

Semiologia medicală

1.1. Noțiuni introductive

Semiologia medicală este disciplina medicală care se ocupă cu studiul *simptomelor* și *semnelor clinice* culese la patul bolnavului, așa cum reiese și din etimologia sa grecească (*semeion* adică semn; *logos* adică știință; *clnicos* adică clinică sau loc cu paturi).

Semiologia medicală reprezintă piatra fundamentală a diagnosticului, care poate fi pus pe baza datelor anamnestice care orientează, a datelor clinice care fundamentează și a datelor de laborator, care confirmă diagnosticul. De asemenea, semiologia reprezintă punctul de plecare în instruirea medicală a fiecărui medic, fiind obligatorie și indispensabilă în formarea clinicianului de orice specialitate.

Semiologia medicală este disciplina clinică care se ocupă cu:

- Studiul **simptomelor și semnelor de boală**,
- Însușirea **metodelor examenului obiectiv**,
- Însușirea **tehnicilor de investigare paraclinică**.

Simptomul este o tulburare percepută de bolnav, care de obicei îl aduce pe acesta la medic și care este recunoscută cu ocazia **anamnezei**. Simptomele sunt cele care vor fi consemnate drept **motive de internare**. Cel mai frecvent simptom este *durerea*, care este definită ca o reprezentare senzorială specifică dezagreabilă a unei excitații a sistemului de recepție senzitivă, care apare în urma acțiunii unor stimuli supraliminari specifici sau nespecfici. Alte simptome pot fi: *febra, cefaleea, astenia, amețeala, inapetanța, greața și palpitațiile*.

Cauzele simptomelor pot fi: **afecțiunile organice** (afecțiuni caracterizate prin leziuni morfopatologice caracteristice la nivelul viscerelor afectate), **afecțiunile funcționale** (afecțiuni în care lipsesc leziunile morfopatologice la nivelul viscerelor responsabile de apariția simptomului respectiv) și administrarea diferitelor **medicamente** (cauze iatrogene).

Simptomele pot fi clasificate în **simptome specifice** patologiei unui aparat sau sistem și **generale** (*nespecifice*). **Simptomele specifice** (locale) reprezintă acuzele subiective, specifice afectării diferitelor aparate și sisteme (de ex: dispneea, tusea, durerea toracică).

Aceste simptome trebuie menționate **concis**, grupate pe **categorii de aparate afectate** (de ex. manifestări respiratorii, cardiace, digestive sau renale) și **ierarhizate** după criteriul dominanței și a ipoteticii lor valori semnificative în relație cu diagnosticul. Întotdeauna trebuie menționat **simptomul sau semnul dominant** dintr-un grup de simptome, deoarece acesta este în măsură să creioneze planul de explorare în gândirea clinică. Deci, simptomele specifice ne orientează gândirea spre aparatul sau sistemul aflat în suferință, iar ierarhizarea lor valorică, în raport cu semnificația diagnostică a acestora ne permite stabilirea planului de explorare.

În final, în cadrul istoricului bolii, aceste simptome, vor fi **analizate și nuanțate** sub raportul: modului de instalare, localizării și extinderii (iradierii), calității, intensității sau gravității, duratei, factorilor declanșatori sau amelioratori și manifestărilor de însoțire. *De exemplu*, durerea toracică raportată de un pacient cu infarct miocardic acut poate fi descrisă ca o „durere apărută brusc, situată retrosternal, iradiată de-a lungul membrului superior stâng, cu un caracter de gheară sau menghină, intensă, declanșată de un efort fizic mare, neinfluențată de administrarea sublinguală a nitroglicerinei, însoțită de transpirații, greață și vărsături.”

Simptomele generale sunt acele simptome care se referă la temperatura corpului, starea de hidratare, starea de nutriție, pofta de mâncare, tulburările de somn și echilibru.

Aceste simptome sunt **nespecifice**, ele putând apărea în toate tipurile de afecțiuni (respiratorii, cardiovasculare, digestive, renale sau neurologice), motiv pentru care, fiecare pacient va fi întrebat despre existența sau absența acestor simptome la sfârșitul anamnezei, indiferent de aparatul sau sistemul afectat. De regulă, aceste simptome, orientează spre **etiologia afecțiunii date** (infecțioasă, alergică, neoplazică sau colagenotică). De asemenea, simptomele generale pot indica **gravitatea unor boli**, ca de exemplu în limfomul malign (boala Hodgkin). În această hemopatie malignă se descriu două stadii ale bolii, în funcție de prezența sau absența simptomelor generale (febră, transpirații nocturne, inapetență, prurit, scădere

ponderală). Pacienții fără aceste simptome prezintă **stadiul A** de boală, în timp ce pacienții cu astfel de simptome, dezvoltă **stadiul B** de boală.

Semnul este o modificare clinică evidentă examinatorului, cu ocazia *examenului obiectiv*. Uneori acesta poate fi observat și de către bolnav, dar în același timp este constatat și de medic. În această situație, semnele pot fi consemnate drept *motive de internare*, dacă ele nu sunt însoțite și de alte simptome.

Și-n cazul semnelor clinice, vom deosebi **semnele locale** (raluri, cardiomegalie, hepatomegalie, etc) de cele **generale** (cianoză, paloare, icter, edem).

Caracterizarea semnelor clinice presupune menționarea: localizării și extinderii, calității, intensității și gradului de severitate, momentului de apariție, factorilor agravanți sau amelioratori și a simptomelor și /sau semnelor de însoțire.

Întrebările curent folosite de medic pentru descrierea și nuanțarea acestor semne, pot fi exemplificate în cazul unui pacient cu **edeme gambiere**, situație în care în funcție de paramentru clinic urmărit vom adresa următoarele întrebări:

- Pentru **localizare și extindere**:
 - Unde ați observat pentru prima dată umflătura (edemul)?
 - Aceasta afectează ambele gambe (este simetrică) ?
 - Gambele au fost afectate în mod egal?
 - Cât de mult (până unde) s-a extins umflătura?
- **Calitatea**
 - Cum simțiți umflătura?
 - Umflătura a fost moale sau indurată?
 - Ce alte simptome au însoțit umflătura?
 - Umflăturile au fost dureroase?
- **Severitatea**
 - Umflătura a fost vizibilă de la început?
 - Cât de amplă și extinsă a fost umflătura?
 - Lasă urme lenjeria (ciorapii) ?
 - Cât de dificil este să te încalți?
- **Apariția temporală**
 - Când ai observat pentru prima dată umflătura?
 - Edemul s-a mai redus sau nu ?
 - Cât de mult s-a retras umflătura?
 - Ce a determinat reducerea edemului?
- **Factorii declanșatori sau amelioratori**
 - Când se accentuează sau se remit umflăturile?
 - Există diferențe în cursul aceleași zile?
 - Ce activități accentuează edemul?
 - Umflăturile diminuează când vă culcați?
 - Ce medicamente a-i folosit?
 - Care au fost efectele acestora?
- **Manifestările de însoțire (conexe)**
 - Ce altceva va deranjat, în afara umflăturilor?
 - Ați luat în greutate?
 - Aveți amorțeli sau crampe în picioare?
 - Aveți dificultăți în respirație?
 - Aveți palpitații sau durere precordială?
 - Urinați noaptea?
 - Ați observat modificări ale urinei?
 - Face spumă urina?

Coroborând datele de *anamneză*, cu cele obținute la *examenul obiectiv*, medicul poate formula un diagnostic clinic, care de cele multe ori este un diagnostic de **sindrom clinic**.

Sindromul clinic se definește ca un complex de simptome și semne clinice, care realizează un tablou clinic unic, valabil pentru diferite etiologii ale afecțiunii respective. De exemplu, **febra** definește ascensiunea termică care poate avea etiologie: infecțioasă, alergică, autoimună, neoplazică sau toxică.

Gruparea simptomelor și semnelor în sindroame clinice permite medicului să se orienteze spre acele **metode de explorare paraclinică** care ar putea avea valoare semnificativă (patognomonică), explorări capabile să faciliteze stabilirea diagnosticului de **boală**.

Boala este definită printr-o deviere de la *starea de sănătate* din cauza unor modificări ale mediului intern sau acțiunii unor agenți din mediul extern, cu consecințe nedorite asupra confortului personal și activității sociale. *Starea de sănătate* este definită de OMS ca „acea stare de complet **bine** fizic, mental și social și nu constă numai din absența bolii sau infirmității.” Boala poate fi acută și cronică.

Boala acută este definită ca „un episod, în mod obișnuit unic, de durată destul de scurtă, relativ grav, la sfârșitul căruia bolnavul își reia în totalitate activitatea normală”. **Boala cronică** reprezintă o suferință de lungă durată, care generează o incapacitate permanentă, totală sau parțială. Cu alte cuvinte, este o alterare organică sau funcțională a stării de sănătate, de lungă durată, care generează o invaliditate totală sau parțială, care obligă pacientul să-și modifice modul de viață.

Bolile pot fi **congenitale** și **dobândite**. Principalele procese patologice răspunzătoare de apariția afecțiunilor **dobândite** sunt: infecția, inflamația, neoplazia, afecțiunile vasculare, metabolice, toxice și traumatice.

Recunoașterea acestor boli se bazează pe o serie de elemente clinice cum ar fi: modul de debut, evoluția simptomelor și existența unor simptome specifice.

Proces patologic	Debutul	Evoluția simptomelor	Manifestări comune
Infecțios	acut (ore)	Ore sau zile	Febra, transpirațiile, tahicardia, polipneea, inapetența, cefaleea
Inflamator	Insidios (zile)	Zile sau luni	Subfebra, inapetența, scăderea ponderală
Vascular	Brusc	Ore	Durere violentă, tahicardie, hipotensiune arterială
Neoplazic	Insidios	Săptămâni sau luni	Astenie, inapetență, scădere ponderală rapidă și importantă
Metabolic	Variabil	Ore sau luni	
Toxic	Brusc	Ore sau zile	Greață, vărsături, diaree, oligurie
Traumatic	Brusc	Ore fără să se observe modificări importante față de manifestările de la debut	Durere, sângerare, hipotensiune sau stare de șoc

Un **diagnostic complet de boală** trebuie să cuprindă:

- diagnosticul anatomoclinic,
- diagnosticul etiologic,
- diagnosticul evolutiv (stadial),
- diagnosticul funcțional,
- diagnosticul complicațiilor și
- diagnosticul bolilor asociate.

1.2. Foaia de observație (FO)

Definiție

Foaia de observație este documentul medical care se întocmește pentru fiecare bolnav internat într-o secție cu paturi sau care rămâne în supraveghere medicală o perioadă de timp.

Funcții

1. FO este un **document medical** în care se menționează clar, simplu și precis toate elementele patologice culese de la pacient. Modul de completare al FO relevă calitatea actului medical, competența și seriozitatea medicului și implicit a clinicii respective. Pe de altă parte, medicul trebuie să știe să se apropie de bolnav, dând dovadă de blândețe, cordialitate și răbdare, pentru a putea obține toate informațiile care îi sunt utile pentru orientarea diagnosticului.
2. FO este un **document științific**, putând fi folosit în scop de cercetare, atât pe cazuri izolate, cât și pe mai multe cazuri similare și pe perioade lungi de timp. Rezultatele cercetării vor depinde de:
 - calitatea observațiilor medicale consemnate de fiecare dintre medici,
 - exactitatea și claritatea datelor,
 - argumentația diagnosticului.
3. FO poate fi un **document juridic**, care poate fi folosit:
 - în justiție, la solicitarea organelor de drept sau
 - pentru expertizarea capacității de muncă.

De aceea FO trebuie corect și atent completată, deoarece în cazul accidentelor sau agresiunilor, datele consemnate în FO pot fi folosite ca argumente valoroase în actul justiției.

Capitolele FO sunt identice, indiferent de specialitatea medicală și cuprind:

1. Datele personale
2. Datele calendaristice
3. Caseta pentru diagnostice
4. **Anameneza**
5. **Examenul obiectiv**
6. **Rezultatele investigațiilor clinice și paraclinice**
7. Schema de tratament și evoluția bolii (consemnate în foaia de temperatură)
8. Epicriza.

1.2.1. Datele personale.

Datele personale ale bolnavului sunt consemnate la **biroul de internări** pe baza actelor de identitate, medicul având obligația să verifice exactitatea lor.

Cazurile aduse în stare de inconștiență sau care nu-și pot dovedi identitatea sunt reținute pentru acordarea îngrijirilor de **urgență**, dar în același timp sunt anunțate organele de drept pentru identificarea lor. În cazul pacienților accidentați aduși în stare de inconștiență de către persoanele din afara anturajului lor, se va consemna identitatea acestora și condițiile în care a survenit accidentul.

Unele date civile (personale) sunt utile pentru orientarea diagnosticului:

- **Vârsta** este importantă, deoarece unele boli au o incidență mai mare în anumite perioade ale vieții sau evoluția lor este particulară în anumite decade. Astfel:
 - **reumatismul articular acut** apare **până la 25 ani**;
 - **artrozele, ateromatoza, adenomul de prostată și cancerele** sunt apanajul **vârstei a 3-a**;
 - **diabetul zaharat și HTA** au o evoluție mai severă la **tineri**, în timp ce **bolile infecțioase** sunt mai grave la **bătrâni**.

- **Sexul** are importanță în ceea ce privește determinismul și evoluția unor boli:
 - **Femeile** sunt mai predispuse la: poliartrită reumatoidă, lupus eritematos sistemic, boală varicoasă, stenoză mitrală, afecțiuni ale vezicii biliare;
 - **Bărbații** sunt predispuși la: boli arteriale, stenoza aortică, insuficiență aortică, boală ulceroasă.
- **Domiciliul actual**, precum și **locul nașterii**, au o semnificație majoră în determinismul bolilor:
 - **Nefropatia endemică balcanică** (NEB) este citată în zona Turnu Severin-Erghevița-Strehaia.
 - **Distrofia endemică tireopată** (DET) este mai frecventă în zona subcarpatică.
 - **Malaria** trebuie căutată ca și cauză de febră la persoanele reîntoarse din zonele tropicale.
 - **Talasemia** (anemie hemolitică corpusculară) este frecvent întâlnită la populația din zona mediteraneană.
- **Profesia** reprezintă un factor de risc pentru anumite boli:
 - **Minerii** sunt expuși la silicoză.
 - **Zootehniștii** sunt predispuși la zoonoze (chist hidatic, bruceloză).
 - **Frigotehniștii** sunt predispuși la afecțiuni reumatismale.
 - **Directorii** sau persoanele cu munci de răspundere sunt predispuși la HTA și boli cardiovasculare.
 - **Cadrelle medicale** din secțiile de chirurgie, hemodializă, laborator sau reanimare sunt mai expuse la contactarea virusurilor hepatitelor virale B, C, D sau G.

1.2.2. Datele calendaristice

Data internării va fi consemnată, inclusiv ora prezentării, pentru cazurile de urgență.

În aceeași casetă se regăsesc: **data externării**, precum și **perioada de concediu** recomandată la domiciliu.

În cazul transferului în altă secție cu paturi, data externării coincide cu data transferării, concomitent indicându-se și locul unde se va transfera bolnavul.

1.2.3. Caseta pentru diagnostice

Caseta pentru diagnostice cuprinde 5 rubrici:

- **Diagnosticul de trimitere** reprezintă diagnosticul clinic suspionat de medicul de familie sau medicul de altă specialitate, care trimite pacientul în ambulatoriul de specialitate.
- **Diagnosticul de internare** este reprezentat de diagnosticul clinic suspionat de medicul specialist în urma anamnezei și examenului obiectiv efectuate la primul contact cu bolnavul. Acest diagnostic poate fi un: simptom, semn, sindrom clinic sau diagnosticul final de boală, acesta urmând a fi confirmat sau infirmat de rezultatele investigațiilor paraclinice efectuate ulterior.
- **Diagnosticul la 72 ore** reprezintă diagnosticul clinic formulat de medicul curant în momentul în care acesta primește primele rezultate de la investigațiile clinico-paraclinice efectuate în spital.
- **Diagnosticul la externare** este reprezentat de diagnosticul complet de boală formulat de medic în momentul externării pacientului. Acest diagnostic este alcătuit din:
 - diagnosticul bolii principale,
 - diagnosticile complicațiilor bolii principale și
 - diagnosticile bolilor asociate.
- **Diagnosticul anatomopatologic** reprezintă diagnosticul care rezultă în urma necropsiei efectuate la pacienții care au decedat în spital.

- Necropsia este obligatorie la pacienții care:
 - au sucombat în primele 24 ore de la internare,
 - au fost declarați cazuri medico-legale (victimele accidentelor rutiere sau de muncă și victimele agresiunilor), precum și la cei care au decedat ulterior (după mai multe zile de spitalizare), dar la care diagnosticul este incomplet elucidat.

1.2.4. Anamneza (discuția cu bolnavul sau interogatoriul)

Anamneza reprezintă totalitatea informațiilor obținute de la bolnav sau însoțitorii acestuia în legătură cu boala actuală, în vederea stabilirii diagnosticului.

Anamneza este o conversație cu pacientul, care are obiective clare și care ne permite culegerea datelor despre zestrea genetică și biologică a pacientului, precum și detalii asupra fiecărui simptom și semn clinic.

Obiectivele anamnezei sunt:

- Culegerea **simptomelor** bolii actuale;
- Aprecierea **evoluției bolii** de la început până în momentul actual;
- Identificarea **factorilor de risc endogeni și exogeni**, care ar putea influența apariția și evoluția suferinței actuale. De aceea se impune cunoașterea principalilor factori de risc pentru diferitele boli.

Regulile unei bune comunicări

Pentru obținerea unei anamneze utile și exacte trebuie să existe o bună **comunicare între medic și pacient**, la baza căreia stau următoarele **3 reguli**:

- stabilirea unei relații bune și a unei atmosfere de înțelegere între medic și pacient;
- medicul să pună întrebări într-o secvență logică, ascultând cu atenție răspunsurile și orientând anamneza în direcția stabilită de el și
- medicul va fi atent nu numai răspunsurile date de pacient, ci și la comportamentul, mimica și gestica bolnavului.

1. Stabilirea unei relații bune și a unei atmosfere de înțelegere între medic și pacient necesită câteva calități din partea medicului:

- ✓ **interesul** acestuia de a afla cât mai multe despre boală și de-al ajuta pe pacient;
- ✓ **îngăduința** medicului, evitându-se comentariile moralizatoare (critice) prin care acesta să sancționeze o serie de aspecte ale conduitei de viață a pacientului;
- ✓ **căldura și simpatie**, încercându-se identificarea cu acesta în anumite clipe ale existenței, evitându-se însă alunecarea pe panta sentimentalismului, menținându-se o relație bazată pe simpatie, prietenie, politețe și flexibilitate;
- ✓ **abordarea pacientului** va fi realizată adecvat în funcție de gradul de inteligență sau de cultură a acestuia.

2. Medicul trebuie:

- ✓ să formuleze **întrebări cât mai simple și mai directe**, folosind cuvinte obișnuite, ușor de înțeles de către bolnav, pe un ton cordial, astfel încât să câștige încrederea bolnavului, care să-și spună istoricul cu propriile cuvinte, de la debutul primului simptom până în prezent;
- ✓ **să nu se repete întrebările**, chiar dacă răspunsul pacientului nu este satisfăcător. La nevoie, readucerea în discuție a unui aspect insuficient clarificat, se va face revenind cu o nouă formulare, care nu lasă impresia că medicul a fost neatent sau că se îndoiește de autenticitatea răspunsului dat de bolnav;
- ✓ să evite **întrebările sugestive** la care s-ar putea obține răspunsuri neconforme cu realitatea, din rândul acelor pe care pacientul le consideră a fi dorite de medic. La aceste întrebări este posibil ca pacientul să preia formularea din întrebare, mai degrabă decât să facă apel la memorie, iar cei histrionici sau hipocondriaci vor include sugestiile date de medic în propriul lor sistem de a percepe boala, furnizând date eronate la vizitele ulterioare sau altor practicieni pe care îi va contacta ulterior;

✓ să evita întrebările la care răspunsurile să fie de genul „da” sau „nu”, privând examinatorul de alte aspecte descriptive legate de boală. La aceste întrebări se poate întâmpla ca pacientul să răspundă incomplet sau confuz, datele furnizate de pacient fiind inutilizabile pentru stabilirea diagnosticului.

3. **Relatarea făcută de bolnav** este foarte importantă, deoarece aduce date nu numai legate de boală, ci și o serie de alte informații legate de personalitatea bolnavului. În practică deosebim câteva tipuri de pacienți:

✓ **pacientul inteligent** relatează clar, concis, fără emoții, dovedind capacitate de autocontrol și autoobservație;

✓ **pacientul logoreic** prin multitudinea cuvintelor folosite, se abate de la subiect și are tendința de a furniza o serie de date nerelevante. În acest caz, examinatorul se va strădui să dirijeze relatarea spre aspectele sale esențiale, fără să-l întrerupă prematur și fără a-i sugera pacientului grabă sau superficialitate;

✓ **pacientul aparent „bine informat”** cel care folosește cu ușurință și nu întotdeauna cu o semnificație corectă termenii medicali, asupra cărora nu întotdeauna are o înțelegere corectă. Se recomandă ca aceste informații să fie preluate cu discernământ, după ce s-a stabilit baza reală a termenilor folosiți cu ușurință de către bolnav;

✓ **pacientul confuz, cu tulburări de memorie sau exprimare, cu un grad redus de cultură** oferă o relatare neinteligibilă, ceea ce obligă medicul să intervină cu întrebări scurte și simple, care să urmărească răspunsuri clare sau să facă apel la persoanele din anturajul pacientului;

✓ **pacientul „reținut”** în expunere, care are tendința de a minimaliza intensitatea simptomelor dintr-un motiv de culpabilitate. Această atitudine se întâlnește mai ales la consumatorii de alcool, medicamente sau droguri sau atunci când se face referire la anumite situații ale vieții intime. Mai întâi medicul va explora ariile neutre, pentru ca ulterior să revină la situațiile dificile, iar la nevoie poate proceda chiar la excluderea celei de-a 3 a persoane din cabinet;

✓ **persoanele hipoacuzice, bătrânii sau pacienții cu tulburări psihice**, care nu înțeleg întrebările și care datorită timidității sau sentimentului de culpabilitate, uită unele informații importante ale anamnezei. Alteori ei exagerează anumite manifestări ale bolii, în scopul de a atrage atenția sau compasiunea din partea medicului;

✓ **pacientul nesincer** își adaptează relatarea în conformitate cu un scop bine stabilit, tinzând să atenueze sau să mascheze anumite boli (pe care el le consideră degradante sau incompatibile cu o anumită slujbă) sau să inventeze/exagereze anumite simptome cu scopul de a obține anumite avantaje (internări prelungite, scutirea de stagiul militar sau pensionarea). Relatările acestor bolnavi vor fi ulterior contrazise de datele obiective culese la examenul clinic general. Situația este cunoscută sub numele de sindrom Munchausen, acești pacienți fiind mai degrabă pacienți psihici care trebuie îndrumați într-un serviciu de psihiatrie.

Etapele anamnezei sunt:

A. Motivele internării

B. Istoricul bolii

C. Antecedentele pacientului

A. Motivele internării

Motivele internării se referă la **principalele cauze** care îl aduc pe bolnav la internare sau la motivele care-l determină să se adreseze medicului. De regulă, ele sunt **simptomele și semnele** care-l deranjează cel mai mult pe acesta. Ele pot fi obținute de la pacient folosind întrebări de tipul: „*Ce vă supără cel mai rău / tare?*”, „*Ce va determinat să veniți la spital?*” etc.

Aceste manifestări trebuie sistematizate, ordonate și grupate pe organ sau grupe de afecțiuni, astfel încât să realizeze o orientare cât mai clară despre boală sau bolnav.

Aceste motive trebuie să se refere la episoadele care aduc pacientul la medic și la afecțiunile concomitente pe care acesta le prezintă.

În practică întâlnim **patru situații** concrete referitoare la motivele de internare.

A1. Trebuie să includă unu, două sau maxim trei **simptome majore** care au adus pacientul la medic. Aceste simptome pot fi simptome generale (nespecifice) sau locale (specifice) datorate afectării unuia dintre aparate sau sisteme. De regulă, medicul decide care dintre simptomele prezentate este simptomul dominant sau important pentru suferința actuală. La simptomele majore se specifică: localizarea topografică (ex. durere în hipocondrul drept) și se evită folosirea termenilor care indică localizarea de organ a simptomelor (ex. colică biliară).

A2. Se poate consemna și un **semn clinic** (icter, edem, mărire de volum a abdomenului), dacă acesta este recunoscut de bolnav și reprezintă singura modificare patologică evidențiată de acesta.

A3. La pacienții cunoscuți cu o anumită afecțiune, care necesită o reinternare pentru un control medical sau bilanț funcțional de rutină, iar în prezent pacientul este asimptomatic, la motivele internării se consemnează „**pentru control**” sau „**pentru explorări clinico-paraclinice**” dacă la un bilanț biologic de rutină a fost descoperită o anomalie biologică sau imagistică, în prezent pacientul fiind asimptomatic.

A4. În cazul pacienților comatoși, la care nu există nici o persoană din anturaj care să ne descrie modul în care s-a instalat starea actuală, la motivele internării putem consemna „**stare comatoasă**”.

B. Istoricul bolii

Cuprinde descrierea amănunțită a tuturor **manifestărilor clinice** de la debut și evoluția lor până în momentul prezentării la medic, inclusiv eventualele **tratamente efectuate** în această perioadă. Istoricul bolii trebuie să răspundă la următoarele cinci întrebări:

- Care este organul sau aparatele afectate?
- Care este posibila cauză a bolii?
- Care sunt posibili factori predispozanți sau precipitanți ai bolii?
- Care sunt complicațiile bolii?
- Care sunt așteptările pacientului?

B1. Scopul istoricului este de a obține informațiile necesare:

- **modului de debut** și evoluție a bolii,
- stabilirii **principalelor tulburări fiziologice** și morfologice,
- stabilirii etiologiei simptomelor de prezentare și
- impactului acestora asupra vieții pacientului.

La început pacientul este lăsat singur să-și relateze suferința, pentru a ne putea orienta asupra simptomelor deranjante (anamneza pasivă) și abia apoi prin întrebări precise vom încerca să elucidăm caracteristicile manifestărilor clinice (anamneza activă).

B2. **Principalele etape** ale istoricului bolii sunt:

- Momentul de început al bolii;
 - Evidențierea **simptomului dominant** și a caracterelor clinice ale acestuia;
 - Evoluția în timp a bolii;
 - Tratamentele efectuate anterior;
 - Simptomatologia momentului actual.
- **Momentul de început** al bolii trebuie precizat cât mai exact, insistându-se asupra:
 1. **Manifestărilor inițiale** pentru a afla dacă procesul patologic a început cu mai mult sau mai puțin timp în urmă, înainte ca el să se exprime pe plan clinic prin simptomul și semnele de boală. De regulă, unii pacienți au tendința de a omite simptomele minore de la debutul bolii, ceea ce lasă falsa impresie că boala este mult mai recentă decât în realitate.

2. **Modul de debut** al bolilor poate fi: **brutal (supraacut)**, în plină sănătate, bolnavul indicând chiar ora debutului (ex: infarct miocardic acut, accident vascular cerebral, pneumotorace); **acut**, când boala se constituie în câteva ore (pneumonie acută, toxiinfecție alimentară); **insidios**, când bolnavul nu poate preciza exact momentul inițial al bolii și ajunge la medic odată cu apariția complicațiilor (ulcerul duodenal).
3. De asemenea, trebuie insistat asupra opiniei pacienților în legătură cu **factorii care ar fi putut declanșa boala**. Această legătură de cauzalitate va fi reținută și menționată în istoric, doar dacă aceasta este plauzibilă:
 - expunerea la frig poate favoriza apariția infecțiilor acute de căi respiratorii superioare;
 - efortul fizic poate declanșa apariția edemului pulmonar acut al un pacient cu valvulopatie;
 - infecțiile din sfera ORL sau infecțiile cutanate la un pacient cu valvulopatie pot explica apariția unei endocardite infecțioase.

- **Evidențierea simptomului dominant și a caracterelor clinice ale acestuia**

1. **Caracterul afectiv**. Este necesar să întrebăm pacientul ce înțelege exact prin cuvintele cu ajutorul cărora descrie simptomul. Trebuie să ne asigurăm că înțelege corect semnificația termenilor folosiți. De exemplu termenul de „oboseală” este frecvent folosit de bolnavi pentru a descrie dispneea. Când pacientul acuză amețală, trebuie să-l întrebăm cum o resimte: ca pe un „dezechilibru” sau ca pe o „senzație rotatorie”. Pentru **durere**, trebuie întrebat cum resimte durerea, oferindu-se variante de tipul: junghiului, arsurii, disconfortului permanent, sfredelirii sau crampei.
2. **Sediul și iradierea (extinderea)** pot fi precizate de către bolnav atunci când el acuză o **durere**, aceasta putând fi localizată sau difuză. Pacientul este rugat să indice sediul durerii cu mâna și apoi este invitat să ne precizeze direcția de iradiere, adică direcția pe care acestă durere se propagă. Acest criteriu este valabil doar pentru durere.
3. **Severitatea simptomelor** are un caracter pur subiectiv și poate fi gradată de la ușoară până la foarte severă. Aprecierea severității unui simptom depinde de starea psihică și pragul durerii fiecărui pacient. În aprecierea corectă a severității trebuie să ținem cont dacă acel simptom influențează sau nu activitatea zilnică sau somnul. Un simptom poate fi:
 - **ușor**, dacă el poate fi ignorat;
 - **moderat**, dacă nu poate fi ignorat, dar nu influențează activitatea zilnică;
 - **sever**, dacă face imposibilă activitatea zilnică și împiedică somnul.
4. **Factorii de agravare sau ameliorare**

Pacientul va fi întrebat dacă există **circumstanțe** în care simptomele se agravează sau se ameliorează.

Ex 1: pentru o durere toracică anterioară, ne interesează raportul durerii cu efortul: apariția durerii la efort permite suspectarea unui angor de efort.

Ex 2: pentru o durere abdominală epigastrică, important este raportul durerii cu vărsătura: durerea calmată de vărsătură este o durere de origine gastro-duodenală, în timp ce durerea care nu este calmată de vărsătură este o durere de origine biliară.

5. **Simptomele asociate (conexe)**

Ulterior, se încearcă într-o manieră sistematică depistarea unor simptome care pot fi asociate cu anumite afecțiuni, atenția cea mai mare acordându-se aparatului care este responsabil de apariția simptomului inițial.

Aceste simptome pot fi obținute de la pacienți prin punerea unor întrebări suplimentare importante care se adresează patologiei fiecărui aparat și sistem:

- **Sistemul mioarticular:**
 - Aveți dureri articulare sau anchiloze?
 - Aveți articulații umflate?
 - Aveți dificultăți la mers?
 - Ați avut o erupție recentă?
 - Aveți durere la nivelul coloanei cervicale sau lombare?
 - Ați avut ochii roșii sau uscați?
 - Ați avut gură uscată sau ulcerații bucale?
 - Ce culoare capătă degetele dvs la frig?
 - Ați fost diagnosticată cu vreo boală reumatismală?
- **Sistemul hematopoetic:**
 - Faceți ușor vânătăi?
 - Sângerări ușor și se opresc greu sângerările?
 - Ați avut frison și febră?
 - Ați avut vreun ganglion mărit? Unde?
 - Aveți durere osoasă la nivelul coloanei, bazinului sau toracelui?
 - Ați avut cheaguri de sânge la nivelul membrelor inferioare sau plămânilor?
- **Aparatul respirator:**
 - Tușiți?
 - Expectorați? Mucos, puroi sau sânge?
 - Vă sufocați?
 - Sforăiți noaptea?
 - Ați avut și o respirație șuierătoare când v-ați sufocat?
 - Ați avut febră?
 - Transpirați noaptea?
 - Aveți durere la nivelul toracelui?
 - Ați efectuat o radiografie pulmonară?
 - Ați avut pneumonie sau tuberculoză pulmonară?
- **Aparat cardiovascular:**
 - Ați avut durere la nivelul toracelui, gâtului sau brațului stâng?
 - Ați avut lipsă de aer?
 - Ați fost trezit din somn de o sufocare?
 - Puteți sta culcat fără să vă sufocați?
 - Ați avut picioarele umflate?
 - Ați avut bătăi rapide sau neregulate la inimă?
 - Aveți dureri în picioare la efort?
 - Aveți mâini sau picioare reci sau vineții?
 - Ați avut: reumatism articular acut, infarct miocardic sau HTA?
- **Aparatul digestiv:**
 - Aveți tulburări digestive?
 - Ați avut vreo durere sau disconfort abdominal?
 - Ați avut senzația de balonare?
 - S-a modificat recent tranzitul intestinal?
 - Câte scaune aveți pe zi sau săptămână?
 - Ați pierdut sânge prin scaun?
 - Ați avut scaun negru?
 - Aveți dificultăți de înghițire?
 - S-a modificat apetitul?
 - Aveți arsuri epigastrice?
 - Ați avut ochii sau pielea sau urina galbene?
 - Ați avut: hepatită acută, ulcer sau colită?

- **Aparat urogenital.**
 - Aveți dificultăți sau durere la urinat?
 - Urinați mai mult sau mai puțin ca de obicei?
 - S-a schimbat culoarea urinei?
 - S-a modificat jetul urinar?
 - Există întârzieri înainte de a începe să urinați?
 - Jetul este sub formă de picături spre sfârșit?
 - Ați observat sânge în urină?
 - Ați avut infecții urinare?
 - Ciclurile menstruale sunt regulate?
 - Aveți dureri sau scurgeri mari la menstră?
- **Sistemul endocrin:**
 - Ați avut umflătură la baza gâtului?
 - Vă tremură mâinile?
 - Preferați vremea rece sau caldă?
 - Ați observat că transpirați mai mult?
 - V-a supărat vreodată oboseala?
 - S-a modificat aspectul: feței, părului, pielii sau vocii?
 - Sunteți mai însetat în ultima vreme?
- **Sistemul nervos:**
 - Aveți durere de cap?
 - Există tulburări de memorie sau dificultăți de concentrare?
 - Aveți episoade de leșin sau convulsii sau pierderi de conștiență?
 - Aveți amețală?
 - Aveți slăbiciune, amorțeli, tulburări de coordonare la nivelul mâinilor și picioarelor?
 - Ați avut traumatisme cranio-cerebrale sau accidente cerebro-vasculare?
 - Aveți tulburări de vedere sau de auz?
 - Ați avut insomnii?
 - Vă simțiți singur, trist sau aveți probleme psihice?

- **Evoluția în timp**

În cazul **bolilor acute** se urmărește ordinea apariției simptomelor, caracterul lor, evoluția și modul în care s-au influențat, fără a se omite circumstanțele agravante și atenuante.

În cazul **bolilor cronice**, putem:

- începe istoricul de la debutul real al bolii, încercând să stabilim etapele evolutive parcurse până în momentul actual sau putem
 - începe istoricul cu episodul actual, după care să descriem evoluția de la început până în prezent.
- **Tratamentul efectuat anterior:**

În afara cazurilor de automedicație sau după diverse sfaturi neautorizate, trebuie să întrebăm bolnavii ce scheme terapeutice folosesc, precum și corectitudinea aplicării sale, ținând cont de faptul că mulți pacienți își întrerup medicația când simptomele se ameliorează și de faptul că mulți nu-și duc la bun sfârșit medicația antituberculoasă și antidiabetică.
 - **Simptomatologia actuală**

În finalul istoricului, într-o singură frază vor fi inserate cronologic principalele manifestări care au determinat pacientul să se adreseze medicului.

- **Exemplu practic de istoric**

„ Pacient în vârstă de ... ani, cu antecedente familiale și/sau personale de..., cunoscut cu ... de peste... ani, aflat în tratament cu ..., afirmă că boala a debutat acut / insidios, în urma expunerii la..., cu

Se vor descrie caracterele clinice ale simptomului principal (caracterizarea simptomului dominant), precum și pe cele ale simptomelor de însoțire, acestea fiind menționate în ordinea cronologică a apariției lor.

Pacientul a urmat tratament cu ... , cu evoluție favorabilă / nefavorabilă. În prezent, pacientul se internează pentru..., ... ,.... ”

B3. Modele ale istoricului de boală

În cazul **bolilor acute**, medicul prezintă în ordine cronologică simptomele bolii și caracterizează aceste simptome, precum și evoluția lor sub tratament.

În cazul **bolilor cronice episodice** (astm bronșic, angină pectorală, ulcer duodenal, ciroză hepatică), istoricul poate fi relatat în două moduri: *fie* se prezintă boala de la debutul ei cu toate etapele evolutive importante până în prezent și abia apoi se prezintă episodul actual, care a determinat pacientul să se prezinte la spital; *fie* întâi se prezintă episodul actual cu factorul declanșator al acestuia și, ulterior, se relatează boala de la debut până în prezent, cu etapele importante din evoluția ei (etape care, de regulă, reprezintă complicații ale bolii).

În cazul **bolilor cronice progresive** (tuberculoză, cancer, colagenoză), istoria bolii se realizează în mod asemănător cu istoricul bolilor acute, adică prezentând cronologic simptomele și caracteristicile acestora de la debut până la momentul internării.

C. Antecedentele

Antecedentele cuprind toate datele privitoare la **bolnav sau rudele de gradul I**, care ar putea avea legătură cu patologia actuală. Antecedentele oferă informații despre **predispoziția pacientului** spre anumite boli, prin definirea capitalului genetic și patologic anterior al acestuia.

Reprezintă culegerea datelor familiale, personale, fiziologice și patologice, profesionale, alimentare și toxic-medicamentoase, care ar putea reprezenta **factorii de risc** ai patologiei pentru care pacientul se adresează medicului.

C1. Antecedentele heredocolaterale (AHC) oferă informații despre **zestrea genetică** (factori de risc genetici): pe care o deține pacientul respectiv și care ar putea facilita apariția anumitor afecțiuni.

În antecedentele familiale ale fiecărui pacient trebuie căutate 2 categorii mari de afecțiuni:

- **Afecțiuni ereditare** care:

- se transmit direct descendenților (hemofilia, talasemia, teleangiectazia ereditară Rendu-Osler, paralizia spasmodică ereditară, sifilisul, hepatita B),
- se transmit sporadic descendenților (HTA, DZ, obezitatea, guta, ateroscleroza, astmul bronșic, ulcerul duodenal),

- **Afecțiuni cu transmitere intrafamilială** (infecțio-contagioase):

- Cu transmitere respiratorie: tuberculoza pulmonară, virozele respiratorii,
- Cu transmitere digestivă: hepatita acută virală, parazitozele digestive,
- Cu transmitere prin contact direct: scabia, varicela, zona zooster,
- Cu transmitere sexuală: gonoreea, sifilisul sau luesul, hepatita B, infecția cu HIV).

C2. Antecedentele personale fiziologice (APF) se referă doar la evenimentele genitale și obstetricale din viața femeii, care ar putea avea legătură cu o patologie actuală:

- Data **primei menstruații** (lipsa acesteia numită amenoree primară, sugerează existența unei agenezii gonadice sau disfuncții hipofizare); **durata și regularitatea ciclului ovarian** (durata normală este de 28 zile: scurtarea intervalului- tahimenoree- sau prelungirea intervalului – bradimenoree sau spaniomenoree-, putând sugera afecțiuni endocrine sau ginecologice); **durata și cantitatea (fluxul) de sânge pierdută** (oligomenoreea sau polimenoreea/menoragia sau

- menometroragia pot sugera afecțiuni ginecologice serioase: anexite cronice, cancer de col uterin sau corp uterin); dacă sângerarea este sau nu cu cheaguri; dacă este sau nu cu durere (dismenoree); dacă pierde sânge între menstrre (metroragie), dacă are durere sau balonare la menstră;
- Data **ultimei menstruații** poate atenționa asupra unei eventuale sarcini, în fața unei femei cu simptome de tip digestiv (vărsături);
- Datele referitoare la: **sarcini, nașteri, avorturi și greutatea feților** la naștere pot oferi informații despre diverse patologii cardiovasculare, hematologice sau metabolice ale mamei (feții cu peste 4 kg la naștere provin din mame care ulterior sunt pasibile a face diabet zeharat);
- **Sarcina** poate accelera manifestările unor suferințe cardiace sau reumatismale (HTA, insuficiența cardiacă, lupusul eritematos, poliartrita reumatoidă) sau poate ameliora alte afecțiuni (astmul bronșic).
- **Avorturile provocate**, mai ales cele septice, pot avea repercusiuni patologice serioase ulterioare (glomerulonefrite cronice, hepatite cronice virale B sau C);
- Datele referitoare la **menopauză**: pot oferi o serie de informații despre o patologie specifică menopauzei (prezența bufeurilor, irascibilității, manifestărilor neuropsihice) sau o patologie care se asociază odată cu instalarea menopauzei și care are o evoluție accelerată după instalarea acesteia (obezitatea, hipertensiunea arterială, cardiopatia cronică ischemică, hipotiroidia, ciroza hepatică virală C).

C3. Antecedentele personale patologice (APP) se referă la **principalele boli** despre care examinatorul trebuie să întrebe și care ar putea **avea legătură cu patologia actuală**, însemnătate deosebită acordându-se:

Bolilor infecțioase:

- Bolile copilăriei: scarlatina, rujeola, parotidita, tusea convulsivantă, infecția cu virusul sincițial respirator;
- Bolile infecto-contagioase larg răspândite: tuberculoza pulmonară, hepatita acută epidemică, sifilisul (luesul), malaria, tifosul exantematic, febra tifoidă;
- Infecțiile cronice de focar: amigdalitele cronice, sinuzitele cronice, infecțiile dentare (predispun la complicații cardiace, renale sau neurologice);

Intervențiilor chirurgicale și traumatismelor

- Intervențiile chirurgicale în sfera abdomino-pelvină recente pot favoriza apariția ocluziei intestinale sau emboliei pulmonare;
- Intervențiile chirurgicale și imobilizarea prelungită în aparate gipsate a unuia din membrele inferioare pot predispune la: tromboze venoase profunde (cu risc crescut de trombembolism pulmonar), infecții urinare (datorită sondajului vezical) și infecții pulmonare (datorită reducerii mobilizării toracelui osos);

Intoxicațiilor cu substanțe chimice sau medicamentoase

- **Intoxicațiile alimentare:** consumul de ciuperci necomestibile se asociază cu tabloul unei insuficiențe hepato-renale acute, severe;
- **Intoxicațiile medicamentoase:** abuzul îndelungat de fenacetină predispune la nefropatie tubulointerstițială cronică cu evoluție spre uremie; abuzul de aspirină predispune la boală ulceroasă; abuzul de paracetamol sau anticoncepționale orale predispune la hepatită cronică toxică;
- **Intoxicațiile profesionale:** solvenții organici pot explica o hepatită cronică sau o anemie aplastică; muncitorii din industria acumulatorilor sau vopsitorii cu minium de plumb pot prezenta saturnism profesional (intoxicație cu plumb).

Bolilor sistemice

- **Alergia** la anumite substanțe sau medicamente poate explica tabloul astmului bronșic alergic sau a șocului anafilactic după administrarea medicamentului respectiv;
- **Colagenozele** (lupusul eritematos sistemic, poliartrita reumatoidă, sclerodermia, dermatopolimiozita) pot asocia multiple simptome și semne din partea tuturor organelor și viscerelor, având în vedere caracterul sistemic al acestor boli;

- **Cancerale** pot genera efecte la distanță, de suferință a altor viscere decât cele la nivelul cărora acestea sunt localizate, datorită posibilității de metastazare a acestora sau datorită producerii de către celulele neoplazice a unor substanțe cu efecte asemănătoare unor hormoni („hormone-like”) generând așa numitele *sindroame paraneoplazice*.

Bolilor organice

- **Cardiovasculare:** HTA (poate determina complicații: cerebrale, cardiace, renale sau arteriale), cardiopatia cronică ischemică (se poate complica cu tulburări de ritm generatoare de embolii pulmonare sau sistemice la orice nivel), cardita reumatică (valvulopatiile postreumatismale pot fi sediul unor vegetații bacteriene din cursul endocarditei infecțioase);
- **Digestive:** ulcerul duodenal (se poate complica cu: stenoza pilorică, hemoragia digestivă superioară, peritonita chimică datorită perforației ulcerului), colita ulceroasă (poate asocia în cursul evoluției sale manifestări: cutanate, articulare sau poate suferi degenerare malignă după mulți ani de evoluție), parazitozele (pot asocia manifestări alergice, pulmonare sau hepatice în cursul evoluției lor);
- **Renale:** nefropatii glomerulare, tubulo-interstițiale sau vasculare evoluează lent către tabloul uremiei;
- **Neuropsihice:** nevrozele și psihozele pot asocia o serie de *manifestări funcționale*, fără substrat organic, la diferite nivele (cardiac, digestiv sau respirator).

C4. Condițiile de viață și muncă (CVM) se referă la condițiile de:

- **Locuit:** spațiu, condiții de igienă, condiții de încălzire, umiditate, igrasie, lipsă de lumină,
- **Alimentația:** orarul meselor, felul în care mănâncă, cantitatea și calitatea alimentelor, alimentație echilibrată sau nu, abuz de hrană rece, restricții calorice prelungite.
- **Locul de muncă:** dacă există condiții igienice la locul de muncă, dacă sunt noxe: temperaturi scăzute sau crescute, curenți de aer rece, pulberi sau fum, noxe chimice, zgomot sau trepidații;

C5. Deprinderile nocive

Pacienții vor fi întrebați despre abuzul de:

- **fumat** (numărul zilnic de țigări fumate și tipul de țigări fumate, durata în ani a perioadei de fumat) care predispune la: bronșita cronică, cancerul bronhopulmonar, laringian și vezical;
- **alcool** (cantitatea zilnică consumată, tipul de alcool consumat în mod preferențial și durata consumului), având în vedere că alcoolismul cronic predispune la apariția: hepatitei și cirozei hepatice alcoolice, cardiomiopatiei dilatative și a polineuropatiei periferice toxico-carențiale;
- **droguri** (modul de administrare, tipul și dozele administrate) duce la apariția dependenței și a unor multiple complicații: respiratorii, cardiace, renale și neuropsihice;
- **medicamente** (aspirina favorizează hemoragia digestivă superioară, fenacetina predispune la nefropatie tubulointerstițială).

C6. Medicamentele folosite în mod cronic

Pacienții vor fi interogați în ceea ce privește medicația folosită curent, având în vedere că pacienții pot acuza manifestări legate de reacțiile adverse ale medicației folosite (**amețeala** datorită hipotensiunii ortostatice generată de hipotensoare; **cefaleea** datorită nitroderivaților sau blocaților de calciu folosite în patologia cardiacă; **transpirațiile reci**, difuze, instalate brusc datorită hipoglicemiei induse de insulină sau antidiabetice orale; **alergodermia** secundară în special antiinflamatoarelor și antipireticelor; **bronhospasmul** indus de beta-blocante; **fibroza pulmonară difuză** și **hipertiroidia** secundare tratamentului prelungit cu amiodaronă; **tahiaritmiile** induse de teofilină; **ulcerul duodenal** declanșat de antiinflamatoarele nesteroidiene și steroidiene; **hepatita colestatică** indusă de tuberculostatice; **nodulii hepatici** induși de anticoncepționalele de sinteză; **nefropatia tubulointerstițială** generată de fenacetină și

substanțele iodate; **trombozele venoase profunde** la pacientele care folosesc anticonceptionale; **depresia** secundară tratamentului cu betablocante sau interferon).

1.2.5.Examenul obiectiv

Indiferent de boala pentru care s-a internat, bolnavul trebuie examinat corect, complet, sistematic după un plan prestabilit, cu o grijă deosebită pentru organul afectat, examinând pe rând toate aparatele și sistemele. Examenul obiectiv se realizează prin cele **4 metode clasice de examinare**: inspecția, palparea, percuția și auscultația. Examenul obiectiv se poate realiza în 2 moduri: pe aparate sau pe segmente.

Examenul pe segmente este mai comod pentru pacient, dar mai puțin funcțional și necesită mai multă experiență. Se începe cu examinarea generală și se continuă cu examenul capului, gâtului, membrilor superioare, toracelui, abdomenului, membrilor inferioare și se termină cu examinarea pacientului în ortostatism.

Examenul pe aparate urmărește toate modificările fiecărui aparat sau sistem în parte, într-o anumită ordine, indiferent la ce nivel sunt localizate. Această modalitate, deși mobilizează mai mult bolnavul, este mai logică din punct de vedere morfofuncțional și are șanse mai mici de omisiune.

Datele clinice normale și patologice culese în timpul examenului obiectiv sunt consemnate în foaia de observație după următorul model:

Stare generală: *bună* (medie/gravă).

Starea de nutriție. Greutate:

Talie: **IMC (indice de masă corporală):** kg/m²

Bolnav: *normostenic* (ex.astenic/ hiperstenic); *normoponderal* (cașectic/ denutrit/ obez); cu *stare de conștiință păstrată* (pierdută sau apatic/ obnubilat/ dezorientat).

Facies: - (hipertiroidian, mixedematos, acromegalic, cushingoid).

Tegumente: *normal colorate* (palide/icterice/cianotice/hiperemice); *temperatura normală* (extremități reci/calde, 39 ° C), *elasticitate normală* (diminuată - turgor persistent); *umiditate păstrată* (transpirate/uscate); *fără leziuni cutanate elementare* (erupție veziculoasă/purpură reliefată/nodozități/ulcerație/scuame/cicatrice).

Fanere: *normale clinic* (hipocratism digital/ leuconichie/ koilonichie/ unghii friabile/ păr friabil).

Țesut subcutanat: *normal reprezentat; pliu deltoidian = 1 cm* (edeme gambiere/ edem generalizat - moale, alb, pufos, cu tegumente supraiacente fără modificări trofice).

Ganglioni superficiali: *nepalpabili* (bloc ganglionar axilar drept alcătuit din 4 ganglioni rotunzi, cu diametrul 1 - 2 cm, duri, imobili, nedureroși).

Sistem muscular: *normotrof* (normal reprezentat), *normoton, normokinetic*; (ex. reducerea maselor musculare la nivelul centurilor /hipotonie sau hipertonie elastică /plastică, scăderea forței musculare la nivelul grupelor musculare).

Sistem osteo-articular: *osos integru clinic* (durere la nivelul femurului drept/formațiune tumorală, dură, dureroasă la nivelul femurului drept / lipsă de substanță la nivelul calotei craniene); *articulații cu volum normal, cu mobilitate păstrată, nedureroase* (durere de tip mecanic la nivelul coloanei cervicale/genunchilor, cu reducerea mobilității - reducerea mișcărilor de flexie-extensie cu grade; durere de tip inflamator la nivelul genunchilor; șoc rotulian prezent, genunchi drept mărit, cald, dureros, cu reducerea mișcărilor de flexie-extensie cu grade).

Aparat respirator: *Căi respiratorii superioare (CRS) permeabile* (obstrucție parțială a foselor nazale prin prezența de secreții seroase); *torace normal conformat* (emfizematos/cifotic/senil/conoid), *respirație de tip costal inferior, 16 respirații/minut* (bradipnee/polipnee ± tiraj costal inferior); *amplitudinea mișcărilor respiratorii egală* (diminuată/redușă la baza hemitoracelui drept), *freamăt pectoral normal* sau *vibrațiile vocale se transmit bilateral simetric, egal* (abolit/diminuat/accentuat în 1/3 medie a hemitoracelui drept); *sonoritate pulmonară normală* (hipersonoritate pulmonară difuză/matitate sau submatitate la baza hemitoracelui drept, cu marginea superioară ascendentă spre axilă sau orizontală), *manevra Hirtz pozitivă* (negativă) sau *sinusuri costodiafragmatice permeabile* (nu se deschid); *murmur vezicular prezent* (diminuat/accentuat), *fără fenomene stetacustice supraadăugate* (raluri bronșice diseminate/ raluri subcrepitante bazal, bilateral/ raluri crepitante situate în 1/3 inferioară a hemitoracelui drept).

Aparat cardiovascular: *Regiune precordială fără modificări* (bombată/retractată); *șoc apexian în spațiul V intercostal pe linia medio-claviculară stângă* (ȘA situat în spațiul intercostal VI în afara l.m.c. stângi); *aria matității cardiace în limite normale* (mărită/diminuată/dificil de delimitat datorită hipersonorității

pulmonare); **zgomote cardiace ritmice**, $AV = 80/min$, **cu intensitate egală** (zgomote cardiace tahicardiaritmice; zgomotul I cu intensitate variabilă de la un ciclu cardiac la altul/ zgomotul 2 accentuat în focarul aortei/ zgomotul I diminuat în focarul mitralei/ zgomotul II accentuat în focarul pulmonarei); **fără fenomene stetacustice supraadăugate** (suflu sistolic grad 2/6 în focarul mitralei, în „jet de vapori“, iradiat în axilă, intensitate constantă/ suflu diastolic gradul 3/6 în focarul aortic, iradiat în focarul Erb, dulce, aspirativ, intensitate descrescendo; suflu sistolic gradul 4/6 în focarul aortic, iradiat în vasele de la baza gâtului, aspru, intensitate „crescendo-descrescendo“); **artere periferice pulsatile** (puls slab la pedioase); **TA = 140/60 mmHg**; **vene superficiale permeabile** (vene superficiale dilatate, varice hidrostatice gradul 2).

Aparat digestiv: **Cavitate bucală de aspect normal** (buze uscate/palide; lizereu gingival cenușiu; **limbă de aspect normal** (saburală); **dentiție completă** (cu lipsuri; proteză mobilă, proteză fixă); **orofaringe normal colorat** (congestionat); (halenă hepatică/amoniacală/uremică); **degluțiție fără dificultăți** (disfagie de tip superior/inferior pentru alimente solide, odinofagie); **abdomen normal conformat** (retractat/destins/mărit de volum); **mobil cu respirația; sonoritate normală** (hipersonor/cu matitate declivă pe flancuri cu marginea superioară concavă/matitate rotundă situată în epigastriu, cu margini convexe); **elastic, suplu** (cu apărare/contractură musculară în fosa iliacă dreaptă); **nedureros la palpare** (abdomen sensibil spontan/la palpare în fosa iliacă dreaptă); **tranzit intestinal prezent** (constipație/diaree, 3 - 4 scaune moi/zi).

Ficat: **diametrul prehepatic 12 cm, suprafață netedă, consistență elastică, nedureros la palpare** (hepatomegalie cu diametrul prehepatic 14 cm, suprafață netedă, consistență crescută, margine inferioară rotunjită/ hepatomegalie cu diametrul prehepatic 15 cm, suprafață neregulată, consistență fermă, margine inferioară neregulată, ascuțită, ficat nedureros/ ficat mărit, dur, neregulat, sensibil spontan și la palpare).

Splina: **percutabilă (10/6 cm), suprafață netedă, nedureroasă** (splenomegalie grd. 1).

Aparatul urinar: **manevra Giordano: negativă**; (pozitivă la nivelul regiunii lombare drepte); **rinichi nepalpabili** (rinichiul drept ptozat/ rinichiul drept mărit, dur, neregulat, dureros); **micțiuni fiziologice** (polakiurie, disurie), **diureza 1800 ml/zi** (poliurie/oligurie), **urină limpede** (piurie/ urină hipercromă, cu miros de ...).

SNC și analizatori: **pacient orientat temporo-spațial** (confuz/obnubilat/dezorientat temporo-spațial); **conștient** (somniale/comatos); **poziție activă** (pasivă/particulară impusă de contractură, opistotonus); **tonus muscular normal** (hipotonie/hipertonie); **nervi cranieni: relații normale** (paralizie ne nerv oculo-motor stâng); **ROT egale bilateral, simetric; semnul Babinski negativ** (reflex cutanat plantar: drept pozitiv).

Tiroidă: **nepalpabilă** (mărită, suprafață netedă, consistență crescută, sensibilă la palpare)

1.2.6. Rezultatele investigațiilor de specialitate și paraclinice (planul de explorare)

Odată formulat diagnosticul clinic de sindrom se va întocmi un **plan de explorare și de examinări interdisciplinare**, care pot fi grupate în:

- **Explorări uzuale** (de screening) efectuate tuturor pacienților internați:
 - Radiografie pulmonară
 - Electrocardiogramă,
 - Examen ginecologic,
 - Examen urologic (bărbaților peste 50 ani),
 - Hemogramă, VSH, glicemie, colesterolemie, trigliceridemie, uree, creatinină, VDRL, examen sumar de urină,
 - Intradermoreacția la PPD (copiilor până în 16 ani).
- **Explorări țintite**, specifice pentru fiecare aparat și sistem în parte, care pot fi grupate în explorări:
 - **Imagistice** (radiologice, computer tomografice, scintigrafice, rezonanță magnetonucleară);
 - **Funcționale** (electrocardiogramă, probe funcționale ventilatorii, electromiogramă);
 - **Biologice**: sangvine (hematologice, biochimice, imunologice, bacteriologice) sau din alte fluide normale sau patologice ale organismului (urină, spută, lichid cefalorahidian);
 - **Morfologice**: endoscopice și biopsice.

- **Explorări de mare performanță**, care se efectuează doar în clinici cu dotare specială:
 - Angiografie,
 - Tomografie cu emisie de pozitroni,
 - Biopsiile de organ.

1.2.7. Foaia de tratament

Foaia de tratament este anexa foii de observație și cuprinde:

- a. **Fișa curbelor fiziologice**, în care sunt consemnate constantele fiziologice (temperatură, alura ventriculară, tensiunea arterială, frecvența respiratorie, greutatea, talia, diureza, tranzitul intestinal). Acestea sunt notate grafic sau cifric, cu anumite coduri de culoare, atât dimineața , cât și seara, pentru a urmări evoluția lor sub tratament.
De asemenea, pe fișa de tratament se regăsește și **regimul dietetic**.
- b. **Schema de tratament**, în care se consemnează:
 - i. Produsele farmaceutice (denumire comercială),
 - ii. Modul de prezentare (comprimate, fiole, supozitoare),
 - iii. Doze/ 24 ore (nr comprimate/24 ore),
 - iv. Ritmul de administrare (nr de administrări zilnic),
 - v. Calea de administrare (per os, injectabil intramuscular sau intravenos, inhalator).
- c. **Fișa de evoluție**, în care se consemnează zilnic:
 - a. Modificările survenite în rândul simptomelor și semnelor clinice,
 - b. Comportamentul sau reacțiile la terapia aplicată.

În evoluția zilnică se consemnează date referitoare la: somn, starea generală, evoluția principalelor simptome și semne clinice, parametrii fiziologici și comportamentul acestora la terapia administrată.

1.2.8. Epicriza

Epicriza reprezintă o **sinteză a foii de observație**, în care sunt incluse:

1. *datele de anamneză și examen obiectiv* (modificările patologice specifice bolii actuale), precum și
2. *rezultatele explorărilor paraclinice* care confirmă sau infirmă diagnosticul,
3. *conduita terapeutică și evoluția* pe perioada internării, urmate de
4. *recomandările igienico-dietetice, terapeutice și fizicale* care se impun la externare.

NUMELE PRENUMELE Sexul M/F ☐

Data nașterii: zi lună an

Domiciliul legal: județul Localitatea

Sect. Mediul U/R Str. Nr.

Reședința: județul Localitatea

Sect. Mediul U/R Str. Nr.

Cetățenie: Român ☐ Străin ☐

Greutatea la naștere (nou născuți) grame

Ocupația: fără ocupație (1); salariat (2); lucrător pe cont propriu (3); patron (4); agricultor (5); elev/ student (6); șomer (7); pensionar (8) ☐

Locul de muncă

Nivel de instruire: fără studii (1); ciclul primar (2); ciclul gimnazial (3); școală profesională (4); liceu (5); școală postliceală (6); studii superioare de scurtă durată (7); studii superioare (8); nespecificat (9) ☐

C.I / B.I. seria Nr. Certificat naștere (copil) seria Nr.

Județul Nr. înregistrare SC

Localitatea CNP pacient

Spitalul

Secția

Întocmit de: parafa medicului

FOAIE DE OBSERVAȚIE CLINICĂ GENERALĂ

Statut asigurat: Asigurat CNAS ☐ Asigurare voluntară ☐ Neasigurat ☐

Asig. oblig. CAS Asig. facultativă CAS Eurocard ☐ Acorduri internaționale ☐

Categ. asig. CNAS: salariat (1); coasig. (2); pensionar (3); copil < 18 ani (4); elev/ucenic/student 18-26 ani (5); gravidă (6); veteran (7); revoluționar (8); handicap (9); PNS (10); ajutor social (11); șomaj (12); alte (13)

Tipul internării: urgență (1); trimit. MF (2); trimit. ambulatoriu (3); transfer interspit. (4); la cerere (5); alte (9) ☐

Criteriu internare: urgență (1); diagnostic (2); tratament (3); nedeplasabil (4) epidemiologic (5); medic șef (6) ☐

Diagnosticul de trimitere:

Diagnosticul la internare:

.....
Semnătura și parafa medicului

Diagnosticul la 72 de ore:

Diagnosticul principal la externare:

Diagnostice secundare la externare (complicații / comorbidități):

1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

.....
Semnătura și parafa medicului șef

.....
Semnătura și parafa medicului curant

Intervenția chirurgicală principală:

.....

Consimțământul pentru intervenție:

Echipa operatorie:
 medic operator principal
 medic operator II medic ATI
 medic operator III asistent/ă

Data intervenției chirurgicale: zi luna an

Intervenții chirurgicale concomitente (cu cea principală):

1.....

Echipa operatorie:
 medic operator principal
 medic operator II medic ATI
 medic operator III asistent/ă

2.....

Echipa operatorie:
 medic operator principal
 medic operator II medic ATI
 medic operator III asistent/ă

Alte intervenții chirurgicale:

1.....

Echipa operatorie:
 medic operator principal
 medic operator II medic ATI
 medic operator III asistent/ă

Data intervenției chirurgicale: zi luna an

2.....

Echipa operatorie:
 medic operator principal
 medic operator II medic ATI
 medic operator III asistent/ă

Data intervenției chirurgicale: zi luna an

Examen citologic

Examen extemporaneu

Examen histopatologic (biopsie – piesă operatorie)

Transfer între secțiile spitalului:

Secția	Diagnostic	Data intrării (ora)	Data ieșirii (ora)	Nr. zile spitalizare

Starea la externare: vindecat (1); ameliorat (2); staționar (3); agravat (4); decedat (5)

Tipul externării: externat (1); externat la cerere (2); transfer interspitalicesc (3); decedat (4)

Deces: intraoperator (1); postoperator: 0 – 23 ore (2); 24 – 47 ore (3); > 48 ore (4)

Data și ora decesului: zi luna an ora

Diagnostic în caz de deces:

a. Cauza directă (imediată)

b. Cauza antecedentă

I Stări morbide inițiale:

c.

d.

II Alte stări morbide importante

.....

Diagnostic anatomo-patologic (autopsie), macroscopic:

.....

Codul morfologic (în caz de cancer)	M					
-------------------------------------	---	--	--	--	--	--

Denumirea

Codul

Nr.

	Definirea	Codul	Pn.										
1.		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
2.		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
3.		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
4.		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
5.		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
6.		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		

Denumirea

Codul

Nr.

	Scenario	CCSM	FIX
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			

Denumirea

Codul

Nr.

13.									
14.									
15.									

[illegible]

ANAMNEZA:

b) Antecedente personale, fiziologice și patologice

c) Condiții de viață și muncă

d) Comportamento (fumat, alcool etc.)

e) Medicație de fond administrată înainte de internare (inclusiv preparate hormonale și imunosupresoare)

ISTORICUL BOLII:

.....
EXAMENUL CLINIC GENERAL

EXAMENUL CLINIC GENERAL

EXAMEN OBIECTIV

Starea generală Talie Greutate

Starea generală Tare Greutate

Starea de nutritie Starea de conştiinţă

Starea de nutriție Starea de conștiință

Facies

Tegumente

Mucoase

Fanere.....

Tesut conjunctiv-adipos

Sistem ganglionar

Sistem muscular

Sistem osteo-articular

APARAT RESPIRATOR

APARAT CARDIOVASCULAR

APARAT DIGESTIV

FICAT, CAI BILIARE, SPLINA

APARAT URO-GENITAL

SISTEM NERVOS, ENDOCRIN, ORGANE DE SIMT

.....
EXAMEN ONCOLOGIC:

1. Cavitătea bucală

2. Tegumente

3. Grupe ganglioni palpabile
4. Sîn
5. Organe genitale feminine
6. Citologia secreției vaginale
7. Prostată și Rect
8. Alte

ALTE EXAMENE DE SPECIALITATE

EXAMENE DE LABORATOR

EXAMENE RADIOLOGICE (rezultate)

EXAMENE ECOGRAFICE (rezultate)

INTERVENȚII CHIRURGICALE (numărul intervenției chirurgicale, protocol operator):

EXAMENE ANATOMO-PATOLOGICE:

CLINIC:

[illegible][illegible]

Year	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Population (millions)	7.5	7.6	7.7	7.8	7.9	8.0	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5	8.6	8.7	8.8	8.9	9.0	9.1	9.2	9.3	9.4	9.5
GDP (trillion USD)	45.0	48.0	51.0	54.0	57.0	60.0	63.0	66.0	69.0	72.0	75.0	78.0	81.0	84.0	87.0	90.0	93.0	96.0	99.0	102.0	105.0
Life expectancy (years)	75.0	75.5	76.0	76.5	77.0	77.5	78.0	78.5	79.0	79.5	80.0	80.5	81.0	81.5	82.0	82.5	83.0	83.5	84.0	84.5	85.0
Urban population (%)	55.0	56.0	57.0	58.0	59.0	60.0	61.0	62.0	63.0	64.0	65.0	66.0	67.0	68.0	69.0	70.0	71.0	72.0	73.0	74.0	75.0
Renewable energy (%)	10.0	11.0	12.0	13.0	14.0	15.0	16.0	17.0	18.0	19.0	20.0	21.0	22.0	23.0	24.0	25.0	26.0	27.0	28.0	29.0	30.0
CO2 emissions (Gt)	15.0	16.0	17.0	18.0	19.0	20.0	21.0	22.0	23.0	24.0	25.0	26.0	27.0	28.0	29.0	30.0	31.0	32.0	33.0	34.0	35.0
Forest cover (%)	30.0	30.5	31.0	31.5	32.0	32.5	33.0	33.5	34.0	34.5	35.0	35.5	36.0	36.5	37.0	37.5	38.0	38.5	39.0	39.5	40.0
Healthcare spending (GDP %)	5.0	5.2	5.4	5.6	5.8	6.0	6.2	6.4	6.6	6.8	7.0	7.2	7.4	7.6	7.8	8.0	8.2	8.4	8.6	8.8	9.0
Internet usage (%)	20.0	25.0	30.0	35.0	40.0	45.0	50.0	55.0	60.0	65.0	70.0	75.0	80.0	85.0	90.0	95.0	98.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Gender inequality index	0.60	0.58	0.56	0.54	0.52	0.50	0.48	0.46	0.44	0.42	0.40	0.38	0.36	0.34	0.32	0.30	0.28	0.26	0.24	0.22	0.20
Urbanization rate (%)	55.0	56.0	57.0	58.0	59.0	60.0	61.0	62.0	63.0	64.0	65.0	66.0	67.0	68.0	69.0	70.0	71.0	72.0	73.0	74.0	75.0
Renewable energy investment (Bn USD)	10.0	12.0	14.0	16.0	18.0	20.0	22.0	24.0	26.0	28.0	30.0	32.0	34.0	36.0	38.0	40.0	42.0	44.0	46.0	48.0	50.0
CO2 emissions per capita (t)	2.0	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	3.0	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	3.9	4.0
Forest cover loss (ha)	1000000	1100000	1200000	1300000	1400000	1500000	1600000	1700000	1800000	1900000	2000000	2100000	2200000	2300000	2400000	2500000	2600000	2700000	2800000	2900000	3000000
Healthcare spending (Bn USD)	200.0	220.0	240.0	260.0	280.0	300.0	320.0	340.0	360.0	380.0	400.0	420.0	440.0	460.0	480.0	500.0	520.0	540.0	560.0	580.0	600.0
Internet usage (Bn USD)	10.0	15.0	20.0	25.0	30.0	35.0	40.0	45.0	50.0	55.0	60.0	65.0	70.0	75.0	80.0	85.0	90.0	95.0	100.0	105.0	110.0
Gender inequality index	0.60	0.58	0.56	0.54	0.52	0.50	0.48	0.46	0.44	0.42	0.40	0.38	0.36	0.34	0.32	0.30	0.28	0.26	0.24	0.22	0.20
Urbanization rate (%)	55.0	56.0	57.0	58.0	59.0	60.0	61.0	62.0	63.0	64.0	65.0	66.0	67.0	68.0	69.0	70.0	71.0	72.0	73.0	74.0	75.0
Renewable energy investment (Bn USD)	10.0	12.0	14.0	16.0	18.0	20.0	22.0	24.0	26.0	28.0	30.0	32.0	34.0	36.0	38.0	40.0	42.0	44.0	46.0	48.0	50.0

.....

FOAIE DE TEMPERATURĂ ADULȚI

CNP

[illegible]

Numele Prenumele

Anul luna Nr. foi de observație Nr. salon Nr. pat

[illegible]

FOAIE DE EVOLUȚIE ȘI TRATAMENT

DATA	EVOLUȚIE	TRATAMENT
23.01.2011	Stare generala bună. Somn liniștit. Durerea epigastrică a diminuat, la fel ca și pirozisul și regurgitațiile acide. TA-120/89 mmHg, AV- 78 bpm, punct epigastric sensibil, tranzit intestinal încetinit, diureză 1800 ml/zi.	1. Nexium cp 20 mg 2 cp/zi, î.m. 2. Dicarbocalm 3 cp/zi, d.m. 3. De-Nol cp 120 mg 3cp/zi, îm 4. Diazepam cp 10mg 1cp/seara

1.3. Simptome generale

1. Febra

Febra reprezintă sindromul clinic caracterizat prin

- **creșterea temperaturii corporale** peste 37°C (în regiunea axilară) sau 37,5°C (în cavitățile naturale, precum cavitatea bucală sau rect),
- însoțită de frisoane, astenie, stare de curbatură, transpirații, sete, polipnee, tahicardie, oligurie și manifestări neuropsihice.

Etiologia febrei este multiplă, în practica medicală descriindu-se:

1.1. Febra infecțioasă de cauză:

- a. **bacteriană**: nespecifică (pneumococ, streptococ, stafilococ, colibacil, salmonella) sau specifică (bacil Koch, spirocheta palidum, brucella);
- b. **virală**: virusurile influenzae sau parainfluenzae, Coxachie, citomegalvirusul, virusurile hepatitice, v Epstein-Barr;
- c. **rickettsiană**: febra Q, tifosul exantematic;
- d. **parazitară**: malaria, trichineloză, amebiază;
- e. **fungică**: candidoza sistemică, aspergiloza, actinomicoza.

1.2. Febra neinfecțioasă de cauză:

- a. **neoplazică**: neoplasme tisulare (bronșic, rectal, hepatic, renal) sau hematologice (leucemii, limfoame, leucemii cronice),
- b. **autoimună**: lupus eritematos sistemic, poliartrită reumatoidă, dermatomiozită,, vasculite,
- c. **hematologică** (anemii hemolitice, leucemii);
- d. **alergică**: alergii medicamentoase, boala serului, sindromul Stevens-Johnson;
- e. **vasculară**: tromboflebite, accidente vasculare cerebrale;
- f. **metabolică**: gută, porfirii, cetoacidoza diabetică;
- g. **endocrină**: hipertirodismul;
- h. **toxică**: intoxicații acute cu monoxid de carbon, hidrocarburi gazoase, toxice minerale (mercur, plumb, cadmiu, nichiel, beriliu) sau derivați barbiturici (fenobarbital.)

Din punct de vedere **patogenetic**, febra trebuie interpretată ca o **reacție de apărare** a organismului împotriva unor **substanțe** exogene (microorganisme, medicamente, toxine bacteriene) sau endogene (proteine provenite din: necrozele tisulare, procesele metabolice anormale, antigenele tumorale). Aceste substanțe ajunse în organism induc formarea unui **pirogen endogen** (ex. IL 1) care acționând la nivelul hipotalamusului va iniția **mecanismele termogenezei**, reducând în paralel pe cele ale termolizei.

Analiza semiologică a febrei presupune descrierea următorilor **parametri clinici** (caracteristici) ai acesteia:

- **Debutul:**

- **acut** (instalat în câteva minute sau ore): în infecțiile acute virale sau bacteriene, reacțiile alergice medicamentoase, reumatismul acut articular;
- **insidios** (instalat în câteva zile sau săptămâni): infecțiile bacteriene specifice (tuberculoză, febra tifoidă, endocardita bacteriană), neoplazii sau colagenoze (boli autoimune);

- **Durata:**

- **scurtă** (zile-2 săptămâni): viroze, infecții bacteriene;
- **prelungită** (peste 3 săptămâni): infecții bacteriene (tbc, febra tifoidă, bruceloză, sifilis), neoplazii, colagenoze.;
- **sindrom febril prelungit de etiologie neprecizată**: reprezintă febra cu o durată de peste 3 săptămâni, a cărei cauză nu a putut fi elucidată, în urma investigațiilor clinico-paraclinice efectuate în spital timp de o săptămână;

- **Aspectului curbei febrile** este de mare importanță în special în cazul febrei prelungite. În funcție de *diferența* dintre valorile matinale și cele vespérale ale temperaturii și *comportamentul* temperaturii în zile succesive, se descriu mai multe tipuri de **curbe febrile**. În unele situații, tipul curbei febrile poate avea semnificație patognomonică în ceea ce privește etiologia febrei.

Tipurile de curbe febrile întâlnite în practică sunt:

- **Febra continuă** („în platou”): când diferența dintre valoarea vesperală și cea matinală nu depășește 1 °C, curba termică nu revine la valori normale, fiind caracteristică infecțiilor bacteriene acute (pneumonia bacteriană și febra tifoidă);
- **Febra remitentă**: când variațiile termice cotidiene depășesc 1 °C, temperatura matinală nu coboară sub 37 °C, fiind caracteristică: tuberculozei, supurațiilor, septicemiei (ex: **febra hectică** din supurațiile biliare, când diferențele termice ating valori de 3-4 °C);
- **Febra intermitentă** caracterizează curba febrilă în care diferențele termice cotidiene depășesc 1 °C și valorile termice pot ajunge în limite normale în cursul unei zile. Acest tip de febră se poate manifesta:
 - **Ocazional**, sub forma unor „croșete febrile” pe fondul unei curbe ;
 - **Regulat**, când în a 2-a sau a 3-a sau a 4-a zi se înregistrează un „croșet febril”, pe fondul unei afebrilități, exemplul tipic fiind malaria (febra cotidiană, febra terță, febra quartă)
- **Febra recurentă** definește alternanța unor perioade febrile de câteva zile cu altele de aproximativ aceeași durată de afebrilitate sau subfebrilitate (ex. lues, boală Hodgkin, leptospiroză). **Febra ondulantă** este o varietate de febră recurentă în care ascensiunile febrile se fac progresiv, de la o zi la alta, iar defervescența are loc lent până la afebrilitate sau subfebrilitate (ex. bruceloza sau limfomul Hodgkin).
- **Febra de tip invers** când valorile termice matinale sunt mai mari decât cele vespérale, iar diferențele termice cotidiene depășesc 1 °C (ex: supurații pulmonare, sinuzite, tbc pulmonară gravă);
- **Febra bifazică** în care ascensiunea termică revine după 3 – 4 zile de defervescență (ex. virozele respiratorii);

- **Febra neregulată**, când curba febrilă nu are un caracter particular, neputând fi încadrată în tipurile descrise anterior.
- **Defervescența** (scăderea febrei) sau normalizarea termică poate surveni:
 - **Brusc** („în crisis”) când se însoțește de transpirație, poliurie, scăderea frecvenței cardiace și respiratorii;
 - **Lent** („în lisis”) când nu se însoțește de o simptomatologie specifică, revenirea la normal realizându-se în câteva zile sau săptămâni.
- **Manifestările conexe**
 - **Manifestări generale:** frisoane, astenie, stare de curbatură, transpirații, sete, polipnee, tahicardie, oligurie și manifestări neuropsihice.
 - **Manifestări evocatoare pentru diverse etiologii (cauze):**
 - redoarea de ceafă (meningita acută),
 - ralurile alveolare (pneumonia acută bacteriană),
 - suflurile cardiace (endocardita infecțioasă),
 - gamba mărită de volum (tromboflebita profundă),
 - depozitele albicioase amigdaliene (amigdalita acută), congestia și perforația timpanului (otita acută),
 - diareea (enterocolita acută),
 - piuria (pielonefrita acută),
 - efectuarea tușeului vaginal sau rectal (metroanexita acută sau prostatita acută),
 - edem cutanat cu crepitații (gangrenă cutanată).
 - **Manifestări de gravitate:**
 - purpura extinsă,
 - starea de dehidratare,
 - tahicardia, hipotensiunea arterială, evaluarea semnelor de șoc și
 - starea de conștiență;

Forme clinice evolutive

1. **Febra acută** reprezintă creșterea temperaturii centrale peste 37,5° C de dată recentă (sub 7 zile).

Principalele cauze ale sindromului febril acut sunt:

- *Infecțiile bacteriene necomplicate sau complicate*
- *Infecțiile virale*
- *Infecțiile parazitare (malaria, giardiaza)*
- *Reacțiile alergice medicamentoase (febra medicamentoasă)*
- *Artritele reactive și unele colagenoze (lupusul eritematos sistemic)*
- *Afecțiunile vasculare (tromboflebita, trombembolia, arterita Horton)*
- *Afecțiunile metabolice (guta, porfiria)*
- *Intoxicația cu diverse substanțe și medicamente*

Anamneza acestor bolnavi trebuie să includă: caracterele febrei (debutul, aspectul curbei febrile, manifestările de însoțire), semnele și simptomele asociate febrei, starea

vaccinală a pacientului, profesia, contagiozitatea familială sau profesională, călătoriile recente în străinătate.

Examenul obiectiv are ca scopuri:

- **obiectivarea febrei;**
- cercetarea **semnelor de gravitate**: purpura extinsă, starea de dehidratare, tahicardia, hipotensiunea arterială, evaluarea semnelor de șoc, starea de conștiență;
- cercetarea **semnelor evocatoare pentru diverse etiologii**: redoarea de ceafă (meningita acută), edem cutanat cu crepitații (gangrenă cutanată), ralurile alveolare (pneumonia acută bacteriană), suflurile cardiace (endocardita infecțioasă), gamba mărită de volum (tromboflebita profundă), depozitele albicioase amigdaliene (amigdalita acută), congestia și perforația timpanului (otita acută), diareea (enterocolita acută), piuria (pielonefrita acută), efectuarea tușeului vaginal sau rectal (metroanexita acută sau prostatita acută).

Explorările paraclinice necesare stabilirii diagnosticului etiologic al sindromului febril sunt:

- **Hemograma** completă, care poate evidenția:
 - Leucocitoză cu neutrofilie orientează spre o etiologie bacteriană;
 - Leucopenie cu limfocitoză orientează spre o etiologie virală;
 - Leucocitoză cu reacție mononucleozică orientează spre mononucleoza infecțioasă;
 - Leucocitoză cu eozinofilie orientează spre parazitoze sau reacții alergice;
- Recoltarea **hemoculturilor**
- Valorile **VSH**-ului au doar o valoare orientativă, relativă, în sensul că doar valorile mai mari de 40-80 mm/1h evocă o patologie inflamatorie sau supurativă profundă;
- Efectuarea examenului **citobacteriologic al urinei**
- Determinarea **TGP/TGO**
- **Radiografia pulmonară**
- **Echografia abdominopelvină.**

2. Febra prelungită de etiologie necunoscută definește sindromul febril cu o durată de peste 3 săptămâni, a cărei cauză nu a putut fi decelată după o săptămână de investigații intraspitalicești.

Principalele cauze ale SFCN sunt:

a. Cauzele infecțioase (30%)

- Infecțiile bacteriene sistemice: endocarditele, tuberculoza extrapulmonară, meningococemia cronică cu *Cryptococcus neoformans*, febra tifoidă, bruceloza, pielonefrita cronică.
- Infecțiile bacteriene localizate: sinuzita, granulomul dentar, supurațiile biliare și urogenitale;
- Infecțiile virale cu: virusul Ebstein-Barr, citomegalvirusul, virusul imunodeficienței umane;
- Infecțiile fungice: criptococoza, histoplasmoza, aspergiloza;

- Infecțiile parazitare: malaria, amebiaza hepatică, tripanosomiaza, toxoplasmoza și hiatoplasmoza.

b. Cauzele neoplazice (30%) reprezentate de neoplasmele tisulare (cancerul hepatic, renal, colic, pulmonar) sau hematologice (limfoame, leucemii acute).

c. Cauzele imunologice și vasculare (30%) reprezentate de lupusul eritematos sistemic, boala Still, arterita Horton, sarcoidoza, boala Crohn, boala Whipple, febra mediteraneană, trombembolismul pulmonar.

d. Cauzele idiopatice (10%)

La acești bolnavi, pe lângă un *examen clinic complet* și minuțios, se indică și examene clinice de alte specialități: examen ORL, stomatologic, oftalmologic, urologic și ginecologic, în funcție de simptomatologia descrisă de bolnav.

Explorarea paraclinică trebuie extinsă și atent selecționată.

- *Radiografiile* efectuate până în prezent vor fi reexamineate și rapoartele radiologice descrise anterior vor fi recitite. De asemenea, *radiografiile de plămâni și de sinusuri anterioare ale feței* vor fi repetate dacă au apărut simptome noi. La pacienții cu simptomatologie digestivă se vor efectua radiografia cu substanță de contrast a tubului digestiv superior (*radiografie eso-gastro-duodenală*), cu urmărirea întregului intestin subțire (*testul Pansdorf*), precum și o *irigografie* care va încerca opacifierea cecului și ileonului terminal.

- *Echografia abdominală* este utilă pentru investigarea tractului hepatobiliar, a splinei, rinichilor și pelvisului. *Echocardiografia* efectuată de un specialist poate fi de ajutor pentru evaluarea endocarditei subacute, pericarditei, endocarditei trombotice non-bacteriene și mixomului atrial. Pentru diagnosticul endocarditei subacute mult mai sensibilă este echocardiografia transesofagiană.

- *Computertomografia (CT) toracică și abdominală* trebuie efectuate ori de câte ori există suspiciunea de limfom malign cu debut mediastinal și abdominal sau când imaginile echografice abdominale nu sunt suficient de elocvente.

- *Rezonanța magnetonucleară (RMN)* poate fi superioară computertomografiei abdominale în evidențierea abceselor retroperitoneale și a disecției de aortă. RMN trebuie efectuat ori de câte ori se suspicionează o leziune spinală (vertebrală), paraspinală sau cerebrală.

- *Scintigrafiile (explorările cu radionucleotizi)* sunt utile pentru diagnosticul osteomielitei și metastazelor osoase (scintigrafia cu ^{99}Tc), sarcoidozei pulmonare și pneumoniei cu *Pneumocystis carinii* (scintigrafia cu ^{67}Ga), abceselor profunde (scintigrafia cu leucocite marcate cu ^{111}In).

- *Explorarea biologică*

a. În evaluarea unui SFEN trebuie determinate *hemograma (HLG)* și *viteza de sedimentare a hematiilor (VSH)*. Anemia hiporegenerativă și o creștere semnificativă a VSH sunt întâlnite în: infecțiile bacteriene sistemice și localizate (supurative sau nesupurative), arterita Horton, polimialgia reumatică, boala Still, lupusul eritematos sistemic, precum și în infecțiile cu: *Mycoplasma*, virusul Ebstein-Barr sau în limfoamele maligne (datorită prezenței în serul bolnavilor a unei aglutinine la rece).

b. *Testele serologice* sunt indicate în vederea măsurării creșterii titrului de anticorpi anti-Salmonella, anti-Brucella sau anti-rickettsii.

- c. Ori de câte ori se suspicionează o endocardită subacută trebuie efectuate *culturi bacteriene* din probe de sânge (*hemoculturi*) multiple (nu mai puțin de trei, rareori mai multe de șase) în decurs de cel puțin 2 săptămâni.
- d. Frotiul de sânge trebuie examinat prin *tehnica „picăturii groase”* pentru diagnosticul infecțiilor cu: Plasmodium, Trypanosomiaza, Leishmania și Borrelia.
- e. Ori de câte ori se suspicionează o infecție a tractului urogenital sunt indicate *uroculturile*, incluzând și culturile pentru Mycobacterii și fungi.
- f. Dacă diagnosticul nu este elucidat trebuie luate în considerare *puncția biopsie hepatică* (chiar dacă testele hepatice sunt normale) și cultivarea probelor prelevate pe medii pentru mycobacterii și fungi, precum și *biopsiile de măduvă osoasă* necesare pentru obținerea probelor folosite pentru culturi și examene histologice.

2. Frisonul

Este **fenomenul clinic** caracterizat prin apariția bruscă a unei senzații de frig care determină contracții musculare de scurtă durată și piloerecție. Durata frisonului este limitată și se poate repeta în funcție de boala de bază.

Principalele **cauze** de frison sunt:

- **Infecțiile bacteriene** nesupurative necomplicate: pneumonia bacteriană, pielonefrita acută, colecistitele și angicolicile;
- Procesele infecțioase bacteriene **supurative**: biliare, urinare, pulmonare, flegmoanele și abcesele cutanate;
- Infecțiile bacteriene complicate cu **septicemie** și **șoc septic**;
- **Bolile parazitare**: malaria;
- **Iatrogene**: după administrarea soluțiilor perfuzabile (datorită unor nereguli tehnice în administrarea acestor perfuzii), transfuziile de sânge (datorită incompatibilității de grup sangvin) sau a unor medicamente administrate intravenos.

Frisonul se însoțește totdeauna de febră, transpirații, astenie fizică marcată.

Septicemia definește descărcarea masivă și repetată de germeni în sânge, pornind de la un focar septic inițial. Această descărcare se face des prin intermediul unei tromboflebite supurative.

Tabloul clinic include:

- *Manifestări legate de poarta de intrare*: existența unui furuncul, unei arsuri infectate, tromboflebite, endocardite, pielonefrite, metrite septice postabortum sau meningite;
- *Manifestări generale ale septicemiei*: febră, frison, alterarea stării generale (astenie fizică marcată, erupție cutanată, deshidratare, pensarea TA, tulburări digestive, splenomegalie, oligurie, alterare senzorială);
- *Simptomatologia produsă de metastazele septice* din diverse țesuturi sau viscere: pulmonar (bronhopneumonie, abces, infarcte septice), pleural (pleurezie), hepatice (hepatită), renale (abces, pielonefrită, insuficiență renală), perirenale (abces

perinefretic), cerebrale (abces), osoase (osteomielită), anevrisme arteriale septice (endocardita cu fungi).

Examenelor paraclinice vor evidenția o:

- **leucocitoză** semnificativă (nr leucocite **15000-20000**/mmc), cu neutrofilie și devierea la stânga a formulei leucocitare,
- anemie normocromă, normocitară,
- trombocitopenie,
- valori net crescute ale **testelor de inflamație nespecifică** (VSH-ului = 80-110 mm/1h), fibrinogenului, proteinei C reactive și α 2-globulinei),
- creșterea **produșilor de retenție azotată** (ureei, creatininei, acidului uric),
- creșterea activității serice a **enzimelor hepatice** (TGP/ALT, TGO/AST),
- scăderea fosfatemiei.

Diagnosticul clinic al septicemiei presupune asocierea:

- *febrei mari* (până la 39-40°C) *cu frisoane*,
- *stării generale alterate* (astenie fizică, dehidratare, tahicardie, hipotensiune arterială, oligurie, alterare senzorială) și
- *splenomegaliei* cu sau fără *hepatomegalie*.

Șocul septic reprezintă instalarea brutală a unei insuficiențe circulatorii acute, durabile, însoțită de o scădere dramatică a perfuziei tisulare, în decursul unei infecții bacteriene (cel mai adesea cu **germeni Gram negativi, stafilococi sau meningococi**).

Acești germeni eliberează toxine capabile să producă o vasodilatație generalizată și o creștere a permeabilității capilare tisulare, care vor genera o *hipovolemie relativă*, care se va însoți sau va fi urmată de o *hipotensiune arterială sistemică* persistentă, rezistentă la tratament, la care se adaugă *insuficiențe funcționale organice multiple*.

Clinic, pe lângă:

- *Semnele sistemice de infecție* (febră, frisoane, transpirații, tahipnee, durere abdominală, greață, vărsături), întâlnim
- *Hipotensiune arterială*, inițial însoțită de extremități calde. Extremitățile reci, palide, cu cianoză periferică și aspect marmorat al pielii, constituie semne tardive ale șocului septic. *Tahicardie cu puls slab*, imperceptibil (puls filiform), starea de *agitație și anxietate, polipneea și oliguria* completează tabloul clinic al șocului.
- Pe parcursul agravării, se va instala *insuficiența funcțională multiorganică* care interesează:
 - rinichii,
 - plămânii și
 - ficatul.
- În stadiile avansate, foarte grave pot să apară manifestări ale:
 - *coagulării intravasculare diseminate* și
 - *insuficienței cardiace congestive*, care de regulă anunță apariția decesului.

Explorările paraclinice au 2 scopuri precise:

1. **punerea în evidență a infecției bacteriene** prin:

- a. *hemocultură*,
- b. *hemoleucogramă completă*,
- c. *examenul citobacteriologic al urinei (în special la pacienții cu sondă urinară permanentă: „a demeure”)*

- d. *radiografie pulmonară (în special la pacienții imobilizați),*
 - e. *echografie abdominală (la pacienții recent operați),*
 - f. *examen ginecologic (după un avort medical sau empiric) sau tușeu rectal pentru prostată (la bărbații cu fenomene urinare joase intense),*
 - g. *examenul citobacteriologic al lichidului cefalorahidian (la pacienții cu febră, cefalee, fotofobie și redoare de ceafă).*
2. **aprecierea răsunetului asupra organismului prin:**
- a. *Ionogramă sangvină și urinară,*
 - b. *Creșterea acidului lactic,*
 - c. *pH-metrie sangvină: inițial există o alcaloză respiratorie cu hipocapnie care tinde să compenseze lactacidemia secundară sepsisului. Bicarbonatul seric este crescut, iar lactatul în ser este crescut. În șocul avansat domină **acidoza metabolică**.*
 - d. *Gazometria evidențiază o **hipoxemie** (PaO₂ sub 70mmHg) cu hipocapnie (PaCO₂ sub 40mmHg) în stadiile incipiente cu alcaloză respiratorie sau cu *hipercapnie* (PaCO₂ peste 60 mmHg) în stadiile avansate cu acidoză metabolică.*
 - e. *Electrocardiograma poate să arate subdenivelarea segmentului ST cu inversarea undei T și, uneori, aritmii atriale sau ventriculare,*
 - f. *Enzimele hepatice, de regulă, sunt crescute datorită hipoxemiei hepatocelulare,*
 - g. *Ureea și creatinina cresc progresiv, ca urmare a instalării insuficienței renale acute cu scăderea clearance-ului la creatinină sub 70 ml/min,*
 - h. ***Numărul de trombocite, fibrinogenul și indicele de protrombină**, care la început sunt normale sau ușor crescute, vor începe să **scadă** în momentul în care se instalează **coagularea intravasculară diseminată**.*

3. Transpirația

Transpirația este un proces fiziologic al organismului care are rolul de a menține constantă temperatura internă a corpului (37° C), de a apăra pielea de infecții și de a elimina celulele moarte și o parte din toxine. Este un lichid apos, incolor și acid, și este produsă de glandele sudoripare în cantitate medie de 800 – 900 ml/zi, conținând în proporție de 99% apă și 1% alte substanțe (sodiu, potasiu, clor, fosfor, magneziu, zinc, substanțe azotate neproteice, acid lactic etc.) ce reprezintă deseuri toxice rezultate din procesele metabolice care au loc în corpul uman.

Transpirația abundentă (hiperhidroza) definită prin creșterea secreției sudorale a pielii, remarcată de medic sau acuzată chiar de bolnav, poate fi o **reacție normală**, de apărare, în urma expunerii organismului la căldură intensă ori efort fizic prelungit, dar în afara acestor condiții poate fi formă de manifestare a unor **afecțiuni severe**. Trebuie precizat că hiperhidroza poate fi generalizată sau localizată (axile, palme, tălpi și față). Dacă în dormitor este neobișnuit de cald sau dacă persoana este îmbracată prea gros noaptea, transpirațiile nocturne sunt normale. Transpirațiile care au cauze medicale sunt acelea care apar atunci când în dormitor este o temperatură optimă pentru dormit (18-22°C).

Cauzele hiperhidrozei pot fi creșterea temperaturii corporale sau stimularea toxică, infecțioasă, anoxică a hipotalamusului și nervilor vegetativi (mecanism reflex).

Medicii se întâlnesc frecvent cu pacienți care se plâng de **transpirații nocturne** sau de **transpirații reci**.

i. Cele mai frecvente cauze ale **transpirațiilor nocturne** sunt:

Hiperhidroza idiopatică. Aceasta se manifestă prin producția excesivă sudorală, independentă de condițiile de temperatură. Nu se cunosc cu exactitate cauzele apariției hiperhidrozei, deși, în unele cazuri emoțiile și stressul pot duce la apariția transpirației excesive. Totuși, cele mai multe persoane afectate transpiră abundent aproape tot timpul, indiferent de stare sau vreme.

Menopauza. Bufeurile care apar în perioada menopauzei se pot resimți și în timpul nopții. Estrogenul sau mai bine zis lipsa lui joacă un rol important la femeile aflate la menopauză, transpirațiile reci (frecvent nocturne, în acest caz) putând fi singura formă de manifestare a bufeurilor.

Infecțiile. Cea mai comună infecție asociată cu transpirațiile nocturne este **tuberculoza**. În plus, infecțiile bacteriene, precum endocardita subacută, osteomielita sau abcesele profunde pot fi sursa transpirațiilor. Acestea mai pot apărea și în cazul infecției cu virusul HIV și al bolnavilor de SIDA.

Neoplaziile. Transpirațiile nocturne sunt unul din primele simptome al unor tipuri de cancer. Cel mai comun tip de cancer asociat cu transpirația excesivă este **limfomul**. Cu toate acestea, persoanele care suferă de cancer și nu au fost încă diagnosticate resimt, de obicei, și alte simptome, precum scăderea ponderală, pruritul sau febra.

Medicamentele. Anumite medicamente pot provoca transpirații în timpul nopții. Acestea sunt un efect secundar al multor tipuri de medicamente antidepresive și a altor medicamente recomandate pacienților cu probleme psihice. De asemenea, unele medicamente antipiretice, precum aspirina, pot cauza transpirația excesivă.

Dereglările hormonale. Acestea includ menopauza, hipertiroidismul, tetania, sindromul carcinoid sau feocromocitomul.

Afecțiunile metabolice. Persoanele **obeze**, sedentare, care nu fac exerciții fizice pot prezenta transpirații nocturne semnificative sau la cele mai mici eforturi. **Diabeticii** care se tratează cu insulină sau medicamente antidiabetice orale pot suferi de hipoglicemie și implicit de transpirații nocturne.

Afecțiuni neurologice. În unele cazuri, afecțiunile neurologice precum epilepsia, sindromul de apnee în somn, disreflexia autonomă,iringomielia, atacul cerebral sau neuropatia, pot fi sursa transpirațiilor, însă aceste cazuri sunt rare.

ii. Principalele afecțiuni care pot debuta sau manifesta cu **transpirații reci, intempestive** sunt: atacul de panică, infarctul miocardic, hemoragia internă, colica renală sau biliară și criza hipoglicemică la diabetici.

Durerea intensă (infarctul miocardic, colica renală sau biliară, pneumotorax-ul) ca și **emoțiile puternice** (atacul de panică, stress-ul) determină descarcarea de adrenalină (hormon caresecretat de glandele suprarenale și face parte din sistemul de apărare al organismului în fața pericolelor imediate) care stimulează secreția glandelor sudoripare, iar la nivelul pielii produce vasoconstricție declanșând practic apariția transpirațiilor reci. Este știut ca primele semne ale unui **infarct miocardic** sunt durerile localizate retrosternal însoțite de transpirații reci. Au fost citate cazuri în literatura de specialitate în care transpirațiile reci au fost singura manifestare a unui infarct miocardic.

De asemenea, la diabetici **criza hipoglicemică** (datorată supradozării insulinei, scăderea aportului alimentar etc) se poate însoți de transpirații reci, acestea fiind tot un „efect de tip adrenergic”.

Transpirațiile reci pot indica o **hipotensiune arterială** datorată unui **șoc hipovolemic** determinat de o **hemoragie internă** (de exemplu: ruperea unui anevrism arterial, hemoragia digestivă superioară).

Caracterele clinice ale acestui simptom sunt variabile în funcție de afecțiune:

Transpirațiile reci, apărute brusc, semnalează o **prăbușire a tensiunii arteriale**, în hemoragiile importante interne sau externe sau în infarctul miocardic acut; transpirațiile reci, difuze apar după durerile violente (colici renale sau biliare, criza de ulcer), după pneumotoraxul spontan masiv sau lipotimii de orice natură, stări de frică sau stări nervoase; transpirațiile reci, generalizate, abundente apar în stările hipoglicemice, la bolnavii cu diabet zaharat insulinodependent.

Transpirațiile abundente pot apărea și după **administrarea unor medicamente** (salicilați, aspirină, acetilcolină, pilocarpină) sau în intoxicația cu nicotină, la cei care nu fumează în mod obișnuit, iar transpirațiile nocturne, persistente apar în tuberculoza pulmonară activă, bronșiectaziile suprainfectate și supurațiile osoase.

Transpirația mai accentuată, localizată la nivelul palmelor sau regiunea cefalică poate semnală o **hipertiroidie** sau o tetanie manifestă; transpirațiile însoțite de valuri de căldură, în absența febrei apar la menopauză, datorită tulburărilor neurovegetative; tinerii cu tulburări neurovegetative, prezintă transpirații ale feței, palmelor și plantelor, în special după emoții sau stress; transpirația unilaterală apare în hemiplegiile prin accident vascular cerebral, pe partea paralizată.

4. Setea

Setea reprezintă senzația de uscăciune a mucoasei bucofaringiene, care necesită ingestia de lichide. Stimulii fiziologici ai setei sunt creșterea osmolarității plasmatice, deshidratarea intracelulară și hipovolemia.

Creșterea senzației de sete, ca simptom al unor boli organice poartă numele de **polidipsie**, în timp ce setea ca manifestare a unor boli psihice este cunoscută sub numele de **potomanie**. Principalele **cauze de polidipsie** în patologia umană sunt:

- **boli cronice:**

- **diabetul insipid**, secundar deficitului de hormon antidiuretic, se manifestă prin: sete intensă, poliurie (8-10 l urină/zi), cu urini hipostenurice (densitate urinară de 1001-1003);
- **diabetul zaharat**, secundar deficitului de insulină endogenă, se manifestă prin: polidipsie, poliurie (5-6 litri/zi) cu urini cu densitate ridicată (1025-1030), polifagie (apetit crescut) și scădere ponderală importantă și rapidă.

- **boli acute:**

- **dehidratările** mari produse prin: transpirații abundente, diarei și vărsături multiple;
- **hemoragii sau intervenții chirurgicale sau paracenteze** masive;
- **tratament diuretic sau colinergic** intempestiv

Disparația sau diminuarea senzației de sete (hipo- sau adipsie) sunt situații clinice rar întâlnite în patologie, apariția lor indicând o patologie neurologică (leziuni hipotalmice).

2.1. Simptome generale (continuare)

5. Cefaleea

Cefaleea reprezintă durerea resimțită la nivelul extremității cefalice, al cărei sediu și mecanism de producere variază în funcție de structura anatomică care generează cefaleea.

Apariția cefalalgiei este legată de **stimularea receptorilor nociceptivi** din: foița externă a meningelui, sinusurile venoase și arterele meningeale, arterele cerebrale, țesuturile moi și arterele extracraniene, formațiunile orbitare, nazale, otice, mandibulare, dentare și nervii cranieni (V, IX, X și XI).

Cefaleea se poate produce datorită următoarelor mecanisme:

- Distensiei, tracțiunii sau dilatării arterelor intra- și extracraniene;
- Tracțiunii sau deplasării venelor intracraniene mari sau învelișului lor dural;
- Compresiunii, tracțiunii sau inflamației nervilor cranieni sau spinali;
- Spasmului, inflamației și traumatismelor mușchilor cranieni sau cervicali;
- Iritației meningiene și creșterii presiunii intracraniene;
- Perturbării proiecțiilor serotoninergice intracerebrale.

Ținând cont de **etiologia** algiilor cefalice, deosebim:

- **Cefaleea primară:** în care algia cefalică reprezintă *principala manifestare* a bolii, constituind boala în sine (migrena, cefaleea histaminică, cefaleea de tensiune psihică);
- **Cefaleea secundară:** în care cefalalgia este un simptom (epifenomen) al unei boli: craniocerebrale, pericraniene și juxtacraniene, sistemice și psihice.

I. Caracterele clinice ale cefaleei sunt:

- **Debutul:**
 - **acut**, persistent (hemoragiile subarahnoidiene, meningitele) sau ocazional (exces de tutun);
 - **subacut** (tumorile cerebrale)
 - **insidios, progresiv** (unele tumori cerebrale, abcese cerebrale) sau *recurent* (HTA, ateroscleroză, migrenă).
- **Sediul:**
 - **Generalizată:**
 - Meningita acută
 - Hemoragia subarahnoidiană
 - Ateroscleroză cerebrală
 - **Localizată**
 - **hemicranie:** migrenă, dischinezie biliară;
 - **frontal:** sinuzită frontală și etmoidală, glaucom cu unghi deschis, irită și iridociclită, tulburări de refracție, arterita Horton;
 - **temporal:** otite, arterita Horton;
 - **occipital:** hipertensiunea arterială, hemoragiile subarahnoidiene, tumorile de fosa posterioară, discopatia cervicală;
 - **suboccipital:** nevralgia de nerv Arnold, spondiloza cervicală;

- **Iradiere:**
 - „braț de ochelari”: cefaleea histaminică;
 - **membrele superioare:** spondiloza cervicală;
 - **vertex:** sinuzita etmoidală.
- **Durata:**
 - **scurtă** (ocazională) sau
 - **prelungită;**
- **Intensitate:**
 - **medie** (suportabilă): migrena, cefaleea de tensiune psihică, spondiloza cervicală, sinuzita;
 - **severă:** hemoragia subarahnoidiană, meningita, tumorile cerebrale, nevralgia de trigemen.
- **Caracter afectiv:**
 - **pulsatil:** migrena, HTA, arterita Horton;
 - „**menghină**”: tumoare cerebrală;
 - **arsură:** spondiloza cervicală;
 - **fulgurant:** nevralgia de trigemen.
- **Orar:**
 - **matinal:** HTA;
 - **după-amiază:** migrena;
 - **seară:** ateroscleroza, cauze oftalmice;
 - **noaptea:** cefaleea histaminică, pulpitele dentare.
- **Factorii favorizanți:**
 - **Cresc durerea:**
 - **stressul:** HTA, migrena;
 - **consumul de vin roșu:** migrena,
 - **menstra:** migrena
 - **fact. meteorologici:** spondiloza cervicală,
 - **efortul de citire:** tulburările de refracție,
 - **efortul fizic:** anevrismele cerebrale
 - **Scad durerea:**
 - **odihna:** cefaleea psihogenă
 - **antiinflamatoarele nesteroidiene:** spondiloza cervicală.
- **Manifestările conexe (de însoțire):**
 - **Febra:** meningită, abces cerebral, tromboză de sinus cavernos, AVC, arterita Horton,
 - **Neuropsihice:**
 - **redoarea de ceafă:** meningită (sindrom meningeen),
 - **hemiplegie:** tumoare, AVC (sindrom piramidal),
 - **vărsături centrale și amauroză :** (sindrom de hipertensiunea intracraniană),
 - **paralizii de nervi cranieni:** tumoră cerebrală, meningită bacilară, colagenoză,

- **sindrom asteniform:** cefaleea psihogenă, paretezii, cene-stopatii,
- **sindrom pseudobulbar:** ateroscleroză cerebrală,
- **Endocrine:**
 - modificări somatice specifice:** gigantismului, acromegaliei, sd Cushing.
- **Senzoriale:**
 - **hipoacuzie** (neurinom de nerv acustic)
 - **scăderea acuității vizuale** (tulburări de refracție, glaucom),
 - **hipoosmie** (cefalee histaminică)
- **Urinare:**
 - **oligurie** în contextul uremiei: HTA renoparenchimatoasă
- **Digestive:**
 - **greață, vărsături** (migrenă)
- **Cardiovasculare:**
 - hipertensiune arterială
- **Respiratorii:**
 - **dispnee, cianoză:** cord pulmonar cronic.

II. Forme clinice etiologice de cefalee

A. Cefaleea de cauză vasculară

1. **Migrena** este cefaleea cu aspect de hemicranie, cu debut acut, legat de ciclul menstrual, intensă, pulsatilă, însoțită de manifestări digestive (greață, vărsături, balonare, colici abdominale, diaree), neuropsihice (anxietate, iritabilitate, fobofobie), care de regulă apare la femei tinere cu preocupări intelectuale, cu antecedente familiale de migrenă, pe un fond nevrotic sau dis-crinic.
2. **Hipertensiunea arterială** se caracterizează printr-o **cefalee** matinală, frontooccipitală, recurențială, cu debut acut, pulsatilă, cu intensitate medie însoțită de: acufene (zgomote în urechi), fosfene (puncte negre în câmpul vizual), amețeală, palpitații, durere precordială și dispnee de efort.
3. **Hipertensiunea arterială malignă** (TA diastolică peste 130 mmHg) se caracterizează printr-o **cefalee violentă**, bruscă, însoțită de vărsături centrale, amauroză (cecitate pasageră) și convulsii tonico-clonice.
4. **Hipotensiunea arterială** se manifestă prin **cefalee** frontală, surdă, vespérală, accentuată de schimbarea poziției capului.
5. **Ateroscleroza cerebrală** se caracterizează printr-o **cefalee** vespérală („de pernă”), difuză, „în casă”, intensitate medie, ca o senzație de „cap greu”, însoțită de amețeală, insomnie, tulburări de afectivitate
6. **Arterita Horton** prezintă cefalee temporală, intensă, pulsatilă, însoțită de febră, dureri musculare localizate la nivelul centurilor scapulo-humerale, durere la masticatie („claudicația maseterilor”) sau vorbire și tulburări vizuale.

B. Cefaleea de cauză intracraniană

7. **Tumorile cerebrale sau hipofizare** determină cefalee difuză, intensă, inițial, capricioasă, ulterior progresivă și permanentă, care se însoțește de:

vărsături de tip „central”, tulburări vizuale, convulsii tonico-clonice, bradicardie, sindrom piramidal și tulburări somatice specifice bolii endocrine.

8. **Anevrismele cerebrale sau hemoragiile cerebrale** produc cefalee violentă, intensă, care se asociază cu manifestări neurologice specifice (în funcție de sediul hematomului) și comă (rapid instalată).

9. **Procesele inflamatorii cerebro-meningeene** (meningite, meningoencefalite, abces cerebral, tromboflebita venelor cerebrale) produc cefalee difuză, intensă, rapid progresivă, însoțită de febră, sindrom meningeal și semne neurologice (comă și convulsii tonico-clonice).

10. **Traumatismele cranio-cerebrale** (hematoamele postraumatice) produc cefalee difuză, intensă, însoțită de manifestări neurologice specifice sediului hematomului și comă.

11. **Puncția rahidiană** poate produce cefalee occipitală, care apare la 24 – 48 ore de la puncție și care cedează după câteva zile.

12. **Boala Paget** (osteita deformantă) se manifestă prin cefalee frontală, însoțită de modificări osoase, care apar de regulă la o femeie de peste 50 ani.

C.Cefaleea de cauză extracraniană

13. **Spondiloza cervicală** se manifestă prin cefalee suboccipitală, matinală, iradiată în zonele temporale sau frontale, însoțită de amețeală sau tinitus, accentuată de frig și mobilizarea capului și dispare după „mobilizarea coloanei cervicale”.

14. Suferințele oculare

1. **Glaucomul**: produce cefalee frontală, unilaterală, intensă, declanșată de expunerea la întuneric, însoțită de tulburări vizuale (scotoame, îngustarea câmpului vizual) și digestive (greață, vărsături).

2. **Iridociclita** produce cefalee frontală, intensă, însoțită de congestia perikeratică și scăderea acuității vizuale.

3. **Viciile de refracție** determină cefalee frontală, surdă, declanșată de efortul intelectual și ameliorată de câteva ore de odihnă.

15. **Afecțiunile ORL** (otite, sinuzite, etmoidite) dau o durere unilaterală / difuză, pulsatilă, intensă, accentuată de expunerea la frig.

16. **Afecțiunile dentare** (pulpitele) se manifestă prin cefalee unilaterală, intensă, pulsatilă, agravată de decubit, mai ales nocturn, accentuate de alimentele reci sau calde.

17. Afecțiunile nervilor cranieni.

Nevralgia de trigemen, cea mai frecventă dintre acestea, produce o durere acută, pulsatilă/fulgurantă, intensă, de scurtă durată, declanșată de atingerea unor zone ale capului sau feței sau cavității bucale, însoțită de lăcrimare și hipersalivație.

D.Cefaleea de cauză organică

1. **Bolile infecțioase acute sau cronice**. Cefaleea este difuză, frontală sau occipitală, accentuată de tuse și strănut, de intensitate moderată sau severă și se accentuează în perioadele febrile ale bolii.

2. **Afecțiunile respiratorii** care evoluează cu insuficiență respiratorie (hipoxemie) produc o **cefalee** difuză, surdă, însoțită de insomnie, inversarea ritmului somn-veghe, oboseală, tremor și comă.
3. **Insuficiența cardiacă congestivă și cordul pulmonar cronic** se însoțesc de **cefalee** difuză, nocturnă, datorită stazei cerebrale, hipoxemie, hipercapnie și acidoză respiratorie.
4. **Afecțiunile digestive:** dischineziile biliare, parazitozele digestive, colopatiile funcționale, stadiile avansate ale bolii hepatice cronice, determină durere difuză sau hemicranie (migrena biliară) declanșată de ingestia alimentelor colecistokinetice.
5. **Afecțiunile renale.** În glomerulonefrita acută, glomerulonefrita cronică și sindromul nefrotic, cefaleea evoluează cu hipertensiune arterială și edeme. În insuficiența renală cronică, cefaleea este difuză, persistentă, moderată și se datorează tulburărilor hidroelectrolitice și acidobazice provocate de boala de fond.
6. **Afecțiunile hematologice.** În anemii, cefaleea este surdă, frontooccipitală, vespérală. În poliglobulii cefaleea este difuză, cu senzație de cap greu, accentuată de decubit. În mielomul multiplu, cefaleea poate avea drept cauză osteoliza oaselor craniene.
7. **Afecțiunile endocrine**
 - dischineziile ovariene și hipertiroidiene se asociază cu cefalee de tip migrenos;
 - în hipoglicemie, cefaleea este intensă, cedează la administrarea de zahăr și se însoțește de transpirații reci, alterarea stării de conștiență și convulsii tonico-clonice.
 - hipercorticismul se caracterizează printr-o cefalee fronto occipitală legată de hipertensiunea arterială secundară;
 - tetaniei îi este caracteristică cefaleea difuză, asociată cu amețeală, senzație de „nod în gât”, dispnee și parestezii ale membrilor.
8. **Toxicele și medicamentele.**
 - abuzul de alcool și tutun determină o cefalee bruscă, difuză, intensă, fără caracteristici particulare;
 - intoxicația acută cu monoxid de carbon declanșează cefalee acută frontooccipitală intensă, urmată de comă;
 - medicamente ca: nitroglicerina, teofilina, calciu-blocanțele, histamina, determină cefalee intensă, pulsatilă, declanșată de vasodilatația acută cerebrală.

E.Cefaleea psihogenă

1. **Sindromul nevrotic** se asociază cu o cefalee difuză sau frontală, bitemporală, în vertex (cefalee „în bandă”) variabilă ca intensitate, ce apare la tinerii anxioși; instalată dimineața, dispare seara la culcare fără să trezescă bolnavul din somn.
2. **Sindromul depresiv** se caracterizează prin cefalee difuză, variabilă ca intensitate, declanșată de efortul intelectual, dispare în repaus și vacanțe.

6. Astenia

- **Definiție:** Astenia reprezintă scăderea capacității de efort fizic și intelectual, însoțită de o stare de rău general, resimțită de bolnav ca o senzație de epuizare.

- **Cauze**

- A. Fiziologice (stil de viață)**

- Efortul fizic susținut și prelungit
 - Lipsa somnului (insomnia) sau dificultățile somnului
 - Zgomote, căldura, frig, căldură excesivă
 - Intervenții chirurgicale și traumatisme

- B. Psihice**

- Sindrom nevrotic anxios
 - Depresia

- C. Endogene**

- **Sistemice**

- Afecțiuni hematologice: anemie, leucemii, limfoame
 - Afecțiuni metabolice: diabet zaharat
 - Colagenoze: lupus eritematos sistemic
 - Afecțiuni neoplazice: tumori, hemopatii maligne
 - Boli infecțioase: infecții virale și bacteriene

- **Organice**

- Afecțiuni musculoarticulare: fibromialgie,
 - Afecțiuni respiratorii: sindromul de apnee în somn, boli respiratorii care evoluează cu insuficiență respiratorie
 - Afecțiuni cardiovasculare: HTA, ateromatoza sistemică, boli cardiace ajunse în insuficiență cardiacă,
 - Afecțiuni digestive: colopatii, boli inflamatorii intestinale, parazitoze, dischinezie biliară, boli hepatice
 - Afecțiuni renale ajunse în stadiul de uremie
 - Afecțiuni neuro-musculare: boală Parkinson, polineuropatie periferică, scleroza în plăci, miopatii primitive, miastenie gravis
 - Afecțiuni endocrine: boală Addison, mixedem, hipertiroidie, hipercalcemie, tetanie manifestă, sindrom Conn

- D. Exogene**

- **Medicamentoase:** beta-blocante, sedative, simpaticolitice, săruri de aur, clorochină;
 - **Intoxicații cu:** alcool, monoxid de carbon, metale grele.

- E. Idiopatice:** sindromul de oboseală cronică.

- **Caractere clinice**

1. modul de debut: astenia acută, de regulă, reversibilă în contextul: infecțiilor acute, situațiilor stressante acute sau reacțiilor adverse medicamentoase; astenia cronică, cu o durată de peste 6 luni, care apare în suferințele psihice și organice cronice.

2. durata: intermitentă (boli organice) sau permanentă (depresie, boală adisson)

3. orarul: matinală (boli psihice), postprandrială (b. hepatice), vesperală (b. cardiace)

4. factorii declanșatori: efortul fizic prelungit, stressul, stările conflictuale, privarea de somn sau anomalii ale somnului, durerea, alimentația (boli hepatice), efortul (b cardiace), infecțiile respiratorii acute (b respiratorii cronice).

5. simptomele conexe (asociate):

- Anxietatea, insomnia, depresia, cefaleea (astenia psihică);
- Febră, transpirație, inapetanță (b infecțioase);
- Paloare, inapetență, scădere ponderală, prurit, transpirații nocturne, adenopatii (b hematologice);
- Poliurie, polidipsie, polifagie, scădere ponderală la un obez (diabet zaharat);
- Poliartralgii, redoare articulară, dureri musculare, fotosensibilitate, poliserozită, adenopatie, splenomegalie (colagenoze);
- Dureri musculare (fibromialgie);
- Tuse, dispnee, wheezing, cianoză (b respiratorii);
- Inapetență, scădere ponderală rapidă și semnificativă, paloare (afecțiuni neoplazice);
- Dispnee de efort, tuse iritativă, palpitații, durere precordială de efort (b cardiace);
- Balonare, tulburări de tranzit, dureri abdominale, gust amar matinal (b intestinale și biliare);
- Jenă în hipocondrul drept, balonare, gingivoragii, icter (boli hepatice);
- Inapetență, greață, vărsături, oligurie, paloare (b renale ajunse în uremie)
- Dificultăți de mers, tremurături, pareze sau paralizii, durere musculară (afecțiuni neuromusculare)
- Tireomăgalie, intoleranță la frig sau căldură, variații ponderale (afecțiuni tiroidiene).

• **Sindroame clinice etiologice**

A. Sindromul de suprasolicitare sau **oboseala** reprezintă astenia omului sănătos, care se instalează ca efect, mai ales, a suprasolicitării sistemului nervos central, lipsei somnului sau a unor tulburări de somn.

Pacienții se plâng de *fatigabilitate*, mai ales psihică, un *somn superficial*, agitat, neodihnitor, o *cefalee bitemporală* la eforturi intelectuale minime.

Acești pacienți recurg la medicamente (tranchilizante/stimulente) și abuz de alcool. Examenul clinic și explorările paraclinice sunt normale.

B. Astenia psihogenă (primară sau funcțională) reprezintă astenia pacientului cu sindrom nevrotic anxios (neurastenii, sindromul Da Costa) și depresie, care consumă alcool și droguri.

Pacienții cu **sindrom nevrotic** sunt *anxioși*, incapabili să se concentreze, fiind preocupați să-și găsească cauza acestei stări neplăcute și nu acceptă umorul sau ironia, sunt incapabili să-ți facă o analiză lucidă a stării lor. De asemenea, ei acuză: *insomnii, cefalee, cenestopatii* (parestezii, palpitații, precordialgii). De regulă, ocolesc cabinetul psihiatric, căutând cauza simptomelor sale printre interniști sau endocrinologi. Examenul clinic și explorările paraclinice sunt normale.

La pacienții cu **depresie**, trebuie ținut cont de faptul că depresia poate evolua ca boală de sine stătătoare (depresie majoră sau boală maniaco-depresivă) sau poate fi o reacție depresivă în cadrul unei boli organice sau ca reacție adversă la diferite medicamente (beta-blocante, simpaticolitice). Pacienții se plâng de indispoziție afectivă, cefalee cu orar fix, apatie, indiferență, areactivitate, inapetență, delăsare sau, dimpotrivă, prezintă: iritabilitate, irascibilitate, excitabilitate, nervozitate, agitație psihomotorie (mai ales la început, în faza reactivă).

C. Astenia organică

Cauzele organice sau sistemice trebuie luate în calcul când astenia apare ca un simptom inaugural sau în asociere cu alte simptome organice, în cadrul tablourilor diferitelor boli organice.

▪ Astenia de cauză infecțioasă

- i. **Infecțiile virale** evoluează cu astenie acută, marcată, reversibilă, mai ales în virozele cu tropism muscular. Astenia se continuă și-n perioada de convalescență.
- ii. **Infecțiile bacteriene acute sau cronice** (tbc, abcese, pielonefrita cronică) evoluează cu subfebră/ febră, transpirații, inapetență, astenie fizică care uneori este simptomul cel mai supărător.
- iii. **Parazitozele digestive** pot evolua cu astenie fizică acută, urticarie recidivantă, prurit nazal sau anal.

▪ Astenia de cauze endocrine

- i. **Boala Addison** se caracterizează prin astenie marcată, scăderea forței musculare, care nu se ameliorează în repaus sau după somn, hiperpigmentare cutanată și a mucoaselor vizibile, hipotensiune arterială, tahicardie, puls slab, filiform, hiperpotasemie.
- ii. **Mixedemul** cuprinde astenia fizică marcată, scăderea forței musculare, bradipsihie, bradilalie, somnolență.
- iii. **Insuficiența hipofizară** (sindrom Sheehan) asociază scăderea funcțiilor tiroidiene, suprarenaliene și gonadice.
- iv. **Acromegalia** se manifestă prin cefalee, astenie fizică și reducerea câmpului vizual și modificări somatice specifice.
- v. **Tetania** se caracterizează printr-o fatigabilitate accentuată, secundară hiperexcitabilității neuromusculare, care se accentuează după fiecare atac de tetanie.
- vi. **Sindromul Conn** asociază: astenia fizică marcată, poliuria, constipația, HTA cu hipopotasemia.
- vii. **Diabetul zaharat** se manifestă prin astenie fizică care precede instalarea polifagiei, poliuriei, polidipsiei și scăderii ponderale.
- viii. **Tulburările hidroelectrolitice și acidobazice** la pacienții cu dehidratare, cetoacidoză metabolică sau uremie, se însoțesc invariabil de astenie fizică.

ix. Hipovitaminozele au în tabloul lor clinic astenia fizică.

▪ **Astenia de cauze neuromusculare**

- i. Boala Parkinson, scleroza în plăci, polineuropatiile periferice prezintă astenie marcată, asociată cu tulburări de tonus și forță musculară;
- ii. Miopatiile și mioglobinuria sunt afecțiuni care se traduc prin astenie musculară progresivă, generalizată sau localizată, scăderea forței musculare și durere musculară;
- iii. Miastenia gravis se caracterizează prin epuizarea rapidă (periodică) a forței musculare la eforturi fizice mici, cu o afectare progresivă, descendentă a grupelor musculare, începând cu mușchii extremității cefalice, gâtului, toracelui, abdomenului și membrelor și revenirea forței musculare după repaus.

▪ **Astenia de cauză neoplazică**

Astenia reprezintă o manifestare paraneoplazică, putând să preceadă cu mult timp apariția simptomatologiei legată de localizarea neoplasmului.

▪ **Astenia de cauză organică**

- i. Bolile respiratorii cronice ajunse în stadiul de insuficiență respiratorie se însoțesc de astenie fizică, mai ales dacă există o hipercapnie severă; sindromul de apnee în somn reprezintă cea mai frecventă cauză la tineri.
- ii. Bolile cardiace (valvulopatiile, cardiopatia ischemică cronică) ajunse în stadiul de insuficiență cardiacă se însoțesc de astenie fizică datorită scăderii debitului cardiac;
- iii. Ateroscleroza cerebrală reprezintă cea mai frecventă cauză de astenie, cefalee, insomnie și amețeală la vârstnici;
- iv. Anemiile moderate sau severe se însoțesc de astenie musculară, intensitatea simptomului fiind invers proporțional cu severitatea anemiei;
- v. Bolile digestive (ulcerul duodenal, pancreatita cronică, bolile inflamatorii intestinale) și bolile hepatice (acute sau cronice) asociază astenie fizică într-un procent semnificativ;
- vi. Bolile renale cronice se însoțesc de astenie fizică încă din stadiile incipiente ale insuficienței renale cronice.
- vii. Colagenozele prezintă în tabloul lor clinic astenia fizică datorită afectării musculaturii scheletice, precum și datorită febrei, anemiei și neuropatiei.

D. Astenia de cauză exogenă

- Intoxicațiile cronice cu monoxid de carbon (marii fumători), alcool, metale grele, compuși organici pot asocia astenia fizică ca simptom obișnuit;
- Medicamentele (sedativele, antihipertensivele, sărurile de aur, antimalaricele de sinteză) asociază frecvent astenia fizică.

2. Astenia fizică cronică poate face parte din tabloul clinic al oricărei boli cronice care afectează nutriția și procesele metabolice ale organismului sau stări psihice cu repercursiune generală asupra organismului.

De aceea, pentru a stabili cauza unei astenii cronice trebuie să trecem în revistă toate cauzele de suferință viscerală sau psihică.

7. Amețeala

•**Definiție:** Amețeala definește senzația de nesiguranță în mers.

•**Cauze:**

- **Centrale:**

- **Neurologice:**

- **Ateroscleroza cerebrală** se manifestă prin amețeală cvasipermanentă, accentuată de schimbările de postură sau de decubitul dorsal;
 - **Insuficiența circulatorie vertebro-bazilară** (ateromatoza arterelor vertebrale sau spondiloză cervicală) se caracterizează prin amețeală care apare la mobilizarea gâtului (schimbarea poziției capului). Se descrie *sindromul Lieou-Barre* caracterizat prin amețeală, hipotonie musculară (cu cădere de la același nivel), dar cu păstrarea conștienței, la rotirea capului.

- **Psihice:**

- **Persoanele nevrotice** acuză amețeală discontinuă, cu durată de ore, zile sau săptămâni, alături de anxietate, ceneștopatii (acuze subiective fără substrat organic) și preocupări morbide.

- **Periferice:**

- **Senzoriale:**

- **Afecțiunile oculare** (tulburările de acomodare) se manifestă prin cefalee frontală și amețeală accentuate de efortul de citire;
 - **Afecțiunile otice** se traduc prin cefalee temporală, amețeală (caracter rotator) și hipoacuzie.

- **Organice și sistemice:**

- **Afecțiunile cardiovasculare** (stenoza aortică, tahiaritmiile, hipotensiunea arterială, hipertensiunea arterială, insuficiența cardiacă) produc **amețeală** prin scăderea debitului cardiac;
 - **Afecțiunile respiratorii cronice** care evoluează cu insuficiență respiratorie determină **amețeală** datorită hipoxemiei cronice, la care în momentul adăugării cordului pulmonar cronic se va asocia și staza cerebrală;
 - **Afecțiunile hematologice:**
 - **Anemiile** severe se însoțesc de cefalee, **amețeală acută** sau **cronică**, astenie fizică, palpitații, simptomatologie accentuată de efortul fizic;
 - **Poliglobulia** se manifestă prin cefalee, **amețeală persistentă**, prurit, cianoză accentuată de expunerea la frig.

- **Afecțiunile digestive:**
 - **Dischineziile biliare** se manifestă prin: cefalee de tip hemicranie („*migrena biliară*”), **amețeală recurentă**, greață, gust amar matinal;
 - **Hemoragia digestivă superioară** se traduce prin **amețeală acută**, transpirații reci, tendință la lipotimie;
 - **Parazitozele, bolile inflamatorii cronice intestinale** se însoțesc de **amețeală cronică**, dureri abdominale periombilicale sau subombilicale, tulburări de tranzit intestinal.
- **Hipoglicemiile** spontane sau induse de tratamentul hipoglicemiant se însoțesc de **amețeală acută**, transpirații reci, convulsii, alterarea stării de conștiință până la comă;
- **Sarcina:** disgravidia de prim trimestru se caracterizează prin **amețeală recentă**, greață, vărsături și lipotimie.
- **Bolile infecțioase** (în perioada de stare și convalescență) determină **amețeală acută**, mai ales la ridicarea în ortostatism, în context febril.

8. Vertijul

• **Vertijul** reprezintă falsa deplasare rotatorie, în spațiu, fie a bolnavului (vertij subiectiv), fie a obiectelor din jur (vertij obiectiv), pe care o resimte orice bolnav cu afectare vestibulară centrală sau periferică.

•Cauze:

•Centrale (cerebrale)

- **vasculare:** accidente ischemice tranzitorii în teritoriul vertebro-bazilar;
- **tumorale:** tumorile dezvoltate în fosa posterioară (cerebeloase sau pontine).

•Periferice (vestibulare)

- **Toxică:** medicamentoasă
- **Inflamatorie:** otită internă;
- **Vasculară:** insuficiență circulatorie cerebrală;
- **Tumorală:** neurinom de nerv acustic.
- **Idiopatic:** vertijul Meniere

• **Clinic** deosebim două forme de vertij, central și periferic.

• **Sindromul vertiginos central** reprezintă vertijul consecutiv leziunilor supranucleare și a nucleilor vestibulari din punte. Este un **vertij permanent**, rotator sau liniar, de intensitate mică și se însoțește de fenomene neurologice: dezechilibru nesistematizat (proba Romberg), deviație segmentară nesistematizată (proba brațelor întinse), nistagmus orizontal sau vertical.

• **Sindromul vertiginos periferic** consecutiv lezării labirintului (receptorilor labirintici) se manifestă printr-un **vertij brusc**, rotator, episodic, intens, cu durată mică (minute/ore), accentuat de închiderea ochilor, emoții și mișcarea

în spațiu. Acest vertij este sistematizat (căderea se realizează de partea labirintului afectat) și se însoțește de: tinitus (zgomot în urechi), surditate de percepție, transpirații, tahicardie, hipotensiune arterială, greață, vărsături, deviația segmentară și nistagmus de partea labirintului hipovalent. Între crize (intercrisic) pacientul este asimptomatic.