

Coautori: Prof. Dr. Dinu M. ANTONESCU

Conf. Dr. Ioana BRUCKNER

Dr. Adriana GURGHEAN

SEMIOLOGIE medicală și DIAGNOSTIC diferențial



EDITURA MEDICALĂ
București, 2018

CUPRINS

Prefață	9
Partea I – ELEMENTE GENERALE	11
1. <i>Semiologie – diagnostic diferențial</i>	11
2. <i>Anamneza</i>	18
2.1. Definiție – generalități – obiective	18
2.2. Condițiile de realizare a anamnezei	20
2.3. Atitudinea medicului	20
2.4. Tehnica anamnezei	22
2.5. Componentele anamnezei și valoarea lor	23
2.6. Situații speciale în anamneză	30
3. <i>Examenul obiectiv</i>	33
3.1. Definiție – obiective – generalități	33
3.2. Principiile și condițiile examinării corecte	34
3.3. Metodele examenului fizic	37
3.3.1. Inspecția	37
3.3.2. Palparea	38
3.3.3. Percuția	39
3.3.4. Auscultația	41
3.4. Tehnica examinării	42
3.5. Situații speciale de examinare	43
Partea a II-a – PRINCIPALELE SIMPTOME	45
4. <i>Durerea</i>	45
4.1. Definiție – generalități	45
4.2. Baza anatomo-funcțională a sensibilității dureroase	46
4.3. Caracterile clinice ale durerii	49
4.4. Clasificarea durerii și tipuri clinice de durere	52
4.4.1. Durerea extremității cefalice – cefaleea	54
4.4.1.1. Structuri cefalice sensibile la durere	54
4.4.1.2. Clasificarea cefaleei, mecanismul și caracterele diferitelor tipuri de cefalee	55
4.4.1.3. Demersul diagnostic	57
4.4.2. Durerea toracică	59
4.4.2.1. Dureri de origine parietală	59
4.4.2.2. Dureri de origine respiratorie	62
4.4.2.3. Dureri de origine cardiovasculară	62
4.4.2.4. Dureri cu originea în alte organe mediastinale	66
4.4.2.5. Concluzii – demersul diagnostic	67
4.4.3. Durerea abdominală	69
4.4.3.1. Inervația și mecanismele durerii viscerale abdominale	69
4.4.3.2. Durerea peritoneală	69
4.4.3.3. Dureri cu originea în tubul digestiv și glandele anexe	70
4.4.3.4. Dureri de origine urogenitală	72
4.4.3.5. Dureri de origine nervoasă și alte dureri abdominale	73
4.4.3.6. Abdomenul acut	74
4.4.3.7. Durerea cronică abdominală	76

4.4.4. Durerea lombară	77
4.4.4.1. Substratul anatomic și funcțional	77
4.4.4.2. Principalele cauze de durere lombară	77
4.4.4.3. Dureri viscerale iradiate lombar	79
4.4.5. Durerea extremităților	79
5. Pruritul	87
6. Dispneea	89
6.1. Definiție – terminologie – generalități	89
6.2. Bazele fiziologice și mecanismele dispneei	91
6.2.1. Ventilația	91
6.3. Cauzele dispneei	94
6.4. Principalele tipuri clinice de dispnee	95
6.4.1. Dispneea din afecțiunile respiratorii	96
6.4.2. Dispneea din bolile cardiace	97
6.4.3. Dispneea din anemii	99
6.4.4. Dispneea psihică	99
6.4.5. Alte modificări respiratorii	99
6.4.6. Demersul diagnostic la bolnavul dispneic	100
7. Tusea și expectorația	103
7.1. Definiție – generalități	103
7.2. Mecanismul tusei	104
7.3. Tipuri clinice de tuse	106
7.4. Complicațiile tusei	107
7.5. Examenul sputei	108
7.6. Cauze de tuse și tipuri caracteristice de spută	110
7.6.1. Demersul diagnostic la bolnavul ce se prezintă cu tuse	113
7.7. Hemoptizia	114
7.7.1. Diagnosticul de hemoptizie	114
7.7.2. Evaluarea hemoptiziei	115
7.7.3. Cauze de hemoptizie	115
7.7.4. Demersul diagnostic în hemoptizie	117
8. Palpitațiile	119
9. Pierderile stării de conștiență	121
9.1. Definiție și precizarea termenilor	121
9.2. Descrierea semiologică a sincopelor	122
9.3. Principalele tipuri de sincopă	123
9.4. Diagnosticul diferențial al sincopelor	125
9.5. Demersul diagnostic în sincopă	126
10. Apetitul și modificările sale	128
10.1. Definiție – terminologie	128
10.2. Elemente de fiziologie	128
10.3. Modificări patologice	129
11. Greăța	132
12. Vărsătura	133
12.1. Definiție – fiziologie	133
12.2. Cauzele vărsăturii	134
12.3. Caracterile conținutului vărsăturii	135
12.4. Circumstanțe de apariție și interpretare clinică a diferitelor tipuri de vărsătură	136
13. Regurgitația	138
14. Tulburările deglutiției	139
14.1. Definiție – terminologie	139
14.2. Reflexul și mecanismul deglutiției	139
14.3. Tipuri de disfagie	140
14.4. Demersul diagnostic la pacientul cu disfagie	142
15. Hemoragia digestivă	143
15.1. Terminologie – definiții	143
15.2. Hemoragiile digestive superioare	144
15.3. Demersul diagnostic în hemoragia digestivă superioară	148
15.4. Hematochezia	149
16. Tulburările tranzitului digestiv	151
16.1. Generalități – bază fiziologică – definiții	151

16.2. Cauzele și caracterele constipației	152
16.3. Cauzele și caracterele diareei	154
17. Alte simptome digestive	159
17.1. Rumi-nația (mericismul)	159
17.2. Sughit-ul	159
17.3. Piroz-isul	160
18. Tulburările diurezei	161
18.1. Diureza normală	161
18.2. Poliuria	162
18.3. Oliguria	163
18.4. Anuria	164
18.5. Nicturia	164
18.6. Opsiu-ria	165
19. Tulburările micțiunii	166
19.1. Micțiunea normală	166
19.2. Polachi-uria	166
19.3. Disuria	167
19.4. Micțiunea dureroasă	168
19.5. Retenția de urină	168
19.6. Incontinența urinară	169
20. Hematuria	171
20.1. Date generale	171
20.2. Etiologia hematuriei	172
20.3. Demersul diagnostic	173
21. Piuria	175
Partea a III-a – EXAMENUL OBIECTIV	177
22. Examenul general	177
22.1. Atitudinea	178
22.2. Tipurile constituționale	184
22.3. Starea de nutriție Conf. Dr. Ioana Bruckner	185
22.3.1. Reglarea greutății corporale	186
22.3.2. Evaluarea stării de nutriție	188
22.3.3. Obezitatea	189
22.3.4. Deficitele de nutriție	191
22.3.5. Deficitele nutriționale calitative	193
22.4. Starea mintală și de conștiență	193
22.5. Febra	195
22.5.1. Demersul diagnostic în stările febrile	200
22.6. Starea generală	201
23. Creșterea și dezvoltarea Conf. Dr. Ioana Bruckner	203
23.1. Introducere	203
23.2. Principiile și metodele de evaluare a creșterii și dezvoltării	204
23.3. Factorii care determină creșterea și dezvoltarea normală	206
23.4. Creșterea și dezvoltarea normală	208
23.5. Creșterea și dezvoltarea patologică	213
23.5.1. Nanismele	214
23.5.1.1. Nanisme de cauză genetică	215
23.5.1.2. Nanisme de cauză endocrină	216
23.5.1.3. Nanisme în boli viscerale	217
23.5.2. Gigantismul și hiperstaturalitatea	218
23.5.3. Tulburări ale pubertății	220
24. Semiologia tegumentelor	222
24.1. Structura tegumentelor și fanerelor	222
24.2. Funcțiile pielii	225
24.3. Tehnica examinării și date generale	226
24.4. Leziunile elementare cutanate	227
24.5. Leziunile hemoragice	231
24.6. Leziunile vasculare	232
24.7. Alte leziuni	233
24.8. Modificările de culoare ale pielii	234
24.8.1. Hiperpigmentări cutanate	234

24.8.2. Hipopigmentări cutanate	237
24.8.3. Paloarea	238
24.8.3.1. Demersul diagnostic în anemie	240
24.8.4. Eritemul	241
24.8.5. Icterul	242
24.8.5.1. Bazele fiziologice	242
24.8.5.2. Clasificarea icterelor	243
24.8.5.3. Fiziopatologia diferitelor ictere	245
24.8.5.4. Caracterele semiologice ale icterelor	246
24.8.5.5. Demersul diagnostic în icter	249
24.8.6. Cianoza	250
24.8.6.1. Definiție și încadrare	250
24.8.6.2. Bazele fiziologice	251
24.8.6.3. Cauze și tipuri de cianoză	252
24.8.7. Circulația colaterală venoasă	256
24.9. Semiologia fanerelor	258
25. Edemul	261
25.1. Definiție și semiologie generală	261
25.2. Bazele fiziopatologice	262
25.3. Tipuri clinice de edeme	269
25.3.1. Edeme generalizate	269
25.3.2. Edeme localizate	273
26. Semiologia țesuturilor moi (țesuturile subcutanat și muscular)	276
26.1. Semiologia țesutului subcutanat	276
26.2. Elemente de semiologie a mușchilor	279
27. Semiologia generală a ganglionilor limfatici	283
27.1. Grupele ganglionare accesibile examenului clinic	283
27.2. Tehnica generală de examinare și caracterele generale ale ganglionilor	285
27.3. Tipuri generale de adenopatii	286
28. Semiologia aparatului locomotor (Prof. Dr. Dinu M. Antonescu)	287
28.1. Examenul local	287
28.2. Semiologia aparatului locomotor pe segmente	297
28.2.1. Semiologia centurii scapulare	297
28.2.2. Semiologia cotului	305
28.2.3. Semiologia pumnului și a mâinii	310
28.2.4. Semiologia centurii pelvine și a șoldului	317
28.2.5. Semiologia genunchiului	326
28.2.6. Semiologia gleznei și a piciorului	334
28.2.7. Semiologia coloanei vertebrale	342
29. Examenul extremității cefalice	353
29.1. Date de anatomie	353
29.2. Tehnici de examinare	358
29.3. Modificări individuale ale organelor și structurilor extremității cefalice	360
29.4. Faciesul	370
30. Semiologia aparatului respirator	372
30.1. Elemente de anatomie și fiziologie	372
30.1.1. Topografia toracelui	372
30.1.2. Noțiuni de anatomie	375
30.1.3. Elemente de fiziologie	376
30.2. Inspecția toracelui în patologia respiratorie	378
30.2.1. Inspecția generală	378
30.2.2. Inspecția specifică	379
30.2.2.1. Inspecția morfologică	379
30.2.2.2. Inspecția dinamică	383
30.3. Palparea toracelui	384
30.4. Percuția toracelui	386
30.4.1. Percuția toracelui normal	386
30.4.2. Date obținute prin percuție	388
30.5. Auscultația pulmonară	390
30.5.1. Istoricul auscultației pulmonare	390
30.5.2. Tehnica auscultației	391
30.5.3. Zgomotele normale respiratorii	392

30.5.4. Modificările patologice ale murmurului vezicular	393
30.5.5. Transmiterea patologică a suflului laringotraheal – suflurile pleuro-pulmonare	395
30.5.6. Zgomotele patologice supraadăugate	396
30.5.6.1. Ralurile	397
30.5.6.2. Frecătura pleurală	400
30.5.7. Diagnosticul diferențial al zgomotelor supraadăugate pulmonare	401
30.5.8. Auscultația tusei	401
30.5.9. Auscultația vocii	402
31. Examenul sânelui și axilei	403
31.1. Noțiuni de anatomie	403
31.2. Tehnica examinării și datele obținute	404
32. Semiologia aparatului cardiovascular	407
32.1. Date esențiale de anatomie și fiziologie	407
32.1.1. Anatomia cordului	407
32.1.2. Noțiuni de fiziologie a cordului	412
32.1.3. Vasele	415
32.2. Inspecția	415
32.2.1. Inspecția generală	415
32.2.2. Inspecția specifică	420
32.2.2.1. Inspecția regiunii cervicale anterioare	420
32.2.2.2. Inspecția toracelui anterior	422
32.3. Palparea	423
32.4. Percuția	426
32.5. Auscultația cordului	428
32.5.1. Date generale	428
32.5.2. Auscultația cordului normal	430
32.5.3. Modificările patologice ale zgomotelor 1 și 2	432
32.5.4. Zgomotele supraadăugate diastolice	435
32.5.5. Zgomotele supraadăugate sistolice – clicurile	438
32.5.6. Ritmul în trei timpi	439
32.5.7. Suflurile – generalități	440
32.5.7.1. Suflurile sistolice	442
32.5.7.2. Suflurile diastolice	446
32.5.7.3. Suflurile continue	449
32.5.7.4. Frecătura pericardică	450
32.6. Examenul vaselor de sânge	450
32.6.1. Examenul arterelor	450
32.6.2. Examenul venelor	459
33. Semiologia organelor abdominale	462
33.1. Noțiuni de topografie și anatomie	462
33.2. Condiții și metode de examinare	464
33.3. Inspecția	465
33.4. Palparea	469
33.5. Percuția	480
33.6. Auscultația	482
33.7. Examenul anorectal	484
33.8. Examenul regiunii inghinale	486
34. Examenul organelor genitale externe	487
34.1. Organele genitale externe masculine	487
34.2. Organele genitale externe feminine	489
Partea a IV-a – PRINCIPALELE SINDROAME	491
35. Principalele sindroame pulmonare și pleurale.	493
35.1. Sindromul bronșitic.	493
35.2. Sindromul de condensare pulmonară	498
35.3. Sindromul lichidian pleural	502
35.4. Sindromul pneumotorax	507
35.5. Sindromul mediastinal	509

36. <i>Principalele sindroame cardiace.</i>	515
36.1. Sindroamele valvulare (<i>Dr. Adriana Gurghean</i>)	515
36.1.1. Stenoza aortică	516
36.1.2. Insuficiența aortică	523
36.1.3. Dubla leziune aortică	530
36.1.4. Stenoza mitrală	531
36.1.5. Insuficiența mitrală	533
36.1.6. Dubla leziune mitrală	537
36.1.7. Stenoza tricuspidiană	537
36.1.8. Insuficiența tricuspidiană	538
36.1.9. Stenoza pulmonară	538
36.1.10. Insuficiența pulmonară	539
36.2. Sindromul de ischemie miocardică	540
36.3. Sindroamele pericardice	545
36.3.1. Sindromul pericarditei lichidiene	546
36.3.2. Sindromul de constricție pericardică	548
36.4. Sindromul de ischemie periferică (<i>Prof. Dr. Ion I. Bruckner, Dr. Adriana Gurghean</i>)	549
36.4.1. Sindromul de ischemie periferică cronică	550
36.4.2. Sindromul de ischemie periferică acută	552
37. <i>Principalele sindroame în patologia tubului digestiv</i>	554
37.1. Sindromul esofagian	554
37.2. Sindroamele dispeptice	556
37.2.1. Sindromul gastroduodenal	556
37.2.2. Sindroame determinate de perturbarea tranzitului intestinal	559
37.2.2.1. Sindromul diareic acut	560
37.2.2.2. Sindromul de malabsorbție	561
37.2.2.3. Sindromul diareic cronic fără malabsorbție	564
37.2.2.4. Sindromul de constipație	564
37.3. Sindromul ascitic	566
37.4. Sindromul de hipertensiune portală	569
38. <i>Principalele sindroame ale aparatului urinar</i>	573
38.1. Sindroamele glomerulare	573
38.1.1. Sindromul nefritic	574
38.1.2. Sindromul nefrotic	575
38.1.3. Cauzele sindroamelor glomerulare	576
38.2. Sindromul tubulointerstițial	578
39. <i>Insuficiențele de organ</i>	581
39.1. Sindromul de insuficiență respiratorie	581
39.2. Sindromul de insuficiență cardiacă (<i>Dr. Adriana Gurghean</i>)	586
39.3. Sindromul de insuficiență hepatică	593
39.4. Sindroamele de insuficiență renală	597
39.4.1. Sindromul de insuficiență renală acută	597
39.4.2. Sindromul de insuficiență renală cronică	600
Partea a V-a – PREZENTAREA DE CAZ CLINIC	605
40. <i>Prezentarea de caz comună</i>	607
41. <i>Prezentarea de caz pentru concurs (sau examen)</i>	608
41.1. Etapa I – Examinarea bolnavului	609
41.2. Etapa a II-a – Gândirea	611
41.3. Etapa a III-a – Prezentarea	612
42. <i>Prezentarea de caz pentru publicare.</i>	616
Bibliografie selectivă	617

ELEMENTE GENERALE

1. SEMIOLOGIE – DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

Motivul pentru care un om se adresează medicului, un alt om cu o presupusă calificare, este de regulă o suferință pentru care crede că celălalt îl poate ajuta. Această afirmație, aparent cu totul banală, are mai multe implicații foarte importante pentru practica medicală.

În primul rând, subliniază faptul că relația medic – bolnav este înainte de toate o relație interumană, în care, în al doilea rând, unul dintre parteneri pune în răspunderea celuilalt unul dintre cele mai prețioase bunuri ale sale – sănătatea sau viața. Face aceasta (în al treilea rând) pornind de la presupuziția că celălalt are o anumită calificare prin care să fie atins scopul demersului – ajutorul, respectiv alinarea suferinței sau rezolvarea nevoii pentru care a solicitat ajutor.

Pornind de la importanța individuală a elementelor puse în relație, sănătatea sau viața, rezultă valoarea majoră a presupuziției de competență din care derivă o importantă parte a eticii (moralității) profesiei medicale, respectiv răspunderea individuală a medicului față de competența sa și răspunderea celor care atestă această competență.

Pentru clarificarea prezentării este necesar să precizăm ceea ce se înțelege prin boală și sănătate. Boala reprezintă o stare a unui organism viu în care funcția acestuia (a unui organ component sau în întregime) nu se desfășoară la parametrii optimi. Boala poate avea ca expresie o modificare morfologică, macro- sau microscopică, biochimică sau numai funcțională; poate fi urmarea unei agresiuni externe sau a unui viciu intern al organismului. O boală are însă întotdeauna o serie de modificări caracteristice, o cauză și un mecanism de producere, care pot fi uneori numai parțial cunoscute.

În baza modificărilor caracteristice, a cauzelor și mecanismelor, bolile pot fi încadrate într-un sistem de clasificare.

Sănătatea ar putea fi definită ca starea organismului cu absență a bolii, adică de funcționare optimă. Este probabil că, din punct de vedere al profesiei medicale (și chiar și al înțelegerii generale), așa și este. Organizația Mondială a Sănătății însă a definit sănătatea ca: "starea de bine fizic, mintal și social, nu numai simpla absență a bolii sau infirmității". Această definiție ideală

cuprinde și bunăstarea psihică și, mai ales, pe cea socială, care nu pot intra în responsabilitatea numai a profesiei medicale. Aceasta este implicată numai în menținerea cât mai aproape de optim a funcționării biologice și parțial psihice a organismului, deci cu limitarea stării de boală.

Scopul major al relației medic – bolnav rezultă a fi alinarea sau prevenirea suferinței, adică tratamentul curativ sau profilactic.

Această noțiune nu poate fi îndeajuns subliniată – finalitatea actului medical este tratamentul.

Pentru a putea realiza acest scop, medicul trebuie însă să evalueze cauza și mecanismele prin care s-a ajuns la suferință, să compare datele obținute de la bolnav cu cunoștințele și experiența sa anterioară, respectiv să încadreze suferința bolnavului într-un sistem. Acest demers se finalizează în diagnostic. Diagnostic înseamnă, stricto sensu, cunoaștere în totalitate (profundă) (de la cuvintele grecești *dia* = prin, și *gnosis* = cunoaștere).

Rezultă, deci, că diagnosticul este o etapă esențială, dar numai o etapă, în atingerea scopului, respectiv, vindecarea, ameliorarea sau prevenirea prin tratament. De asemenea, devine evident că demersul diagnostic este un proces de comparare și selecție, implicând suferința bolnavului și cunoștințele și experiența medicului, deci, de diferențiere.

Astfel, se distinge *diagnosticul diferențial*, care constă într-un proces de comparare, interpretare și selecție a unor posibilități, și *diagnosticul pozitiv*, care este categoria în care este încadrată în final suferința bolnavului.

Diagnosticul diferențial este un proces logic care precedă diagnosticul pozitiv, ce reprezintă o concluzie nosologică, adică de clasificare. Este evident că diagnosticul pozitiv este o abstractizare ce nu poate fi utilizată decât ținând cont de elementul concret, respectiv bolnavul căruia i se aplică, în totalitatea lui.

Un alt element ce trebuie subliniat este că diagnosticul pozitiv este o concluzie provizorie, rezultând din prelucrarea unor date existente la un moment dat. Modificarea acestor date, apariția de date noi vor duce la reluarea procesului de diferențiere, cu completarea sau modificarea diagnosticului (fig. 1.1).

Demersul diagnostic este deci un proces de prelucrare de date.

Datele pe care le prelucrează medicul provin din trei mari surse: a) percepțiile privind o anomalie, respectiv suferințele bolnavului, numite simptome; b) modificările observate de medic la examinarea bolnavului, numite semne și c) modificările unor parametri de investigare – semnele de laborator. Aceste date sunt privite în evoluția lor în timp. Rezultă că diagnosticul se bazează pe un sistem cu patru coordonate: suferințele bolnavului, modificările examenului clinic, modificările parametrilor de laborator și evoluția lor în timp.

Excluzând din discuție parametrul timp, rămâne un trepied compus din elemente subiective – simptomele, și elemente obiective – semnele clinice și de laborator.

Semiologia este disciplina ce se ocupă de studiul semnelor și simptomelor, atât de modul de obținere a lor, cât și de interpretare. Semiologia cu-

prinde deci o parte tehnică, recoltarea datelor, și o parte interpretativă, de diagnostic diferențial.

Date inițiale

- Simptome
- Semne
- Date de laborator
 - Hematologie
 - Biochimie
 - Radiologie etc.

Date noi

Evoluție

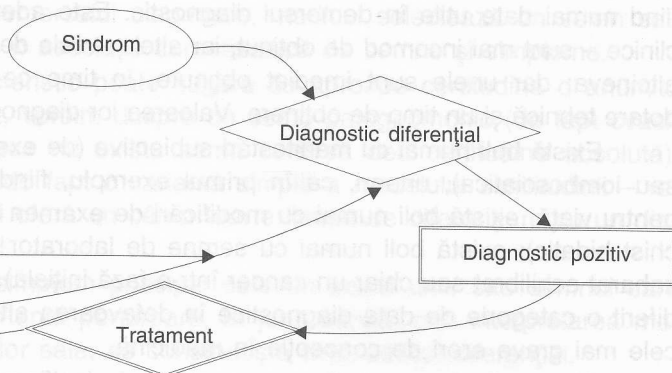


Fig. 1.1 – Algoritmul demersului diagnostic.

Trebuie subliniat că *simptomele* sunt elemente subiective, în care interpretarea se bazează pe relațiile bolnavului. Ele vor fi, deci, dependente atât de puterea de percepție, descriere și interpretare a bolnavului, cât și de capacitatea medicului de a le asculta și interpreta. Unele simptome sunt strict subiective, ca de exemplu durerea, altele au și o componentă obiectiv observabilă (se mai numesc și simptome-semne), ca, de exemplu, dispneea (dificultatea în respirație), în care pot să apară modificări observabile ale actului respirator.

Semnele sunt date obiective, reproductibile între diferiți observatori. Deosebirea între semnele clinice și cele de laborator constă în modul de achiziționare și de exprimare a datelor. Semnele clinice sunt obținute de medic folosind simțurile sale, iar cele de laborator sunt obținute prin folosirea unor aparate mai mult sau mai puțin complicate, mănuite de un specialist. Că această deosebire este relativă rezultă și din faptul că o serie de date încadrate la cele clinice se obțin folosind o foarte simplă aparatură (stetoscop, ciocan de reflexe, oftalmoscop etc.).

Deosebirea importantă este dată de modul de expresie al rezultatelor. Semnele clinice sunt exprimate, de cele mai multe ori, în termeni calitativi, care descriu percepția observatorului. Semnele de laborator, obținute de regulă prin măsurarea cu ajutorul unor aparate a unor parametri, sunt deseori exprimate în termeni cantitativi. Această diferență de exprimare face ca semnelor de laborator să li se acorde de către începători o mai mare valoare obiectivă, omițând faptul că ele nu reprezintă decât o foarte limitată determinare a unei calități și că sunt supuse erorii metodei și aparatului de măsură (și chiar erorii celui care măsoară). Semnele de laborator, cu frumosul și falsul lor aspect matematic, sunt rezultatul acțiunii unui alt medic (medicul de laborator), în timp ce semnele clinice reprezintă rezultatul și calitatea muncii

clinicianului, de aceea începătorii, și nu numai ei, tind să dea o mai mare valoare semnelor de laborator "neutre și obiective" decât celor clinice. Această opoziție clinică – laborator este în întregime falsă, semnele în totalitatea lor fiind numai date utile în demersul diagnostic. Este adevărat că unele – cele clinice – sunt mai incomod de obținut, iar altele – cele de laborator – ni le oferă altcineva; dar unele sunt imediat obținute, în timp ce celelalte presupun o dotare tehnică și un timp de obținere. Valoarea lor diagnostică este însă egală.

Există boli numai cu manifestări subiective (de exemplu, angina de piept sau lombosciatica), uneori, ca în primul exemplu, fiind potențial periculoase pentru viață; există boli numai cu modificări de examen clinic (de exemplu, un chist hidatic); există boli numai cu semne de laborator (de exemplu, diabetul zaharat echilibrat sau chiar un cancer într-o fază inițială). A opune sau valoriza diferit o categorie de date diagnostice în defavoarea alteia reprezintă una din cele mai grave erori de concepție în medicină.

Diagnosticul reprezintă o cunoaștere și clasificare cât mai completă a suferinței bolnavului. El cuprinde în mod normal mai multe componente (nu toate obligatorii sau posibile la fiecare boală):

- diagnosticul anatomic (sau morfologic), respectiv expresia morfologică a bolii (de exemplu, pneumonie sau ciroză hepatică);

- diagnosticul etiologic, adică identificarea cauzei bolii (de exemplu, pneumonie pneumococică sau ciroză alcoolică);

- diagnosticul funcțional, adică exprimarea urmării bolii asupra funcției organului sau organelor afectate (de exemplu, ciroza hepatică alcoolică decompensată parenchimos, deci existând insuficiență a realizării funcțiilor hepatice);

- diagnosticul complicațiilor, adică al urmărilor importante ale bolii care pot periclita evoluția, viața și necesită acțiuni terapeutice specifice;

- diagnosticul evolutivității sau activității bolii, adică al capacității ei de agravare în timp;

- diagnosticul altor boli sau stări coexistente.

Fiecare din aceste componente ale diagnosticului complet comportă simptome și semne specifice, care trebuie evidențiate și evaluate, deci supuse diagnosticului diferențial.

Demersul logic al diagnosticului se poate sistematiza în două modele mari:

- modelul similitudinii, în care medicul recunoaște în complexul de semne și simptome ale bolnavului un tablou clinic cunoscut anterior și ajunge astfel la diagnostic; această metodă presupune cunoașterea a multe tablouri clinice și are o utilizare limitată de variabilitatea biologică; ca exemple, putem da recunoașterea acromegaliei sau a zonei zoster;

- modelul deductiv, în care, pornind de la datele existente, medicul elaborează mai multe ipoteze diagnostice posibile, dintre care elimină, pe baza achiziționării de semne suplimentare, pe cele improbabile, restrângând pro-

gresiv, numărul posibilităților până ajunge la diagnosticul cel mai probabil; această metodă este evident cea mai utilizată, ea oferă diagnosticul cel mai probabil, sigur cu un grad acceptabil de incertitudine.

La începerea demersului diagnostic, medicul selectează un semn sau simptom principal sau o asociație caracteristică de semne și simptome.

Un semn caracteristic poate sugera cu aproape certitudine o anumită boală și, în acest caz, vorbim despre un semn patognomonic (de fapt cvasipatognomonic, deoarece nu există semn care să dea certitudine absolută). Această situație este de fapt o variantă simplă a modelului similitudinii – recunoașterea semnului oferă un câmp foarte limitat de diferențiere cu un diagnostic foarte probabil.

Un semn sau simptom principal este un semn unic sau semnul care denotă cea mai importantă perturbare, în jurul căruia, prin interpretarea mecanismului și asociațiilor sale, se construiește diagnosticul diferențial.

O asociație caracteristică de simptome și semne, de regulă recunoscând un mecanism de producere comun, dar cauze diferite, formează un *sindrom* (de la cuvintele grecești *sin* = împreună, și *dromos* = drum). Sindromul reprezintă etapa inițială cea mai frecventă de realizare a diagnosticului diferențial. Simptomele și semnele obținute de medic sunt sintetizate într-un sindrom, a cărui cauză este diferențiată de alte cauze ale unei asociații similare.

Diagnosticul fiind în fapt o prelucrare de date, medicina modernă asistă la problema utilizării în acest demers a celei mai moderne și puternice metode de prelucrare a datelor – calculatorul.

Sunt necesare trei observații:

1. Computerul nu are un plus de inteligență, el are o mare capacitate de înmagazinare de date. Poate prelucra aceste date în limita în care a fost programat, deci poate prelucra cât pot cei care l-au programat. Altfel spus, nu este mai inteligent decât programatorii săi.

2. Computerul nu obține date, ci este "hrănit" cu date recoltate prin alte metode; dintre aceste date unele sunt simptome, deci date subiective, și altele semne clinice, toate obținute de un medic.

3. Computerul prelucrează date și oferă rezultate posibile fără a avea cum aprecia elementele de variație biologică ale omului bolnav, atât fizice, cât și psihice.

Din aceste considerente, rezultă că medicul nu va putea fi înlocuit de computer, ci acesta îi poate deveni un ajutor, o metodă complementară.

În elaborarea diagnosticului pot să apară erori. La fel ca și opunerea clinicii laboratorului, ignorarea erorii sau negarea ei reprezintă foarte grave greșeli medicale. Existența posibilității erorii impune reluarea continuă în timp și în funcție de evoluție a diagnosticului diferențial, pentru confirmarea, completarea sau rectificarea diagnosticului pozitiv.

Cauzele de eroare în diagnostic pot să țină de medic sau de bolnav.

Cauzele dependente de medic ar putea fi sistematizate astfel:

1. Deficit de cunoștințe în obținerea, interpretarea și utilizarea datelor. Viteza foarte mare de acumulare a cunoștințelor în biologie (aproximativ dublare în 5 ani) face această cauză foarte importantă și subliniază nevoia formării continue a medicului (și a evaluării continue a competenței). Dintre aceste cauze deficitul de obținere de date ridică cele mai multe probleme. Dacă medicul nu poate obține date de laborator din motive obiective (lipsa aparatului, a consumabilelor etc.) el nu poate fi acuzat de eroarea medicală. Dacă însă defectul este în examinarea bolnavului, în superficialitate, indiferent de motivația aparentă (lipsa de timp în cele mai multe cazuri), medicul este evident vinovat. La fel de vinovat este dacă ignoră progresul, deși această vină se raportează mai puțin la obținerea de date și mai mult la tratament.

2. Deficit de logică în interpretare și utilizare, datorat unui defect în formarea medicului, cu accent mai mare pe acumularea de date și insuficient pe formarea gândirii medicale. Trei forme particulare tipice de eroare pot fi încadrate ca exemple în această categorie: a) eroarea prin statistică, respectiv alegerea nediscriminativă a bolii celei mai frecvente ca fiind și cea existentă la un bolnav dat (statistica are valoare în analiza unui grup, nu a unui individ); b) eroarea prin ignoranță tehnică, respectiv absolutizarea unor date obținute prin anumite metode a căror eroare standard a tehnicii și posibilitate de discriminare nu sunt cunoscute (este, în fapt, o ipostază a opoziției clinice – laborator); c) eroarea prin idee preconcepută, respectiv formularea unei ipoteze înainte de examinarea bolnavului sau cu un număr insuficient de date și incapacitatea ulterioară de a o abandona (de frică, din orgoliu sau din proastă educație).

Cauzele dependente de bolnav pot fi și ele sistematizate:

1. Furnizarea conștientă sau nu de date false, inexacte sau incomplete. Această cauză se întinde de la omisiunea involuntară a unor date de către un pacient vârstnic sau fără spirit de observație, până la oferirea voluntară de date false de către un simulant sau ascunderea din interes sau de frică a unor date. Aparține abilității și experienței, în primul rând psihologică, a medicului depășirea acestei cauze de eroare.

2. Boli cu tablou foarte incomplet, necaracteristic sau modificat fie prin examinarea într-un moment foarte precoce de evoluție, în care metodele existente nu pot da date suficiente, fie prin coexistența mai multor boli care își modifică reciproc semnele. Acest tip de eroare poate fi deseori evitat printr-o atență culegere de semne și o bună logică medicală.

O cauză majoră de eroare care poate aparține ambilor parteneri (medic și bolnav), deși în grade variabile, este incapacitatea de a stabili o bună comunicare. Medicina clinică este în primul rând o problemă de comunicare interumană, care presupune dăruire, înțelegere și obiectivitate din partea medicului și încredere, onestitate și bunăvoință din partea bolnavului. Nestabilirea unei relații corecte bolnav – medic poate duce la erori diagnostice și, în orice caz, compromise actul medical.

În concluzie, semiologia medicală este o disciplină care se ocupă de modul de a obține simptomele și semnele de boală de la persoana suferindă (tehnica semiotică) și de interpretare a lor (diagnosticul diferențial al semnelor, simptomelor și sindroamelor, adică asocierile lor caracteristice). Ea nu este o specialitate medicală, ci una didactică, fiind în egală măsură utilizată de toate specialitățile și formând baza pe care se construiește actul medical, care este tratamentul.

Datele obținute și prelucrate de semiologia clinică sunt simptome, percepțiile subiective ale bolnavului aflate din descrierea acestuia prin discuția cu medicul – numită *anamneză*, și semne, datele obiective obținute de medic prin *examenul fizic* al bolnavului.

2. ANAMNEZA

2.1. DEFINIȚIE – GENERALITĂȚI – OBIECTIVE

Anamneza (de la cuvintele grecești *ana* = din, prin, și *mnesis* = memorie) reprezintă totalitatea informațiilor obținute de medic prin discuția cu bolnavul.

Anamneza este prima etapă, obligatorie, a relației medic – bolnav. În momentul în care se angajează în discuția cu bolnavul, medicul își asumă realizarea unui contact interuman de care va depinde în mare măsură succesul viitor al actelor sale.

Anamneza este prima sursă de date privind atât boala pentru care bolnavul solicită ajutorul (datele subiective – simptome), cât și individul bolnav, în ceea ce privește fondul său biologic, situația sa socială și profesională, starea sa psihică etc. Aparent, acesta este obiectivul anamnezei și, deseori, medicul tânăr nu urmărește decât acest scop în discuția cu bolnavul, dar aceasta este foarte departe de realitate.

În timpul discuției, între bolnav și medic se stabilește o relație psihologică de maximă importanță. Bolnavul se adresează medicului cu dorința de a fi ajutat, dar, în cele mai multe cazuri, el este speriat de suferința pe care o are și a cărei semnificație deseori nu o înțelege, a mai avut experiențe anterioare cu alți colegi, are idei preconcepționate privind boala și corpul medical. Toate acestea creează o situație psihologică unică, în care trebuie să se realizeze noua relație interumană. Pentru a fi eficientă, această relație trebuie să aducă încrederea în medic a bolnavului, trebuie să ducă la formarea unui parteneriat, în care bolnavul să fie conștient că medicul dorește și poate să îl ajute.

Nu trebuie uitat că în cursul activității medicale bolnavul poate fi supus la acțiuni neplăcute, uneori dureroase ori periculoase sau cu efecte secundare greu acceptabile. Dacă bolnavul nu va avea încredere în medic, este puțin probabil că va accepta fie și cele mai simple intervenții medicale.

Al doilea obiectiv major al anamnezei este, deci, realizarea unei relații interumane pozitive, care să permită desfășurarea ulterioară deplină a actelor medicale.