

Foaia de observatie clinica medicala

Prof. Dr. Paul Mitrut



Semiologia = studiul simptomelor și semnelor clinice și gruparea acestora în sindroame, ajungându-se în final la diagnosticul de boală

- **Simptomul** este elementul subiectiv care exprimă o suferință. Pot fi simptome generale, fără specificitate de organ sau aparat, fiind întâlnite în foarte multe stări patologice: febra, cefaleea, astenia și amețelile. Simptomele specifice unei anumite afecțiuni caracterizează afecțiunea respectivă. De ex. durerea coronariană specifică cardiopatiei ischemice dureroase. Trebuie diferențiată de alte tipuri de dureri precordiale.

- **Semnul clinic** reprezintă un element obiectiv care se constată la examenul fizic al bolnavului efectuat de către personalul medical sau uneori observate de către bolnavi prin autoexaminare (ex.: icterul, edemele)
- **Sindromul** reprezintă un grup de boli cu semne și simptome comune. Ex.: Sindromul de obstrucție bronșică difuză cronică, Sindromul de condensare pulmonară cu bronhie liberă.

Tehnica diagnosticului clinic

Anamneză +
Examen obiectiv



Simptome

Semne



Sindrom



Explorări
paraclinice

→ Dg. de boală

Plan de explorare



Foaia de observație

- **Document medico-legal** care însoțește bolnavul internat într-o unitate sanitară cu paturi.
- **Valoare – medicală** – informații care contribuie la stabilirea diagnosticului de boală și justifică terapia.
 - **juridică** – document care atestă și justifică calitatea actului medical în fața organelor abilitate și ajută la expertizarea capacității de muncă.
 - **științifică** – folosită în studii științifice cu caracter prospectiv.
- Informațiile din foaia de observație sunt confidențiale și nu pot fi folosite decât la cererea organelor în drept.

Capitolele foii de observație

I. Datele personale – Nume, prenume, sex, vârstă, data și locul nașterii, domiciliul temporar și permanent

- Bolnav inconștient – se solicită actele, profesia și locul de muncă
- Informații aduse: 1. Se stabilește contact cu bolnavul util mai ales d.p.d.v. psihoafectiv.

2. Patologia specifică sexului.

3. Patologia specifică vârstei copil, adult, bătrân

4. Patologia profesională

5. Patologia legată de mediul de proveniență sau domiciliu

II. Datele calendaristice: data internării, data externării, perioada de repaus

III. Diagnosticul – în diferite faze: de trimitere, la internare, la 72h, la externare (definitiv); Dg. Anatomopatologic – în caz de deces.

IV. Anamneza (anamnesis - reamintire)

- reprezintă toate informațiile culese de medic în urma discuției cu bolnavul
 - bine făcută asigură peste 50% din diagnostic, iar în unele cazuri chiar mai mult (bolile psihice)
 - se face cu tact, apropiindu-ți bolnavul, iar conducerea discuției se face de către medic – pentru a culege cele mai utile informații pentru diagnostic
- Cuprinde:
- Motivele internării
 - Istoricul bolii
 - Antecedentele (personale fiziologice și patologice, heredocolaterale)
 - Condițiile de viață și de muncă

Motivele internării

- Simptome sau semne numai dacă au fost descrise de bolnav, care au determinat internarea în spital. De obicei sunt maxim 3 și se ierarhizează valoric.
- Nu se folosesc:
 - număr prea mare de motive de internare (arată lipsa de coerență în gândire și ierarhizarea deficitară a informațiilor)
 - sindroame ca motive de internare
 - localizare de organ, ex. durere biliară – incorect
- Se specifică la simptomele majore – localizarea topografică și caracterul evocator al simptomelor. Ex. Durere la baza hemitoracelui drept accentuată de respirație sau durere epigastrică calmată de mese.
- Se pot trece ca motive ale internării – internarea pentru control în cazul bolnavilor cronici asimptomatici în momentul examinării, menționându-se ca motiv al internării „pentru control”.

Istoricul bolii

- Cuprinde toate manifestările clinice de la debut până în momentul prezentării la medic, inclusiv eventualele tratamente efectuate în această perioadă.
 - Se urmărește:
 - Debutul bolii – brutal – în plină sănătate – bolnavul poate indica și ora (infarct miocardic acut, pneumotorax)
 - brusc – debut constituit în câteva ore – pneumonie
 - lent, insidios – se stabilește cu greutate momentul inițial și ajung la medic cu ocazia apariției unor complicații – hepatită cronică, ulcer duodenal.
- La debut se menționează simptomele și semnele de debut în ordinea apariției și cu caracterele lor și factorii favorizanți.

➤ **Evoluția în timp** – a bolii în care se urmăresc principalele semne și simptome în evoluție, caracterele lor, apariția sau dispariția lor.

Boala acută – istoric – scurt. Semne și simptome în evoluție. Apariția sau dispariția unor simptome sau semne noi. Tratamente urmate până la prezentarea la medic

Boala cronică – istoric întins pe luni și ani de zile. Cronologia momentelor în care s-a schimbat tabloul clinic, internări în spital, tratamente urmate. Se folosesc biletele de ieșire din spital în cazul când sunt din spitale și se pot menționa în istoric. Tratamente urmate și perioade – ce, cât timp, doze folosite – corect – incorect. Episodul actual: se menționează cauzele pentru care bolnavul s-a prezentat la medic (un mic istoric al bolii lui).

Antecedentele

- **Personale fiziologice** – la femeie – evenimentele genitale din viața ei:
 - Menarha
 - Menstruația caractere – regularitate, durată, abundență, flux
 - Ultima menstruație
 - Nașteri (greutatea copiilor la naștere)
 - Avorturi – spontane, provocate
- **Personale patologice** – afecțiunile anterioare care au modificat modul de reacție al organismului sau au lăsat sechele, notând data sau perioada când au existat. Se insistă pe afecțiuni care au legătură cu boala actuală și pe intervențiile chirurgicale (anul)
- **Heredo-colaterale**
 - boli determinate genetic – hemofilie
 - predispoziție genetică – HTA, ulcer, DZ
 - Contagiune intrafamilială (TBC, hepatită cronică, BTS)

Condițiile de viață și de muncă

- Locuința
- Alimentația – obligatoriu – alcool – cât, ce, cafea, alte toxice
- Fumat – cât, de când
- Droguri – adolescenți tineri
- Profesie – loc de muncă, noxe, efort, stres, orar profesional

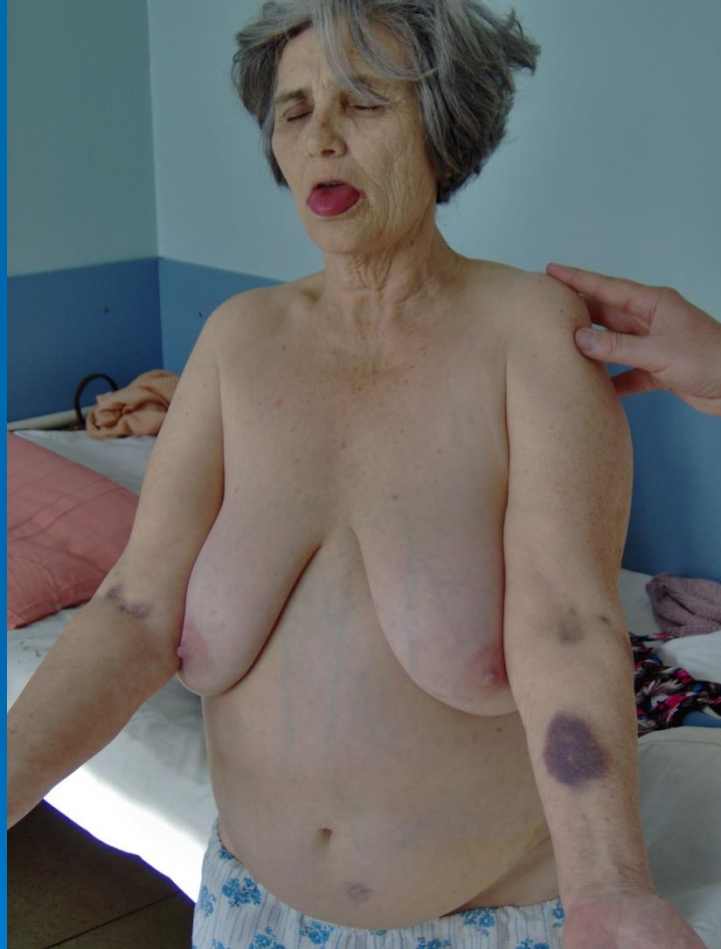
Examenul obiectiv

- Se face la stagi, complet întotdeauna, mai repede în cazurile grave când se urmărește starea organelor vitale.
- Condiții de luminozitate, confort termic, examinare de obicei din dreapta, examinare cu blandețe.
- De obicei superficialitatea determină greșeli.
- Sunt 4 metode clasice:
 - Inspecția
 - Palparea
 - Percuția
 - Auscultația. Acestea sunt armele medicului în orice situație și se perfectionează în timp.

Inspecția – generală, de ansamblu (tip constituțional, poziție, stare de nutriție)

- specifică – fiecărui aparat





- **Palparea** se bazează pe simțul tactil. Poate fi:
- **superficială** se aplică palma cu toată suprafața, se bazează numai pe simțul tactil
 - **profundă** – mono sau bimanuală se exercită o presiune mai puternică asupra zonei examinate. Este utilă pentru ggl, ficat, splină, rinichi, vezică, uter.
 - **penetranta** cu 1-2 degete, strict limitată în scopul detectării unor puncte dureroase (sinusale, abdominale, nervoase)
 - **prin balotare** – pentru rinichi, ficat, tumori (ex. semnul bulgărelui de gheață din ascită)
 - **palparea „prin reptăție”** manevra Rowssing antiperistaltică în procesele inflamatorii apendiculare sau ileocecale.
- Tuseul rectal** obligatoriu

Palparea monomanuala



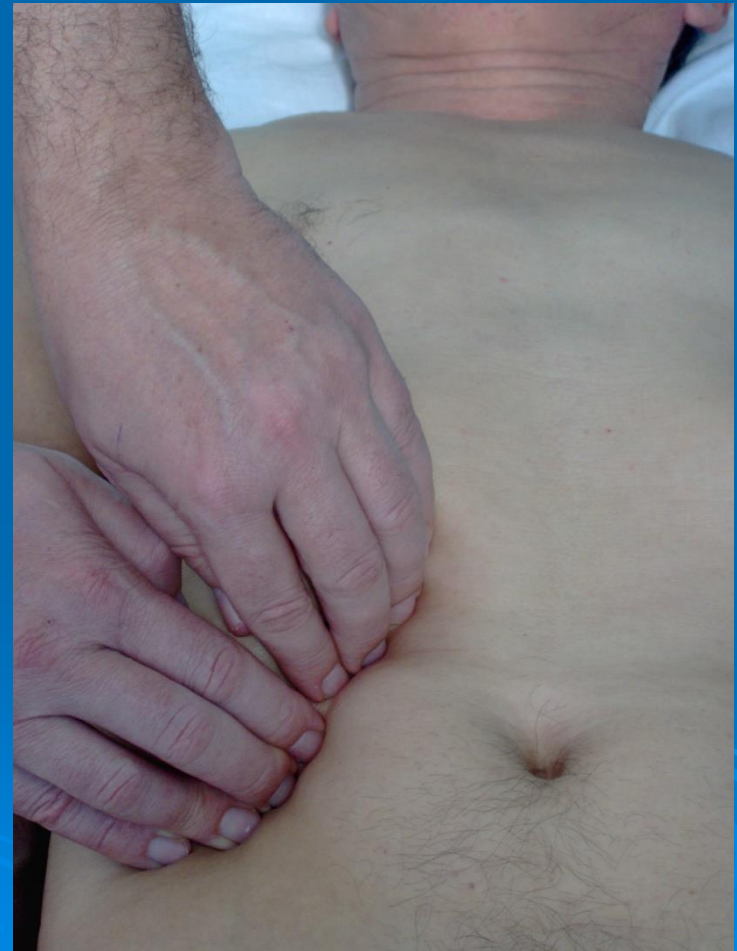
Palparea bimanuala



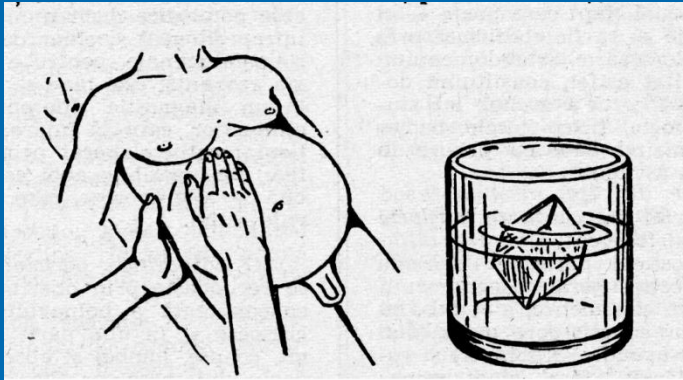
Palparea bimanuala



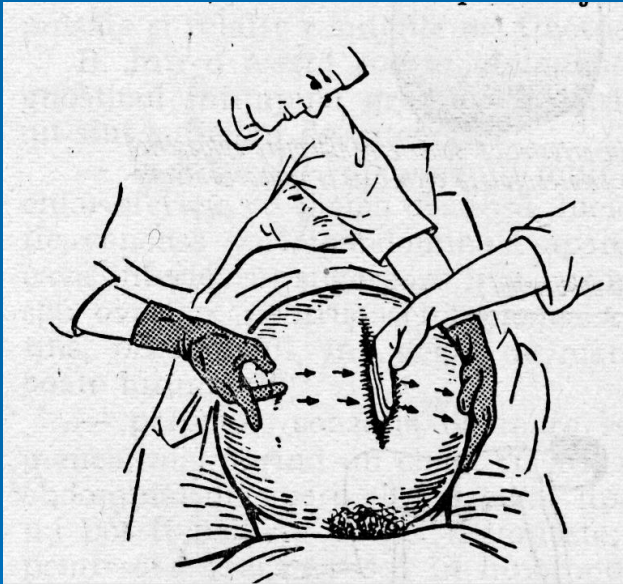
Palparea ficatului



Palparea prin balotare (semnul bulgarelui de gheata)



Semnul valului in ascita de volum mediu in decubit dorsal



Palparea veziculei biliare



Palparea splinei in decubit dorsal



Palparea splinei in decubit lateral drept prin acrosare



Palparea rinichiului prin metoda Guyon



Palparea rinichiului prin metoda Glenard si Israel



Semnul clapotajului



Palparea penetranta



Manevra Rowssing



Percuția – pune în vibrație un anumit teritoriu – sunetele obținute fiind variabile în funcție de structura, elasticitatea și conținutul în aer al organului sau zonelor vecine.

Tipuri - Directă produce sunete cu intensitate redusă, difuze, punând în vibrație un teritoriu foarte mare – orientativă
- Digito- digitală (Piorry) – superficială și profundă

Informații – 3 - 4 cm diametru
- 7 - 8 cm profunzime

Tehnică – percuție – topografică – limite anatomice ficat, plămân, cord
- comparativă – utilă pentru delimitarea unui fenomen patologic

După caracterele acustice sunetele pot fi:

- sonore (emfizem – hipersonoritate, pneumotorax – timpanism)
- mate (lichidiană, parenchimotoasă – normal ficat, rinichi sau patologic - tumoră)

Percutia ficatului



Percutia splinei



Percutia ascitei de volum mare in pozitie ortostatica



Auscultația – se face cu stetoscopul biauricular (monoauricular numai la ginecologi) utilă la examinarea plămânului, cordului, vase (sufluri arteriale)

Tehnica examenului obiectiv

– pe sisteme și aparate – mai funcțională
pe segmente – mai comodă pentru pacient, dar necesită mai multă experiență.

Normalul examenului obiectiv – stagiul. Da

Dg. de sindrom – pe baza anamnezei și ex. obiectiv se stabilește în continuare.

Auscultatia arterei mezenterice



Auscultatia in sindromul Cruveilhier-Baumgarten



Planul de explorări:

- Explorări biologice – de triaj sau specifice bolii respective
- Explorări anatomopatologice
- Explorări paraclinice – invazive sau neinvazive

Fișa curbelor biologice cuprinde monitorizarea principalilor parametrii clinici:

- Temperatura
- Pulsul
- TA
- Greutatea (edeme, ascită)
- Diureza
- Tranzitul intestinal

Fișa de tratament

Fișa de evoluție

Epicriza

Simptomele generale - Febra

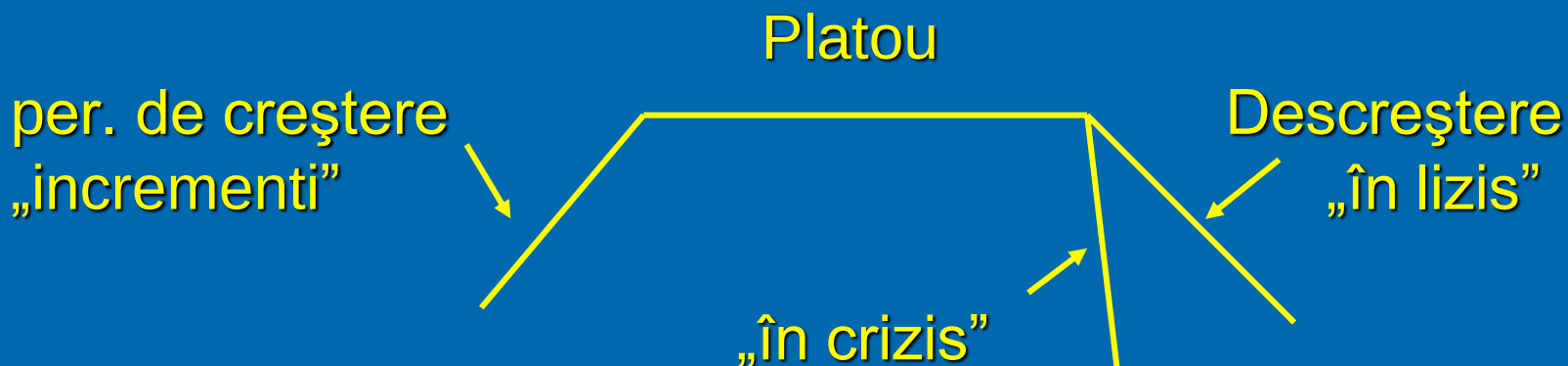
- Nu aparțin unui organ sau aparat, dar pot apare într-un context clinic evocator, fiind uneori motivul pentru care bolnavul se adresează medicului (ex. sindromul febril).
- **Febra** – creșterea temperaturii corpului peste limita considerată normală de 37°C
- Normal – 2 măsurători:
 - Dimineața orele 7-9; normal: 36,5-36,8 °C
 - Seara orele 16-18; normal: 36,8-37 °C
- Trepte valorice ale stării febrile:
 - Stare subfebrilă: 37-38 °C
 - Febră moderată: 38-39 °C
 - Febră mare: 39-41 °C
 - Hipertermie: peste 41 °C, fiind depășit centrul de control hipotalamic

Manifestări clinice asociate febrei

- **Frisonul** precede de obicei orice ascensiune febrilă fiind determinat de descărcarea în sânge a germenilor bacterieni. Se manifestă prin apariția bruscă a unei senzații de frig, care determină contracții musculare de scurtă durată (piloerecție). Atenție – frisonul precede întotdeauna o ascensiune febrilă. Ex. Pneumonie, supurații, infecții urinare, malaria, după transfuzii de sânge.
- **Transpirațiile** apar în ascensiunile febrile mari sau după medicamente antipiretice
- **Tulburările neuropsihice** – convulsii, dezorientare, confuzie, delir la copii, alcoolici, cirofici
- **Disociațiile puls – temperatură** – febră + tahicardie în miocarditele din RAA, viroze sau E1

După aspectul curbei termice – tipuri semiologice de febră (importanță redusă actual)

- **Febră în platou sau continuă** – nu are diferențe mai mari de 1 °C între temperatura matinală și vesperală.



- **Febră remitentă** – diferențe $> 1^{\circ}\text{C}$ între temperatura matinală și cea vesperală. Febra hectică $> 3 - 4^{\circ}\text{C}$ – septicemii, pielonefrite, angiocolite

- **Febra intermitentă** – alternarea unor perioade febrile cu unele afebrile, care se poate produce neregulat sau la intervale fixe.

Tipuri – febra recurentă – perioade febrile de 5-8 zile urmate de perioade de afebrilitate. Apare în TBC, limfoame, leptospiroze și unele boli virale sau bacteriene.

- febra ondulantă – ascensiune progresivă a temperaturii, urmată de scăderea treptată, după care ciclul se reia. Apare în Boala Hodgkin (Pel-Ebstein), neoplasme sau bruceloză.

- **Febra de tip invers** – temperatura matinală este mai mare decât cea veperală. Apare în: forme grave de TBC, supurații închise.

- **Febra neregulată** – cea mai frecventă în practică.

Cauzele principale ale stărilor febrile:

1. Infecțioase sau parazitare – Febră infecțioasă

- TBC
- Bacteriene
- Virale
- Parazitare

2. Boli neoplazice – Febra neoplazică

- Neoplasme de organ
- Boli hematologice (hemopatii maligne, leucemii, limfoame).

3. Boli inflamatorii – Febra din collagenaze

- Colagenoze (LES, PR, DM, SD, Sd Sharp)
- Vasculite sistemice
- Boli autoimune
- RAA.

4. Boli endocrine – Febra endocrină

- Hipertiroidia

5. Alte cauze de febră

- Hemoliza acută și cronică
- Distrugerii tisulare (hematoame, infarctizări, arsuri, AVC)
- Boli metabolice (porfirie, guta)
- Unele medicamente sau intoxicații

Un bolnav cu febră de peste 3 săptămâni fără cauză precizată se etichetează cu Dg. de sindrom febril prelungit – se internează și se monitorizează curba febrilă. În frison se recoltează obligatoriu urocultură și hemocultură



Cefaleea – durerea de cap

➤ **Anamneza durerii** - Localizarea

- Durata
- Evoluția
- Caracterul durerii
- Evoluția în timp (acută sau cronică)
- Factorii care o exacerbează sau

ameliorează

- Raspunsul la terapia antialgică uzuală

➤ **Mecanisme de producere**

Afectare vasculară (artere, vene), iritații nervoase, iritația sau inflamația meningelor, creșterea presiunii intracraniene, spasmul sau inflamația mușchilor spinali sau cranieni.

Tipuri de cefalee:

1. Cefaleea de cauză vasculară

- **Migrena** – cefalee cu caracter de hemicranie cu aspect paroxistic datorată unor modificări hemodinamice cerebrale tranzitorii – cu aspect pulsatil. Apare la femei tinere cu preocupări intelectuale având predispoziție ereditară.
Clinic: - Semne premonitorii – aură (vizuale scatoame și/sau halucinații sau senzoriale) care apar cu câteva ore înainte de accesul dureros.
 - Perioada de stare – durere bruscă pe o jumătate de cap, atingând brusc intensitatea maximă+ grețuri, vărsături, balonări, chiar diaree și foto- sau fonofobie. Durata are rar 1-2 zile și se termină brusc. Cedează greu la medicația antialgică obișnuită.
- **HTA – Cefalee** – în puseele hipertensive sau AVC
Caractere – surdă, difuză
 - frecvent occipitală (frontooccipitală)
 - în AVC + fenomene neurologice de focar
- **Afecțiuni ale vaselor cerebrale** –
 - Arterita temporală a lui Horton
 - Poliarterita nodoasă (PAN)
 - Tromboze venoase cerebrale sau HIC

2. Cefaleea din afecțiunile intracraniene

- **Tumorile cerebrale (intracraniene)** – primitive sau metastatice. Simptome în funcție de localizare și rata de creștere tumorală.
Clinic: Cefalee + HIC + Semne neurologice de focar + Sd. de impregnație tumorală + Semne după localizare – Sd. de lob frontal și tulburări vizuale
Paraclinic: RMN + CT cerebral
- **Meningitele** (cefalee prin inflamația meningelui). Cefalee generalizată + Semne de iritație meningeală (rigiditatea cefei Kernig-Brudzinsky) + Tulburări neuropsihice (confuzie, delir) + Semne generale infecțioase (febră, frison) + Fotofobie – Complicația cu encefalită – tulburări majore ale stării de conștiență.
- **Abcesul cerebral** – supurația cerebrală după otite, abcese, sinuzite sau diseminare hematogenă. Apar semne neurologice de focar și fenomene infecțioase.
- **AVC hemoragic**: cefalee difuză cu rigiditatea cefei.

3.Cefaleea din procesele patologice extracraniene de vecinatate

- Otite, otomastoidite, sinuzite (examen ORL)
- Dureri dentare (examen stomatologic)
- Dureri oculare: glaucom, irite sau iridociclite, vicii de refractie (examen oftalmologic)
- Artrozele coloanei cervicale – spondiloza cervicala cu insuficienta circulatorie vertebrobazilara (sindromul Guillaume-Barre)

4. Cefaleea din afectiunile nervilor cranieni

- **Nevralgia de trigemen** – dureri paroxistice pe una sau mai multe ramuri ale nervului trigemen.
- **Nevralgia glosofaringianului** – are zona de declansare la nivelul amigdalelor si peretelui posterior al faringelui, iradiind spre unghiul mandibulei si ureche.



5. Cefaleea din bolile generale

- Anemii, hemopatii maligne
- Boli respiratorii cu insuficienta pulmonara (hipoxemie, hipercapnie)
- Colagenoze
- Diabet zaharat (hipoglicemii)
- Dezechilibre hidroelectrolitice si acidobazice
- Boli endocrine
- Intoxicatii exogene (alcool, fumat, medicamente, droguri)

6. Cefaleea psihogena

- Sindromul de suprasolicitare determina cefalee difuza, surda, iritabilitate si insomnie.

Planul de explorare al unei cefalei se face in functie de suspiciunea etiologica: CT, RMN, punctie lombara si consulturi interdisciplinare (ORL, oftalmologie, FO).

Ametelile si vertijul

- **Ametelile** reprezinta senzatia de nesiguranta, instabilitate sau clatinare in ortostatism sau la mers. Apar in urmatoarele situatii:
 - hemoragii acute
 - hipoglicemia
 - AIT
 - precede lipotimiile si sincopele
 - spondiloza cervicala – crize de “dropp-attack” la miscarile bruste ale capului
 - insoteste bolile generale (anemii, hipoxie, insuficienta hepatica si renala)
 - nevrotici.

- **Vertijul** – ameteala puternica asociata cu o senzatie rotatorie in plan orizontal sau vertical. Fiziologic poate apare in caz de neadaptare a sistemului labirintic la diverse situatii (rau de inaltime, de mare sau de voiaj).

Patologic poate fi:

- **De tip periferic** prin disfunctie vestibulara: tipic Vertijul Meniere (afectare labirintica unilaterala) care se caracterizeaza prin debut brusc, infundarea unei urechi in care apare un zgomot ritmic numit tinitus. Criza dureaza zeci de minute cu tulburari de echilibru cu caracter rotator, greturi, varsaturi si transpiratii. Mai poate apare vertij periferic cu caracter bilateral in consum de droguri, alcool, afectiuni acute otomastoidiene si sindrom Guillaume-Barre in spondiloza cervicala cu crize de “dropp-attack”
- **De tip central** in AVC

Astenia, fatigabilitatea si impotenta functionala

- **Astenia** – este termenul medical pentru oboseala. Obligativu trebuie diferentiata de dispnee.

Tipuri de astenie:

- Fizica – manifestare generala specifica bolilor neurologice (miastenia gravis, polineuropatii, scleroze multiple, boala Parkinson).
- Mixta (fizica si psihica): anemii, infectii acute bacteriene sau virale, boli cronice hepatice, IRC, boli neoplazice, boala Addison, boli tiroidiene
- Astenia cronica primara predomina la femei intre 25 – 45 ani cu examenul clinic si explorarile paraclinice normale fiind legata de probleme psihologice, psihiatrice sau de sindromul de suprasolicitare.

- **Fatigabilitatea** reprezinta oboseala fizica mai ales musculara, lipsa de energie, senzatia de epuizare. Este un simptom clinic specific in boli sistemice, endocrine sau metabolice.
- **Impotenta functionala** reprezinta imposibilitatea efectuarii unui act motor datorita unei afectari neurologice, musculare, articulare sau arteriale, fiind localizata la un anumit segment al corpului.