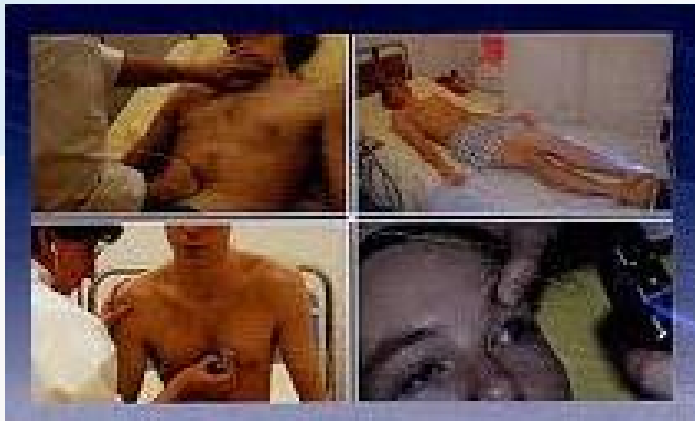
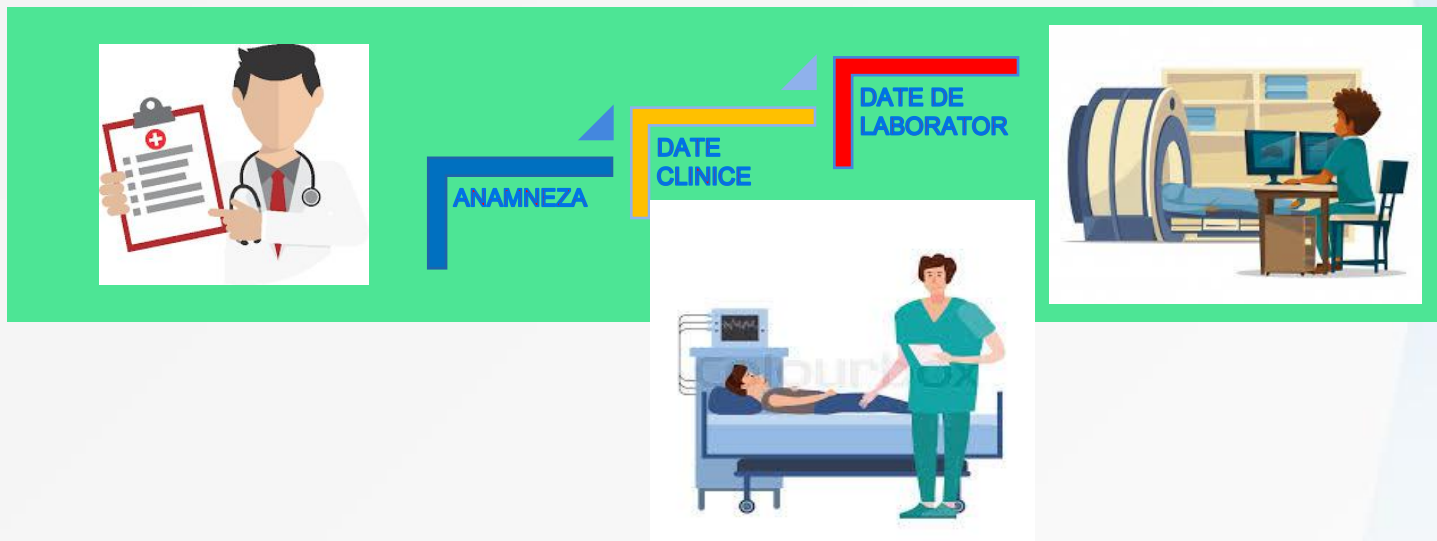


SEMIOLOGIA MEDICALĂ





Semiologia medicală este disciplina clinică care se ocupă cu:

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

ANAMNEZA



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

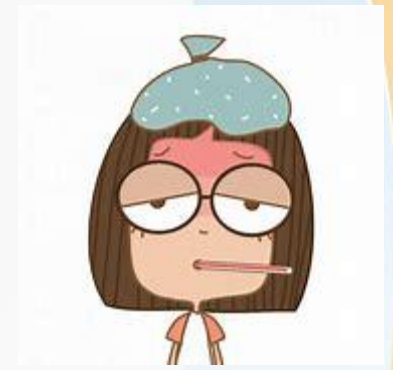


SIMPTOME



- **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*.

SIMPTOME



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

CLASIFICAREA SIMPTOMELOR

Simptome specifice

- dispnee
- tuse
- durere toracică

Simptome generale

- astenie fizică
- cefalee

- Simptomele pot fi clasificate în **simptome specifice** patologiei unui aparat sau sistem și **generale** (*nespecifice*).

SIMPTOME SPECIFICE



- **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.

SIMPTOME SPECIFICE

- 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**
 - + **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. ”*



SIMPTOME GENERALE



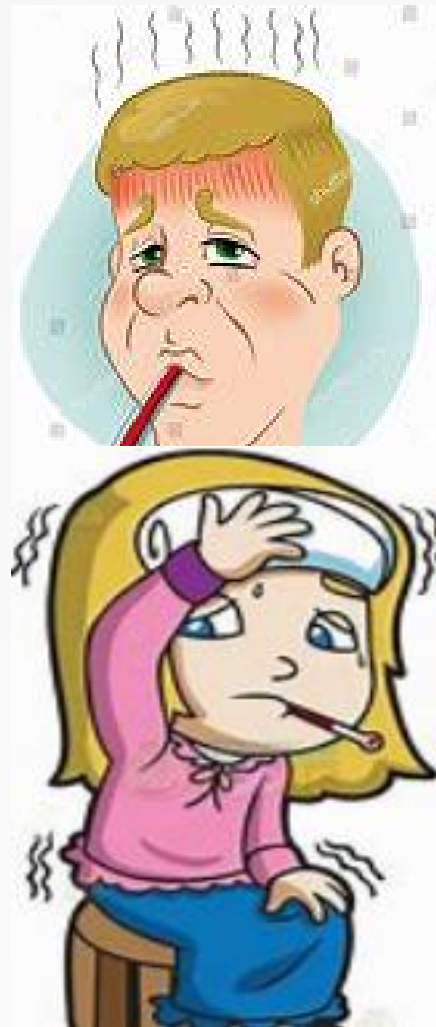
- **Simptomele generale**

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.

SIMPTOME GENERALE

- De regulă, aceste simptome, orientează spre **etiologia afecțiunii date** (infecțioasă, alergică, neoplazică sau colagenotică) și *gravitatea unor boli.*



SEMNELE

- **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).



SEMNELE

- **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.



SEMNELE

- *Întrebările curenț 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?



SEMNELE

- **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?

SEMNELE

- **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 ai 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?

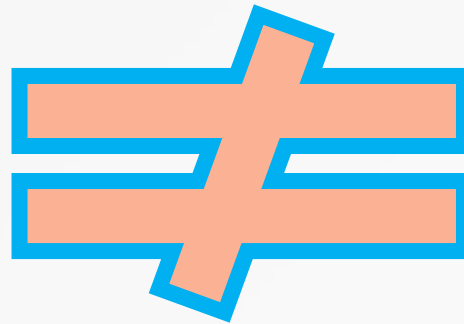


SINDROMUL

- 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

- **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 **bine** complet fizic, mental și social și nu constă numai din absența bolii sau infirmității.”

ACUTĂ

CRONICĂ

BOALA

CONGENITALĂ

DOBÂNDITĂ

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

- **diagnosticul anatomoclinic**
 - **diagnosticul etiologic**
- **diagnosticul evolutiv (stadial)**
 - **diagnosticul funcțional**
- **diagnosticul complicațiilor**
- **diagnosticul bolilor asociate**

ANAMNEZA (DISCUȚIA CU BOLNAVUL SAU INTEROGATORIUL)

- **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.



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***

➤ ***medicul va fi atent nu numai la 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.
- să evite **întrebările sugestive** la care s-ar putea obține răspunsuri neconforme cu realitatea, din rândul acelorora pe care pacientul le consideră a fi dorite de medic.
- să evite **întrebările la care răspunsurile să fie de genul „da” sau „nu”**, privând examinatorul de alte aspecte descriptive legate de boală.

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.
- **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.
- **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).



Datele personale

- 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 ulcerooasă.



Datele personale

- **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.

ETAPELE ANAMNEZEI

❖ **Motivele internării**

❖ **Istoricul bolii**

❖ **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.



MOTIVELE INTERNĂRII

- În practică întâlnim **patru situații** concrete referitoare la motivele de internare.
 1. 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).
 2. 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.

MOTIVELE INTERNĂRII

3. 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.

4. 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”**.

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.

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**).

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.



MODUL DE DEBUT

- **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).
- 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 CARACTERERELOR 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 amețeală, 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 această 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 hematopoietic:

- Faceți ușor vânătăi?
- Sângerați 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?

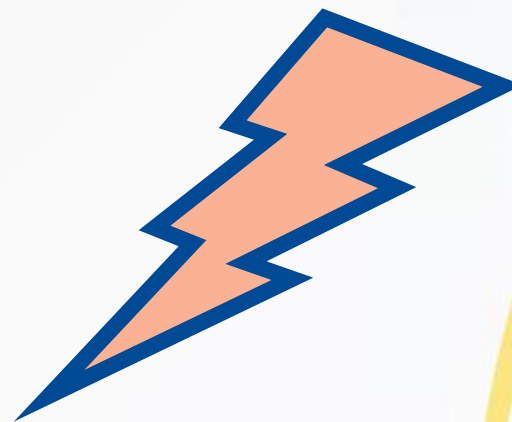


- **Aparat cardiovascular:**

- 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 bătaii 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.

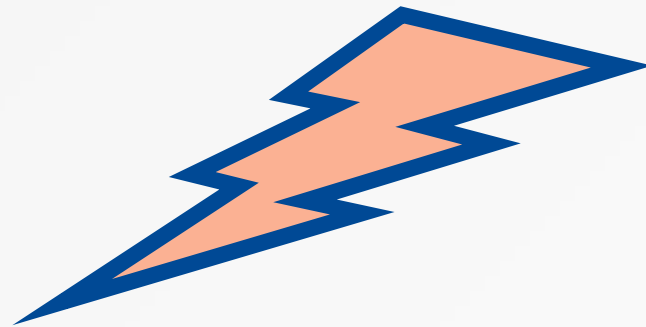
- Aveți dificultăți sau durere la urinat?
- Urinați mai mult sau mai puțin ca de obicei?
- S-a schimbat culoarea urinii?
- S-a modificat jetul urinar?
- Există întârzieri înainte de a începe să urinați?
- Jetul este sub formă de picături spre sfârșit?
- Ați observat sânge în urină?
- Ați avut infecții 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 amețeală?
- 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.

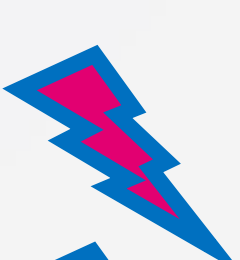


EXEMPLU PRACTIC DE ISTORIC

„ 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..., ... ,.... .”



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.
- 

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.

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, telangiectazia 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** (infecto-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).



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 menstrae (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 zaharat);

ANTECEDENTELE PERSONALE FIZIOLOGICE (APF)

- ❑ **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).

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);

ANTECEDENTELE PERSONALE PATOLOGICE (APP)

- **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);



ANTECEDENTELE PERSONALE PATOLOGICE (APP)

- **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).

ANTECEDENTELE PERSONALE PATOLOGICE (APP)

- **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*.

ANTECEDENTELE PERSONALE PATOLOGICE (APP)

- **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).

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;



- **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), avînd 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 tubulointerstitială).



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 anticoncepționale;
- **depresia** secundară tratamentului cu betablocante sau interferon.