

Capitolul 19

A. MONTAREA SONDELOR DE COMPRESIUNE ESOFAGIANĂ

Definiție. Sondele de compresie sunt utilizate pentru oprirea hemoragiei digestive superioare apărute ca urmare a ruperii varicelor esofagiene la pacienți cu hipertensiune portală).

Tipuri de sonde de compresie esofagiană

- 1. Sonda Sengstaken.** Prezintă 3 canale, fiecare fiind marcat corespunzător. Balonașul gastric devine sferic prin umflare și servește în special pentru fixarea sondei în stomac. Balonașul esofagian devine cilindric la umflare și acționează prin compresie intraesofagiană directă. Sonda pentru adulți are 100 cm lungime, iar cea pentru copii 65 cm.
- 2. Sonda Sengstaken-Blakemore.** Seamănă cu sonda Sengstaken, dar spre deosebire de aceasta balonașele gastric și esofagian sunt în continuitate. Prezintă avantajul de a realiza tamponadă și în regiunea cardiei.
- 3. Sonda Linton-Nachlas.** Dacă sursa hemoragiei este gastrică, varicele vor fi comprimate cu o sondă cu 3 lumene, numită Linton-Nachlas. Pentru poziționarea și umflarea balonului gastric sunt necesari între 250 ml și 750 ml aer. Pentru o hemostază eficientă se va aplica sondei o tracțiune cu o greutate de aproximativ 500 g. Lungimea sondei este de 100 cm.

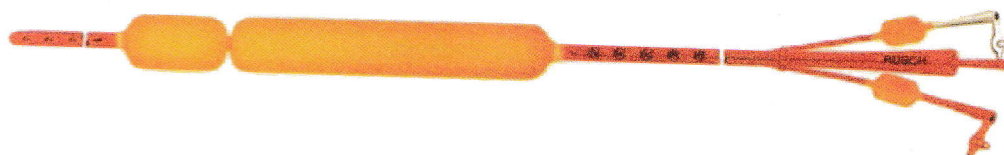


Fig. 19.1. Sonda Sengstaken-Blakemore

Materiale necesare

- | | |
|---|---|
| 1. Sondă, | 7. clește Mogill, |
| 2. Mănuși sterile, | 8. spray pentru anestezia mucoasei, dacă e cazul, |
| 3. Seringi de 50-100ml, | 9. lubrefiant (glicerină, ulei de parafină, etc.) |
| 4. patru pense, protejate cu tuburi de cauciuc, | 10. tăvițe renale, |
| 5. manometru (nu este absolut necesar), | 11. recipiente de colectare a secrețiilor, |
| 6. laringoscop, | 12. leucoplast |

Tehnica

Pregătirea pacientului

- informarea pacientului,
- ridicarea părții superioare a corpului,
- dacă în cavitatea bucală există sânge, trebuie aspirat pentru asigurarea unei vizibilități corespunzătoare,
- se administrează întotdeauna un sedativ intravenos pacientului,
- folosirea unui spray anestezic la pacienții cu senzație de vomă accentuată, poate ajuta la îndepărtarea senzației și permite accelerarea intervenției.

Introducerea propriu-zisă a sondei

1. verificarea etanșeității balonașelor;
2. dacă este necesar se efectuează anestezia ajutorul spray-ului anestezic;
3. lubrifierea sondei împiedică aderarea sondei la varicele tamponate, precum și antrenarea crustelor cicatriceale la extragerea sondei;
4. este necesară cooperarea pacientului: în timp ce medicul introduce sonda, pacientul este rugat să respire adânc și este urmărită respirația și colorația tegumentelor;
5. medicul introduce sonda până la gradația de 50 cm.,
6. dacă există hemoragie activă din varice fundice, sunt necesari 200 ml aer (presiunea în balon atingând 40-60 mmHg), după care se închide calea de acces. Dacă nu există hemoragie din varicele fundice, se umflă balonul cu 80-100 ml aer, presiunea nedeșășind astfel 45 mmHg.
7. Se poziționează sonda, medicul trăgând de ea înapoi până când balonașul gastric ajunge la cardie. Ca semn al poziționării corecte se obține la tracțiunea ușoară a sondei o rezistență elastică, sincronă cu respirația.
8. Se fixează sonda cu leucoplast sau prin tracțiune cu o greutate de aproximativ 500 g în cazul existenței concomitente a unor varice hemoragice fundice;
9. orificiul narinar se capitonează cu vată, în vederea evitării ulcerărilor de decubit produse de sondă.

Supravegherea și îngrijirea pacientului cu sondă de compresiune esofagiană

- a. Prin sonda gastrică la anumite intervale de timp se aspiră sânge sau secreții, se efectueze spălături cu lichide alcaline reci, sau chiar se administrează medicamente.
- b. Se verifică în primele 2 ore la intervale scurte de timp valoarea presiunii în balonașul esofagian, care trebuie să rămână constantă.

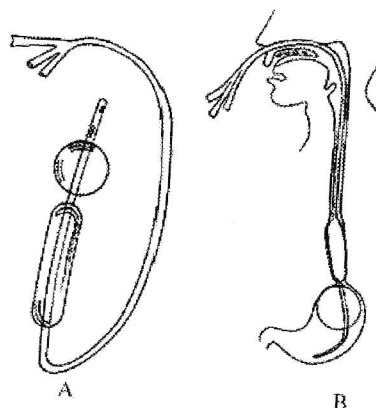


Fig. 19.2. Sonda Sengstaken-Blakemore montată

- c. Datorită riscului de ulcerare a mucoasei esofagiene ca urmare a presiunii exercitate de balonaș, la fiecare 6 ore se scade presiunea prin evacuarea unei părți din aerul introdus, iar dacă după mai multe spălături de control efectuate cu balonașul esofagian parțial dezumflat se constată că hemoragia s-a oprit, se trece la reducerea treptată a presiunii din balonașul esofagian, până la suprimarea acestuia. Aceste manevre trebuie efectuate cel târziu după 24 ore, pentru a evita apariția ischemiei și necrozei esofagului.
- d. Boala de bază fiind frecvent ciroza hepatică cu hipertensiune portal și posibila asociere cu șocul, trebuie urmărite:
 1. Semnele vitale,
 2. Bilanțul hidric (inclusiv fluidele aspirate pe sonda gastrică sau intestinală),
 3. Măsurarea presiunii venoase central,
 4. Starea de conștiență (datorită riscului de comă și sedării),
 5. Inspecția periodică (icter al tegumentelor și sclerelor, cianoză),
 6. Monitorizarea scaunului (diaree sau melenă),
 7. Aspectul urinei,
- e. Datorită imunodepresiei, hipoproteinemiei și imobilizării, este importantă profilaxia anumitor afecțiuni, cum ar fi: pneumonie, candidoză bucală, parotidită, cistită, leziuni de decubit, tromboze, contractură.
- f. Combaterea șocului, hemoragiei, infecțiilor, intoxicației cu amoniac, urmări ale tulburărilor metabolice pe care o sângerare masivă le poate produce.
- g. Pentru a evita apariția ulcerărilor nazale de compresiune, se schimbă zilnic capitonajul cu vată, iar permeabilitatea cavității nazale trebuie asigurată permanent.
- h. Sonda montată irită mucoasa orofaringiană, cu apariția unei hipersialorei. Sedarea cu

anumite medicamente favorizează staza secrețiilor în arborele bronșic. Pacientul nu poate înghiți saliva și secrețiile datorită prezenței balonașelor. Există un mare risc de aspirație, mai ales că pacientul trebuie sedat pentru a putea suporta sonda. Este deci necesară aspirarea secrețiilor la un interval de aproximativ 30 de minute.

Îndepărtarea sondei de compresie esofagiană

Sonda nu trebuie menținută mai mult de 3 zile. Pentru manevra de extragere a sondei, personalul medical trebuie să poarte mănuși. Asistentă pensează sonda și medicul o scoate rapid în timpul unei expirații a pacientului. Ulterior se aspiră secrețiile rinofaringiene și se face toaleta cavității bucale. Sondele de compresie din silicon sunt de unică folosință, dar cele din cauciuc se dezinfectează, se spală și se sterilizează corespunzător în vederea refolosirii.

Incidente și accidente

1. pneumonie de aspirație, deoarece pacientul nu poate înghiți saliva;
2. leziuni de ischemie și necroză la nivelul esofagului;
3. obstrucție laringiană la pacienții neintubați, prin modificarea poziției balonașului esofagian;
4. la scoaterea sondei există pericolul recidivei hemoragiei, acest risc scade însă la folosirea unor sonde de silicon, datorită proprietăților antiadezive față de țesuturi ale acestora.

B. SPĂLĂTURA GASTRICĂ

Definiție. Prin spălătură gastric se înțelege introducerea pe cale naturală în stomac a unui tub de cauciuc (Faucher), până la 40-50 cm, având ca scop evacuarea conținutului gastric.

Indicații și contraindicații

a. Indicații

1. stenoză pilorică ulceroasă sau neoplazică ce necesită golire a stomacului în vederea investigațiilor ulterioare (tranzit baritat, endoscopie);
2. intoxicații acute voluntare sau accidentale (în primele 2-4 ore);
3. în stenoze pilorice cu staze gastrice prelungite însoțite sau nu de dilatație gastrică și procese
4. fermentative;
5. în pregătirea preoperatorie în intervenții pe stomac sau în cazul unei anestezii
6. generale la un pacient cu conținut gastric abundent;
7. în perioada postoperatorie, pentru prevenirea ileusului dinamic și vărsăturilor.

- g. se introduce sonda cu capătul proximal rotunjit orientat spre partea posterioară a faringelui și sprijinit pe baza limbii, apoi instruiim pacientul să înghită, sincronizând mișcările de deglutiție cu cele de respirație. Prin mișcări blânde se introduce sonda până la diviziunea 45-50 cm. Dacă apare reflexul de vomă, pacientul este invitat să respire profund intermitent. Se extrage sonda dacă pacientul este agitat, congestionat sau cianotic, manevrele reluându-se după o scurtă pauză;
- h. când sonda a ajuns la arcada dentară, cu marcajul efectuat se verifică poziția ei prin aspirare cu o seringă sterilă.

3. Spălătura propriu-zisă:

- a. se aspiră conținutul gastric cu o seringă;
- b. se atașează pâlnia la capătul extern al sondei, se umple cu soluție de spălătură, apoi se ridică deasupra nivelului capului pacientului. Când se termină lichidul din recipient, se coboară mai jos de nivelul epigastrului, golind conținutul gastric în recipientul de colectare. Dacă se folosește o sondă cu calibrul mic se introduce soluția cu seringă;
- c. se repetă manevra până lichidul rezultat este curat;
- d. se pensează capătul extern cu o pensă hemostatică;
- e. se extrage sonda cu blândețe, dar rapid;
- f. se poate păstra lichidul rezultat pentru analize diverse.

Incidente și accidente

- 1. Pătrunderea sondei în laringe, urmată de chinte de tuse, cianoză, șuierat caracteristic pe sondă;
- 2. Înfundarea sondei cu resturi alimentare, când este necesară insuflarea de aer cu seringă Guyon;
- 3. Lezare a mucoasei nazale, cu posibilă declanșare de sângerări (epistaxis prin lezare a petei vasculare Kesselbach);
- 4. Imposibilitatea introducerii sondei în esofag, prin dispoziția anatomică particulară a orofaringelui sau tulburărilor de deglutiție ale pacientului;
- 5. Comprimarea sau tăierea sondei prin mușcare;
- 6. Bronhopneumonia de aspirație (Sindrom Mendelson), deseori cu consecințe grave. Apare mai ales la retragerea sondei, dacă aceasta nu a fost comprimată digital și nu a fost menținută constant cât mai jos.

C. ASPIRAȚIA GASTRICĂ

Definiție. Introducerea în stomac pe cale nazo-gastrică sau oro-gastrică a unei sonde din cauciuc sau plastic siliconat, cu diametru variabil.

Obiective

- a. decompresia gastrică în ileusul dinamic postoperator, evitând astfel vărsăturile și pneumonia de aspirație (sindrom Mendelson);
- b. protejarea anastomozelor digestive în perioada postoperatorie la bolnavii cu intervenții pe tubul digestiv;
- c. aprecierea calitativă și cantitativă a hemoragiilor digestive înalte, cu îndepărtarea secrețiilor acide și sângelui din stomac;
- d. evacuarea lichidului de stază gastrică, în ocluziile digestive funcționale sau mecanice, cu diminuarea distensiei abdominale;
- e. efectuarea de gesturi terapeutice: administrarea de lichide reci, alcaline (ser simplu sau bicarbonat) sau de soluții hemostatice (adrenostazin);
- f. punere în repaus a pancreasului în pancreatita acută;
- g. realizare a spălăturii gastrice în intoxicații;
- h. alimentarea temporară a bolnavului în caz de stenoze sau fistule esogastrice.

Materiale necesare

1. Sondă de aspirație nazogastrică tip Faucher (lungime variind între 100-150 cm, grosime variabilă).
2. Seringă de 50 ml (Guyon).
3. Lubrefiant (glicerină sau ulei de parafină) pentru lubrifierea sondei
4. Mănuși chirurgicale, recipient de colectare, tub intermediar de conectare.

Tehnică

1. Poziția optimă este decubit dorsal cu capul flectat la 30 grade (semi-Fowler), care asigură un bun câmp vizual pacientului, împiedicând totodată refluxul și aspirarea mucoasei;
2. Aprecierea distanței dintre arcada dentară și cardiacă, prin însumare a distanței gură-tragus cu distanța tragus-fornix.
3. În general se preferă alegerea fosei nazale cu flux ventilator mai mic dar și ținând seama de eventuala prezență a unei deviații de sept, a patologiei inflamatorii, traumatice sau tumorale nazofaringiene.
4. Introducerea sondei lubrefiate prin narina aleasă până în rinofaringe, prin mișcări blânde de progresie și răsucire.
5. Se indică pacientului să indice momentul când sonda a depășit coanele nazale (sonda este percepută de pacient când ajunge în rinofaringe).

6. Se continuă introducerea cu blândețe a sondei, în timp ce pacientul este instruit să înghită (se poate ajuta deglutiția prin injectare de apă, cu seringă, în gura pacientului); în caz de eșec al introducerii sondei în esofag aceasta poate fi vizualizată în gură, sau apar simptome de sufocare, dacă sonda ajunge în trahee;
7. Depășirea cardiei se produce la aproximativ 45 cm de arcada dentară, moment în care pe sondă își face apariție lichidul de stază gastric;
8. Efectuare de spălare-aspirare pe sondă;
9. Adaptare a sondei la vasul de colectare (eventual cu folosirea unui tub intermediar).

Incidente și accidente

1. lipsă de cooperare din partea pacientului;
2. lezare a mucoasei nazale, cu posibilă declanșare de sângerări (epistaxis prin lezare a petei vasculare Kesselbach);
3. imposibilitate de introducerea sondei în esofag, prin dispoziție anatomică particulară a orofaringelui sau tulburări de deglutiție ale pacientului (sonda se adună „ghem” în gură);
4. introducerea accidentală a sondei în trahee, cu declanșare a reflexului de tuse, asfixie.

D. SPĂLĂTURA VAGINALĂ

Definiție. Spălătura vaginală reprezintă introducerea unui curent de lichid (apă sau soluții medicamentoase) în vagin, având ca scop curățirea mecanică de secreții normale sau patologice și care după ce spală pereții vaginali, se evacuează pe lângă canulă. După temperatura lor spălăturile vaginale se împart în:

A - spălături reci (până la 20°C);

B - spălături călduțe (35-37°C);

C - spălături calde (45-50°C);

Indicații

1. îndepărtarea conținutului vaginal (produse normale sau patologice);
2. dezlipirea exudatelor patologice de pe mucoasă;
3. dezinfectia locală înaintea intervențiilor chirurgicale;
4. calmarea durerilor;
5. reducerea proceselor inflamatorii;
6. este contraindicată efectuarea spălăturii vaginale în afecțiunile anexiale acute.

Materiale necesare

1. irigator cu tub de cauciuc lung de 1,5-2 m, la care se adaptează canula vaginală metalică sau de ebonită, încurbată în unghi obtuz, lungă de 15-20 cm, ușor dilatată la vârf și prevăzută cu orificii laterale;