata mea și fiul meu,  
Eu sunt cel ce va urma  
Dragii mei mă duc și eu.

Sărut-mâna, tatăl meu,  
Sărut-mâna, mama mea.  
Rămas bun, băiatul meu,  
Rămas bun, fetița mea,

Tatăl meu, băiatul meu,  
Mama mea, fetița mea.



*Mama si tatăl autorului Eugenia si Toma Leoveanu)*

*Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...*



*Bunicii paterni ai autorului Andrei și Stanca Leoveanu*



*Bunicii materni ai autorului, Înv. Ion și Maria Panțu*

## **CĂRȚI DE ACELEAȘI AUTOR**

1."Managementul programelor de promovare a unui stil de viață sănătoasă la adolescenții din județul Brașov", Editura AMANDA EDIT, București 2014

2."Uzul și abuzul de alcool. Unele particularități psihosociale și psihiatrice", Editura AMANDA EDIT, București 2014

3."Asistenta medicală în îngrijirea pacienților cu ocluzie intestinală", Editura AMANDA EDIT, București 2014

4."Moartea subită cardiacă în medicina legală", Editura AMANDA EDIT, București 2014

## CUPRINS

*Draga, scumpa mea matusică și nașă / 4*  
*CAPITOLUL I / 10*  
*PARTEA GENERALĂ / 10*  
*1. IMPORTANȚA EFECTUĂRII STUDIULUI / 10*  
*2. PARTICULARITĂȚI ALE AFECȚIUNII / 11*  
*2.1. EPIDEMIOLOGIE ȘI FRECVENȚĂ / 11*  
*2.2. DEFINIȚIE / 12*  
*2.3. PARTICULARITĂȚI ANATOMO- FUNCȚIONALE / 13*  
*Greutate și dimensiuni / 13*  
*Culoare / 14*  
*Consistența. Elasticitate. Plasticitate / 14*  
*Situație. Aspect. Mijloace de fixare / 14*  
*Structura ficatului / 15*  
*Vase și nervi / 16*  
*Limfaticele / 22*  
*Fiziologia ficatului / 23*  
*2.4. SURSE DE DIFICULTATE / 25*  
*2.5. MANIFESTĂRI DE DEPENDENȚĂ / 26*  
*2.6. INVESTIGAȚII / 28*  
*Metode de investigație. Sindromul insuficienței hepatice (encefalopatia hepatică) / 29*  
*Metode de investigație. Sindromul hepatitelor cronice / 30*  
*Explorări imunologice / 30*  
*Explorări virusologice / 30*  
*Explorări imagistice / 31*  
*Exploatări morfologice / 31*  
*Metode de investigație - Sindromul cirozelor hepatice / 31*  
*Explorări funcțional-biochimice / 32*  
*Explorări hematologice / 32*

*Explorări imagistice / 33*  
*Explorări morfologice / 33*  
*Metode de investiție - Sindromul icteric*  
*Explorări biologice / 34*  
*Explorări imagistice / 35*  
*Metode de investigație - Sindromul ascitic / 36*  
**3. DIAGNOSTIC MEDICAL / 37**  
*3.1. Examenul fizic / 37*  
*3.2. Explorări biologice / 37*  
*3.3. Examene imagistice / 39*  
*Examenul endoscopic / 39*  
*Ecografia / 40*  
*Tomodensitometria*  
*Rezonanța magnetică nucleară / 40*  
*Puncția bioptică hepatică / 40*  
*3.4. Diagnostic diferențial / 40*  
**4. ACTUALITĂȚI ÎN TRATAMENT / 41**  
*4.1. Medicația vasoactivă / 41*  
*4.2. Resuscitarea hemodinamică / 42*  
*4.3. Tratamentul endoscopic al HDS variceale / 43*  
*4.4. Sclerozarea varicelor esofagiene / 44*  
*4.5. Ligatura elastică a varicelor esofagiene / 45*  
*4.6. Rolul tamponadei cu balon Sengstaken-Blackemore / 45*  
*4.7. Tratamentul chirurgical al HDS variceale / 46*  
**5. EVOLUȚIE. COMPLICAȚII. PROGNOSTIC / 47**  
*5.1. Evoluție / 47*  
*5.2. Complicațiile cirozei hepatice / 48*  
*5.2.1. Hemoragiile digestive superioare / 48*  
*5.2.2. Encefalopatia hepatică / 50*  
*5.2.3. Hipertensiunea portală / 51*  
*5.2.4. Staza și hipertensiunea portală / 53*  
*5.2.5. Infecțiile / 54*



*Asistența medicală în îngrijirea pacienților cu hemoragie digestivă...*

*5.2.6. Insuficiența renală / 55*

*5.3. Prognostic / 55*

*CAPITOLUL II / 56*

*PARTEA SPECIALĂ / 56*

*1. Rolul asistentei medicale în îngrijirea pacienților cu: Hemoragie digestivă superioară prin ruperea varicelor esofagiene din ciroza hepatică / 56*

*1.1. Condiții de spitalizare / 56*

*1.2. Rolul asistentei medicale în promovarea sănătății / 59*

*Prevenția secundară / 60*

*1.3. Rolul asistentei medicale în efectuarea actelor medicale / 61*

*1.4. Rolul asistentei medicale în supravegherea funcțiilor vitale și vegetative și a comportamentului bolnavului cu ciroză hepatică / 62*

*Urmărirea comportamentului bolnavului / 62*

*Urmărirea funcțiilor vitale și vegetative ale bolnavului / 63*

*1.5. Recoltarea produselor biologice / 63*

*1.6. Rolul asistentei medicale în explorări / 64*

*1.6.2. Ecografia abdominală / 64*

*1.7. Rolul asistentei medicale în administrarea medicamentelor indicate de medic / 67*

*1.7.1. Administrarea medicamentelor pe cale bucală / 67*

*1.7.2. Administrarea medicamentelor pe cale parenterală / 67*

*2. STUDIU STATISTIC / 70*

*Tabele / 71*

*CONCLUZII DE STUDIU / 81*

*EVALUARE / 82*

*1. DI. Alterarea circulației portale datorită stazei sanguine în vena portă manifestată prin edeme ale membrelor inferioare / 85*

*2. DI. Fatigabilitate datorită alterării calității și cantității somnului (în toate cazurile) / 86*

- 3.DI. Deficit de autoîngrijire datorită hemoragiilor repetate și dispneei / 87
- 4.DI. Anxietate datorită stării generale alterate și a fricții de moarte / 87
- 5.DI. Alterarea imaginii corporale datorită modificărilor culorii tegumentare / 88
- 6.DI. Risc de șoc hemoragic manifestat prin hemoragie datorită rupturii varicelor esofagiene / 88
- 1.DI. Alterarea deficitului de volum lichidian datorită hemoragiei manifestată prin hematemeza în cazurile II și IV și prin melenă în cazurile I și III / 89
- 2.DI. Alterarea circulației portale datorită stazei sanguine în vena portă manifestată prin ascită (în cazurile I, II, III) / 91
- 3.DI. Alterarea activității cardiace cu scăderea ei datorită oxigenării deficitare a miocardului (în cazurile I, II, IV) / 91
- 4.DI. Alterarea integrității cutanate datorită leziunii de grataj prin fisuri cu eliminarea lichidului de edem (în cazurile I și II) și prin steluțe vasculare (în cazurile I, II și III) / 92
5. DI. Alterarea eliminărilor urinare datorită sindromului hepato-renal (caz I, II și III) / 93
- 6.DI. Alterarea perfuziei tisulare periferice datorită circulației inadecvate (în cazurile I, II și III) / 94
- CAPITOLUL III / 95
- CONCLUZII / 95
- BIBLIOGRAFIE / 96
- RUGĂ PENTRU PĂRINȚI / 97
- CĂRȚI DE ACELEAȘI AUTOR / 100