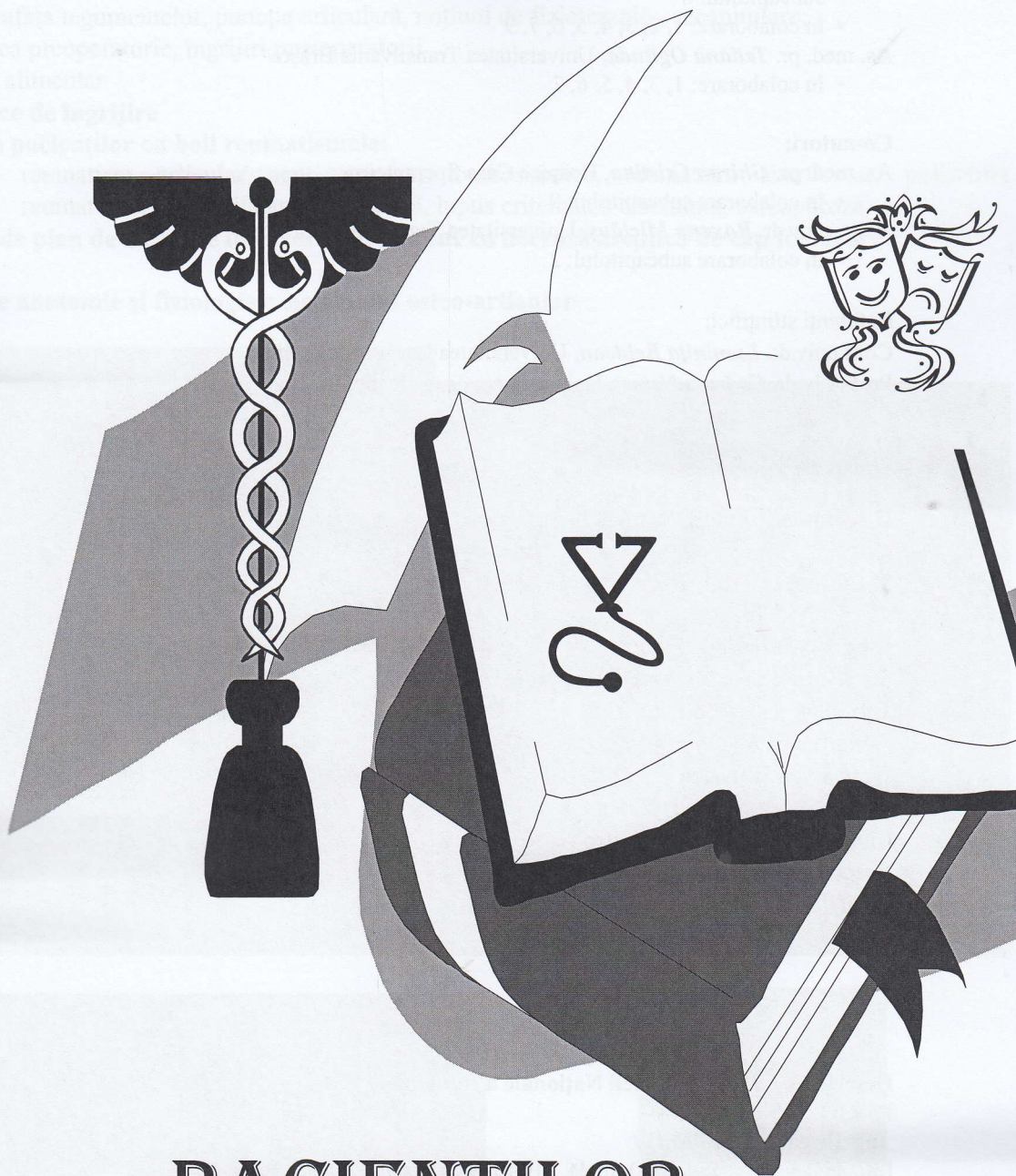


Liliana
Rogozea

Tatiana
Oglindă

Î
N
G
R
I
J
I
R
E
A



PACIENȚILOR
II

Cuprins

	pag.
1. Îngrijirea pacienților cu afecțiuni reumatismale.....	3
2. Balneofizioterapia.....	22
3. Îngrijirea pacienților cu afecțiuni neurologice.....	27
4. Îngrijirea pacienților cu afecțiuni dermatologie.....	60
5. Îngrijirea pacienților cu afecțiuni hematologice.....	76
6. Îngrijirea pacienților cu afecțiuni oftalmologice.....	98
7. Îngrijirea pacienților cu afecțiuni ORL.....	107
8. Durerea.....	121
9. Îngrijirea pacienților stomizați.....	126
10. Anexa.....	136
11. Bibliografie selectivă.....	138

A. Noțiuni de anatomie și fiziologie a țesutului și sistemului nervos

B. Rolul propriu și delegat al asistentei medicale în:

1. educația sanitară: măsuri de profilaxie primară, secundară;
2. recunoașterea modificărilor clinice în afecțiunile neurologice: examinarea sistemului stato-chinetic, a mușchilor și determinarea reflexelor, examinarea sensibilității, gesturilor și limbajului vorbit, a nervilor cranieni
3. efectuarea actelor de investigație: recoltări sanguine, urinare, puncția biopsică (biopsia musculară), arterială și rahidiană (recoltare L.C.R.), oftalmoscopia, tonoscopia- recapitulare; E.E.G, electrodiagnosticul neuromuscular, explorarea radiologică a craniului și a coloanei vertebrale, scintigrafia cerebrală, tomografia computerizată
4. efectuarea tratamentelor: administrarea medicamentelor pe cale parenterală, pe suprafața tegumentelor, oxigenoterapia - recapitulare; noțiuni de fizioterapie
5. pregătirea preoperatorie, îngrijiri postoperatorii
6. regimul alimentar

C. Diagnostic de îngrijire

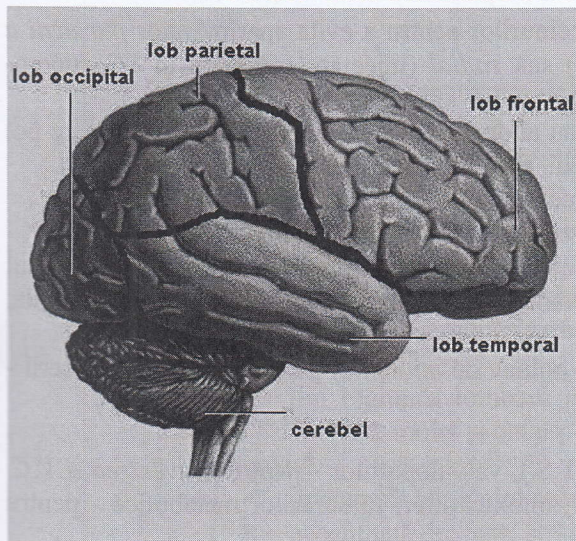
D. **Îngrijirile pacienților cu boli neurologice:** epilepsie, A.V.C, tumori cerebrale, boala Alzheimer, scleroza în plăci, paralizia facială, nevralgia trigeminală, sindrom Meniere, boala Parkinson, miastenia gravis, tabesul, siringomielia, traumatisme ale coloanei vertebrale, comele.

E. Exemplu de plan de îngrijire în cazul unui pacient cu traumatism cranian

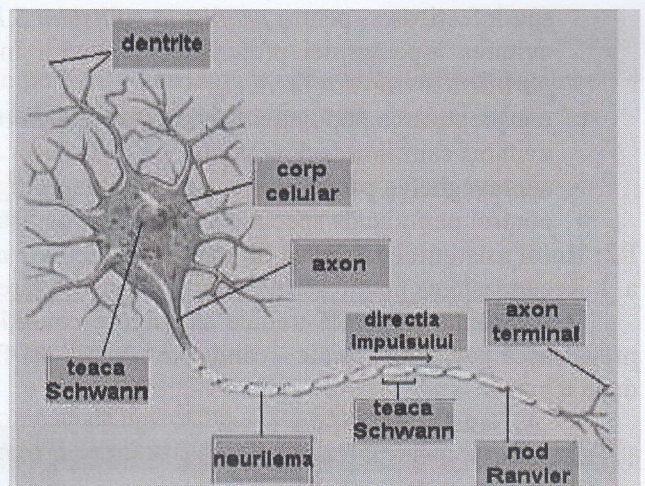
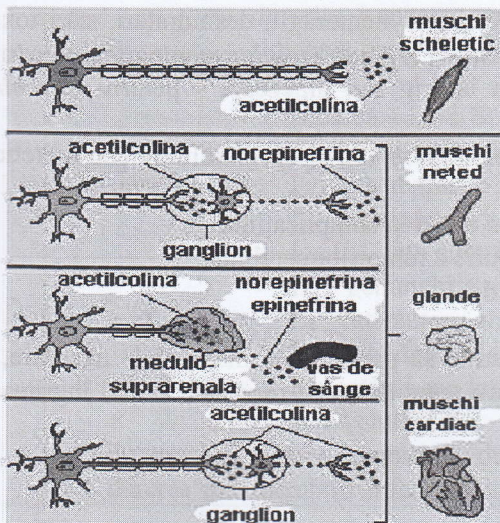
A. Noțiuni de anatomie și fiziologie

▪ Structură:

- Neuronul: unitatea morfo-funcțională; formată din axon și dendrite
- Nevroglia: țesutul de susținere
- Fibra nervoasă: continuare a axonului, constituită din fascicul de neurofibrile = cilindrax



- Sistem nervos:
 - periferic: fibre nervoase și organe terminale; nervii periferici pot fi: senzitivi sau senzoriali, motori, vegetativi
 - central: encefal și măduva spinării
 - substanța cenușie: scoarța cerebrală + nucleii centrali
 - substanța albă: fibre de asociație, fibre comisurale – corpul calos, fibre de proiecție
 - lobul frontal:
 - sediul mișcărilor voluntare
 - leziuni: paralizii, disartrie, tulburări de comportament
 - lobul parietal:
 - sediul analizatorului sensibilității
 - leziuni: stereoagnozie, agnozie tactilă
 - lobul temporal:
 - sediul analizatorului auditiv
 - leziuni: surditate, halucinații auditive, amnezie



- sediul cortical al analizatorului auditiv
 - leziuni: surditate verbală, cecitate verbală, apraxie, afazie senzorială
 - lobul occipital:
 - sediul cortical al analizatorului vizual
 - leziuni: tulburări de orientare în spațiu, de vedere
- diencefalul:
 - talamus: stație de releu pentru fibrele senzitive: leziunile: tulburări de sensibilitate
 - hipotalamus: coordonează sistemul vegetativ
- corpii striati: rol în realizarea mișcărilor automate și a tonusului muscular
- trunchiul cerebral:
 - bulb, punte, mezencefal
 - de aici pornesc cele 12 perechi de nervi cranieni
- cerebelul: rol în echilibru
- măduva spinării:
 - substanța albă: căi motorii descendente și ascendente
 - substanța cenușie

B. Rolul propriu și delegat al asistentei medicale

B1: în educația sanitară constă în:

1. Măsuri de profilaxie primară:

- ⇒ prevenirea cauzelor ce duc la anoxie (hipoxie),
- ⇒ prevenirea traumatismelor forte (cranio-cerebrale = TCC, vertebro-medulare = TVM sau ale nervilor periferici = TNP),
- ⇒ prevenirea microtraumatismelor palmei în unele profesii (cizmari, pictori, cicliști etc.) pentru evitarea *parezei nervului cubital*:
 - efectuarea corectă a injecțiilor i.m., i.v. sau a vaccinurilor pentru a evita apariția unor *paralizii a nervului sciatic, median* (injectarea paravenoasă) sau *radial* (injectare profundă în 1/3 supero-externă a brațului, la persoanele slabe sau la copii),
 - evitarea suprasolicităților unor organe, a anemiei sau altor afecțiuni care perturbă S.N.C. și care pot produce *epilepsie, A.V.C.* (combaterea sedentarismului, obezității, stresului etc.),
- ⇒ combaterea exceselor alimentare, alcoolice și adoptarea unui regim de viață sănătos,
- ⇒ evitarea suprasolicităților fizice (a mișcărilor bruște - *afectare sciatică*) și psihice,
- ⇒ educarea gravidelor pentru evitarea consumului de alcool în timpul sarcinii (inclusiv în momentul *concepției - ambii parteneri*) și a contactului cu persoane purtătoare de agenți infecțioși (rubeola, sifilisul pot afecta creierul fătului),
- ⇒ consilierea familiilor (în care unul din parteneri este bolnav de *miotonie*) pentru evitarea procreerii - ca unic element de eradicare a acestor afecțiuni;

2. Măsuri de profilaxie secundară:

- ⇒ terapie corespunzătoare a H.T.A., aterosclerozei (A.T.S.), valvulopatiilor - pentru *prevenirea A.V.C.* și a T.C.C., malformațiilor, parazitozelor, infecțiilor, intoxicațiilor, tulburărilor metabolice - pentru *prevenirea epilepsiei*
- ⇒ atenție deosebită pentru tratarea eficientă a cauzelor tranzitorii: hemoragii, deshidratări, stări toxice sau infecțioase - pentru *profilaxia sifilisului S.N., a mielitelor, a complicațiilor meningitei*, precum și evitarea hipertermiei prelungite, expunerii îndelungate la frig sau umezeală - pentru *prevenirea paralizii nervilor faciali*
- ⇒ conștientizarea populației privind respectarea tratamentelor ambulatorii, a regimului igienico-dietetic și evitarea cauzelor declanșatoare
- ⇒ supravegherea pacienților cu afecțiuni neurologice pentru evitarea complicațiilor,
- ⇒ control periodic de specialitate - permite depistarea timpurie a tumorilor cerebrale.

B2: Rolul asistentei medicale în efectuarea actelor medicale de:

a. I. Recunoașterea manifestărilor clinice și investigarea lor:

Asistenta medicală trebuie să asigure condițiile de mediu, să pregătească materialele necesare, să pregătească pacientul (psihic - când este posibil - și fizic) pentru toate tehnicile medicale și să-l îngrijească după tehnică.

A. Sensibilitatea; durerea

1. Durerea:

D	= senzație dezagreabilă
Sd	<ul style="list-style-type: none"> ✎ factori etiologici: <ul style="list-style-type: none"> - anomalii congenitale ale rahisului, - spondiloliza, - leziuni traumatice lombare, - elongații și tulburări musculo-ligamentare, - fracturi vertebrale, - hernie de disc ✎ factori favorizanți: <ul style="list-style-type: none"> - poziția incorectă, supragreutatea
Md as:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ generale: <ul style="list-style-type: none"> ○ stare de angoasă, modificări de comportament, stres, ➤ locale: <ul style="list-style-type: none"> ○ senzație dezagreabilă descrisă ca: arsură, înțepătură, șoc electric, ○ declanșată de atingere, ○ deficit senzitiv
Mdx	<ul style="list-style-type: none"> ✎ nevralgia: <ul style="list-style-type: none"> ▪ sindrom dureros cu caracter paroxistic, cu distribuție în teritoriul de distribuție a proto-neuronului respectiv, ✎ cauzalgia: durere sub formă de arsură intensă la atingerea unui nerv periferic, <ul style="list-style-type: none"> ▪ durerea apare la câteva ore, câteva săptămâni sau săptămâni, ▪ + tumefacția extremităților, osteoporoză periarticulară, modificări artritice ale articulațiilor distale, ✎ algoneurodistrofie: <ul style="list-style-type: none"> ▪ declanșată de: fracturi osoase, traumatisme ale părților moi, infarct miocardic, criză convulsivă, ✎ lombară <ul style="list-style-type: none"> ▪ locală: <ul style="list-style-type: none"> ▪ cauze: traumatisme, deformații ale periostului, afectarea mușchilor, inelului fibros, ligamentelor, ▪ continuă sau intermitentă, de intensitate variată, ▪ la nivelul zonei afectate, însoțită contracție musculară, ▪ accentuată de presiune locală, mișcare, ▪ proiectată: <ul style="list-style-type: none"> ▪ de la coloană spre dermatoamele lombare și ale regiunii sacrate superioare, ▪ din regiunea superioară a coloanei vertebrale – în partea anterioară a coapselor și gambelor, ▪ din regiunea lombară joasă și sacrată – către regiunea fesieră, fața posterioară a coapsei, molet și chiar picior ▪ radiculară <ul style="list-style-type: none"> ▪ debutează la nivelul coloanei și difuzează la nivelul membrului inferior, ▪ accentuată de: tuse, strănut, efort, ▪ durerile lombare sunt accentuate de flexia anterioară a genunchiului întins sau ridicarea gambelor în extensie, ▪ iradiere: <ul style="list-style-type: none"> - sciatică - L₄₋₅, S₁ – iradiere pe fața posterioară a coapsei și laterală a gambei; + parestezii, tulburări de sensibilitate, modificarea reflexelor, - L₁, L₅ – regiunea inghinală, - L₂ . fața laterală a coapsei, - L₂, L₃ - fața anterioară a coapsei, - L₃ – genunchi, - L₄ - fața anterioară a tibiei, - L₅ – fața dorsală a piciorului, - S₁ – călcâi sau fața laterală a piciorului ▪ de contracție musculară ✎ durerea din bontul de amputație: durere determinată de nevroame ✎ durerea din membrul inferior fantomă: durere determinată de un defect de integrare a stimulilor

Respect pentru om

	nervoși de la nivelul scoarței cerebrale
MnV	⇒ foaie de temperatură, foaie de observație
Rp	⇒ cunoașterea efectelor secundare ale administrării antialgicelor minore
Rd:	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ administrarea de antialgice minore <ul style="list-style-type: none"> ▪ aspirină, paracetamol, antiinflamatoare nesteroidice ⇒ administrarea de analgezice opiacee

2. Examinarea sensibilității se face în următoarele condiții:

- mediu liniștit, temperatură de confort,
- pacientul stă cu ochii închiși, dezbrăcat,
- tehnica se aplică pe regiuni simetrice, la intervale de timp suficient de mari,
- ! la obsesiile pacientului sau la sugestionarea acestora

a. Sensibilitatea tactilă:

- se examinează prin atingeri cu vată a unor zone ale pielii pacientului (va sta cu ochii închiși și va răspunde la întrebarea medicului),

⇒ poate apărea: *anestezie, hipoestezie sau hiperestezie*

b. Sensibilitatea termică se examinează cu ajutorul a două obiecte (eprubete cu apă) de temperaturi diferite (10-15⁰, respectiv 40-50⁰), aplicate succesiv pe anumite zone ale pielii pacientului

⇒ poate fi diminuată, abolită, exagerată sau indiferentă la cald sau rece (*izotermognozie*)

c. Sensibilitatea dureroasă se examinează cu ajutorul unui corp ascuțit, în diferite zone ale corpului; se determină hipoestezie, hiperestezie sau anestezie.

➤ Sensibilitatea provocată prin presiunea asupra unor puncte:

- la unirea 1/3 laterale cu 2/3 mediale ale liniei ce unește protuberanța occipitală cu nervul mastoidian – pentru nervul Arnold,
- supraorbital, suborbital, mentonier pentru nervul V
- înapoia trohanterului mare, la mijlocul feței posterioare a coapsei, înapoia capului peroneului, la nivelul maleolei interne – pentru nervul sciatic
- paravertebral, în axilă, parasternal – pentru nervii intercostali

➤ Sensibilitatea provocată la manopere de elongație:

- Semnul Lasague - durere la ridicarea membrului inferior sau superior
- Semnul Bonnet – flexia gambei pe coapsă urmată de abducție

d. Sensibilitatea profundă

⇒ sensibilitatea profundă *mio-artro-kinetică* se observă prin recunoașterea unor mișcări pasive ale segmentelor membrelor de către pacientul ce are ochii închiși

⇒ sensibilitatea profundă *vibratorie* se examinează cu ajutorul diapazonului aplicat pe diferite proeminente osoase

⇒ sensibilitatea profundă *dureroasă* se determină prin apăsarea unor organe

e. Sensibilitatea complexă

⇒ *discriminarea tactilă*: determinarea distanței minime la care 2 stimuli cutanați sunt percepuți separat – cu ajutorul compasului Weber (1 parte ascuțită și una rotunjită),

⇒ *topognozie* (precizează locul atins),

⇒ *dermolexie* (recunoaște semnele desenate),

⇒ *stereognozia* = identificarea unui obiect numai prin pipăit (datorită asocierii senzațiilor cu memoria - sunt implicate sensibilitatea tactilă, la presiune și profundă),

⇒ *somatognozia* = simțul schemei corporale

În diferite afecțiuni pot apărea disociații de sensibilitate, unele tipuri de sensibilitate fiind păstrate și altele nu.

B. Motilitatea; atitudinea, poziția

1. Atitudinea / poziția - determinată de durere, stare de conștiență, tulburări motorii (pareze, paralizii, mișcări involuntare), atrofii musculare ș.a.

⇒ poziția „cocoș de pușcă” (meningită),

⇒ de „semn de întrebare” (boala Parkinson),

⇒ antialgică (în nevralgii),

⇒ inertă (în comă);

⇒ flexia primelor trei degete „în gheară” (paralizia nervului median),

⇒ flexia ultimelor două degete „în gheară” – mână de predicator (paralizia nervului cubital),

⇒ mână în gât de lebădă: paralizia nervului radial,

⇒ membru superior inert – paralizii de plex brahial,

⇒ atitudine ceremonioasă – tumoră de fosă cerebrală superioară,

⇒ atitudinea Wernicke-Mann – hemiplegie spastică etc.

2. Echilibrul static / ortostațiunea - determinat de afectarea sistemelor care-l susțin;

⇒ se aplică proba Romberg:

⇒ pacientul aflat în echilibru în picioare, cu vârfurile și călcâiele lipite, cu ochii deschiși este rugat să închidă ochii; dacă nu își păstrează echilibrul – proba e pozitivă,

⇒ conform tehnicii cunoscute dar și stând într-un picior sau cu un picior în fața celuilalt (= pozitivă când pacientul se dezechilibrează),

⇒ proba Romberg pozitivă: tabes, leziuni vestibulare,

⇒ proba brațelor întinse:

⇒ pacientul întinde brațele; în caz de afecțiune – la închiderea ochilor brațele deviază de partea labirintului lezat

3. Echilibrul dinamic / mersul - determinat de sistemele care-l coordonează:

⇒ mersul „cosit”: în hemipareza spastică; „cosit” bilateral: în parapareza spastică,

⇒ mers „ebrios”: în sindromul cerebelos,

⇒ mers „de rață”: miopatia primitivă,

⇒ mers cu trunchiul aplecat înainte: în sindromul extrapiramidal,

⇒ mers stepat,

⇒ mers paretic,

⇒ mers parkinsonian,

⇒ mers coreiform.

⇒ proba indicației: pacientul i se solicită să efectueze cu membrele superioare mișcări verticale spre degetele examinerului; la închiderea ochilor apare devierea ochilor de partea bolnavă

⇒ proba mersului în stea = proba Babinski Weil: pacientului i se solicită să meargă înainte și înapoi pe o linie dreaptă repetând manevra de mai multe ori

4. Motilitatea

a. activă - corespunde afectării neuronilor motori centrali și / sau periferici

⇒ modificată în: afecțiuni ale neuronilor motori centrali sau periferici, miastenii, leziuni primitive ale mușchilor (miotonii), scleroza laterală amiotrofică

⇒ se apreciază:

- amplitudinea mișcării: pacientul este rugat să execute activ mișcări la membre, comparând mișcarea de la membrul sănătos cu cea de la membrul afectat,

- forța musculară: se apreciază forța exercitată contra unei rezistențe:

- 5 = forță musculară normală,

- 4 = mișcare contra rezistenței

- 3 = mișcare posibilă contra forței gravitației

- 2 = mișcare posibilă în condițiile în care nu se opune forța gravitației

- 1 = e posibilă doar contracția, nu și mișcarea

- 0 = nu apare deloc contracția

⇒ tulburări de motilitate activă:

- a-, sau hipokinezie = suprimarea sau reducerea inițiativei și vitezei de execuție a actului motor,

- bradikinezie = reducerea vitezei de execuție a actului motor fără afectarea inițiativei

- deficit motor:

- paralytic

- paralyzie de tip central = paralyzie de comandă: AVC; TCC; procese inflamatorii virale, tumori,

- paralyzie de tip periferic = paralyzie de execuție: poliomielită, traumatisme, procese toxice, procese inflamatorii, procese carentiale

- ex:

- paralyzie = abolirea motilității active,

- pareză = diminuarea motilității active,

- hemiplegie = interesează jumătate de corp,

- tetraplegie = interesează membrele superioare și inferioare,

- hemiplegie cruciată = interesează un membru superior și membrul inferior de partea opusă,

- paraplegie = paralyzia membrelor inferioare,

- monoplegie = paralizia unui membru,
 - neparalitic: în miastenie, distrofie musculară progresivă,
- ⇒ probele de pareză:
 - proba brațelor întinse – proba pronației – Fischer (în caz de deficit motor: pronația membrului respectiv,
 - proba Barré: pacientul în decubit ventral cu gamba flectată pe coapse la 45-60° – în pareză membrul cu deficit cade încet pe planul patului,
 - proba saltului uniped – bolnavul sărind într-un picior, va obosi mai repede cu piciorul cu deficit motor
 - proba Mingazzini: se flectează gamba pe coapsă și coapsa pe abdomen, membrele fiind depărtate la aproximativ 10 cm; dacă există o pareză membrul de partea cu pareza este mai jos,
 - proba Grasset: membrele inferioare ridicate la 15° față de planul patului; membrul cu deficit va coborî ușor

b. pasivă

- ⇒ hipotonie,
- ⇒ hipertonie
 - elastică – în lamă de briceag: apar în leziuni piramidale; cedează brusc, la mișcările pasive imprimate de examinator
 - plastică – ceroasă: apar în leziuni ale sistemului extrapiramidal
 - semnul roții dințate: mișcările pasive de flexie - extensie în articulația pumnului se face sacadat, ca o roată dințată
 - semnul Noica: ridicarea membrului inferior în timp ce executăm mișcări de flexie - extensie ale mâinii determină o blocare a articulației pumnului

5. Coordonarea mișcărilor = funcție prin care sistemul nervos asigură echilibrul static și dinamic și corectitudinea execuției mișcărilor

- influențată de aparatul vestibular și optic și asigurată de integritatea cerebelului și a scoarței cerebrale
- tulburările de coordonare a mișcărilor = ataxie
 - ⇒ se evidențiază prin probele:
 - indice - nas,
 - călcâi – genunchi,
 - marionetelor,
 - ridicării: pacientul în decubit dorsal, în poziție șezândă, cu brațele încrucișate, cu picioarele ridicate de pe planul patului
 - ⇒ modificări:
 - *dismetrie*: mișcări care nu-și ating ținta,
 - *hipermetrie*: exagerarea amplitudinii mișcărilor,
 - *hipometrie*: reducerea amplitudinii mișcărilor
 - *asinergie*: necorelarea mișcărilor simultane.

6. Dischineziile / mișcările involuntare:

- ⇒ *convulsii tonice* (= contractura musculară intensă, durabilă)
 - generale (tetanos) sau parțiale (tetanie)
 - *clonice* (= mișcări bruște, violente, de scurtă durată, întrerupte de scurte perioade de repaus); *tonice, tonico-clonice*
 - *convulsiile tonico - clonice* – faza de contracție tonică de 30-60 secunde e urmată de contracție clonică de 60-90 sec - sunt caracteristice epilepsiei
- ⇒ mișcări *coreice* = bruște, aritmice, ample, ilogice și dezordonate
- ⇒ mișcări *atetotizice* = mișcări vermiculare, ondulante, lente, aritmice, localizate frecvent la falange, se întâlnesc în hemiplegia infantilă
- ⇒ *fasciculațiile* = contracția unor fibre musculare cuprinse într-o unitate motorie, „se zbate carnea”, întâlnite în scleroza laterală amiotrofică, poliomielita ș.a.
 - *miokimiile* = fasciculații mai ample, ca niște „valuri musculare”, repetitive
- ⇒ *tremurăturile* = mișcări ritmice, de amplitudine mică
 - fiziologice (frig, emoții),
 - patologice (de repaus în sindromul extrapiramidal, însoțind o mișcare voluntară în sindromul cerebelos, în senilitate, etilism, nevroze) etc.,
 - *tremurătura parkinsoniană*: mișcări ce imită gesturi precum: numărarea banilor, facerea pilulelor, răsucirea foiței de țigară,

- *tremurătura cerebeloasă*: intențională; în timpul mișcărilor voluntare, accentuându-se la sfârșit; se pune în evidență prin: probele indice-nas sau călcâi-genunchi,
- *tremurătura alcoolică*: apare în condiții de sevraj, dispare după ingestia de alcool,
- *tremurătura senilă*: apare la extremitatea cefalică,
- ⇒ *miocloniile* = mișcări bruște ce interesează un mușchi sau o parte din mușchi,
- ⇒ *crampe funcționale* = contracții involuntare, dureroase, tranzitorii ce afectează un mușchi sau un grup de mușchi; ex.: crampa înotătorului, pianistului, scriitorului etc.,
- ⇒ *ticurile* = mișcări intermitente, bruște, involuntare, controlabile prin voință, cu aspect caricatural al unei activități motorii deosebite - dispar în timpul somnului și se accentuează la emoții,
- ⇒ *hemibalismul* = mișcare bruscă, violentă, unilaterală, de mare amplitudine, membrul fiind azvârlit cu bruschețe,
- ⇒ *spasme musculare* = contracții involuntare, cu apariție bruscă și desfășurare susținută,
- ⇒ *torticolis spasmodic* = mișcări de răsucire intermitentă a capului într-o parte sau alta, legată de stațiunea sau mișcarea bolnavului,
- ⇒ *spasm de torsiune* = mișcări de răsucire de mare amplitudine a capului, trunchiului, membrului

7. Examinarea mușchilor și determinarea reflexelor:

I. Tonusul muscular:

- ⇒ = stare de tensiune permanentă a musculaturii scheletice ce caracterizează starea de repaus, asigură postura și regularizarea mișcărilor,
- ⇒ testarea tonusului se face prin:
 - semnul Noica-Fromen: dacă se face o mișcare de flexie extensie a articulației radio-carpene și cerem ridicarea membrului inferior opus în extensie – la un moment dat apare o blocare în articulația radio-carpiană,
 - proba Romberg: pacientul în ortostatism cu vârfurile, călcâiele apropiate, ochii închiși – se observă dacă există sau nu o deviere,
 - proba mâinilor întinse,
 - proba indice-nas,
- ⇒ modificări ale tonusului:
 - *hipotonie* (întreruperea reflexului): mușchi flasc, mișcări lente și foarte ample; în: afecțiuni piramidale, extrapiramidale, cerebeloase,
 - *hipertonie* (este de origine cerebrală): mușchi dur, contractat, mișcări de amplitudine mică sau imposibil de efectuat; în: discopatii lombare, AVC, encefalite, TCC, tumori cerebrale, boala Parkinson, decerebrare

II. Troficitatea musculară = menținerea volumului normal al mușchilor (datorită neuronului motor periferic = N.M.P.):

- ⇒ *atrofia* poate fi *neuropatică* (afectarea N.M.P.) sau *musculară* (afectare musculară),
- ⇒ *pseudohipertrofia* musculară = creșterea aparentă a volumului mușchilor (degenerescența conjunctivo-grăsoasă a unor mușchi - Miopatia pseudohipertrofică Duchenne)

III. Determinarea reflexelor:

- a. *reflexele osteotendinoase* (R.O.T.): prin percuția unui tendon la jumătatea distanței dintre inserția osoasă și cea musculară, determinând contracția mușchiului respectiv;
- cantitativ pot fi:
 - *diminuate*,
 - *exagerate* = hiperreflexie
 - sindrom piramidal,
 - stare de hiperexcitabilitate neuro-musculară
 - *abolite* = areflexie
 - deprimarea activității reflexe: AVC, traumatisme cranio-encefalice, stări comatoase, intoxicație cu barbiturice,
 - întreruperea arcului reflex: tabes, poliomielită, polineuropatii,
 - calitative:
 - *reflexe pendulare* (mișcări de balans datorită unei inerții a răspunsului reflex),
 - *reflexe polichinetice* (la percuția unică apar contracții musculare repetate), în sindrom cerebelos,
 - *reflexe inversate* (flexie în loc de extensie), în: leziuni piramidale, leziuni de neuron motor periferic,
 - asigurarea condițiilor de examinare: temperatura camerei corespunzătoare anotimpului,

- pregătirea pacientului: zona cercetată liberă, tendonul în semitensiune, mușchiul relaxat,
 - determinarea este bilaterală; se cercetează:
 - la membrele superioare (în poziție șezândă sau în ortostatism),
 - *reflexul bicipital* (tendonul distal al bicepsului),
 - *reflexul tricipital* (tendonul tricepsului),
 - *reflexul stilo-radial* (apofiza stiloidă a radiusului),
 - *reflexul cubito-pronator* (apofiza stiloidă a cubitusului),
 - la membrele inferioare
 - *reflexul rotulian* (tendonul rotulian),
 - *reflexul ahilian* (tendonul lui Achile),
 - *modificarea reflexelor*:
 - diminuare: nevrite, polinevrite, radiculite, poliradiculite, compresii radiculare,
 - exagerare: sindrom de neuron motor central cu instalare progresivă
- b. *reflexe exteroceptive*:
- *reflexe cutanate*: prin excitarea pielii cu un instrument ascuțit, determinând contracția unor mușchi sau grupuri musculare; se cercetează:
 - *reflexul cutanat – plantar*: flexia plantară a degetului la stimularea marginii externe a plantei,
 - *abdominale: superior, mijlociu, inferior*,
 - *plantar* (flexia plantară a degetului la stimularea marginii externe a plantei),
 - *cremasterian* (excitarea coapsei ⇒ mișcări ale scrotului).
 - *reflexe mucoase*; se cercetează:
 - *reflexul cornean* (prin atingerea cu vată a corneei ⇒ lipire bilaterală; este absent în leziuni ale nervului trigemen și facial),
 - *velo-palatin* (atingerea cu spatula ⇒ mișcări de deglutiție),
 - *faringian* (atingerea faringelui ⇒ senzație de vomă) - ultimele două sunt absente în leziuni ale nervilor glosofaringian și vag.
- c. *reflexe viscerosensitive*:
- *reflexul fotomotor*: constricția pupilei la stimularea luminoasă a ochiului
 - *reflexul de acomodare*: la trecerea privirii de la distanță către aproape apar convergență și mioză
 - *reflexul oculo-vestibular*: la introducerea de apă rece în ureche se produc, în mod normal, mișcări conjugate ale ochilor
- d. *reflexe vegetative*; se cercetează: *reflexul oculo-cardiac* (apăsarea moderată a globilor oculari produce bradicardie) - este absent în tabes.
- e. *reflexe patologice* (apar în anumite afecțiuni); se cercetează:
- *reflexele proprioceptive*:
 - *reflexul de flexie a degetelor mâinii = reflexul Rossner*: la lovirea degetului bolnav apare flexia ultimei falange cu adducția policelui
 - *semnul Hoffman*: ciupirea falangei distale a mediusului determină flexia ultimei falange a policelui,
 - *reflexul de flexie a degetelor piciorului*
 - *reflexul Rossolimo*: la percuția degetelor piciorului pe fața plantară apare flexia plantară promptă
 - *reflexul Mendel-Bechterev*: flexia degetelor piciorului la percuția regiunii cuboidiene
 - *clonusul rotulei*: tensionarea tendonului rotulian prin coborârea bruscă a rotulei determină o mișcare de du-te vino datorită contracției și decontractiei cvadricepsului,
 - *clonusul labei piciorului*: flexia dorsală bruscă a labei piciorului pe gambă determină o mișcare de du-te vino datorită contracției și decontractiei mușchiului triceps sural
 - *reflexele exteroceptive*:
 - *reflexul palmo-mentonier Marinescu-Radovici*: excitarea cu acul a tegumentului eminentei tenare duce la contracția mușchilor bărbiei - în sindromul pseudo-bulbar,
 - *reflexul Babinski*: excitarea marginii externe a plantei, dinspre călcâi spre haluce determină extensia halucelui și răspândirea degetelor - în sindromul piramidal; variante ale reflexului:
 - *reflexul Oppenheim* frecarea tegumentului pe creasta tibiei determină extensia halucelui,
 - *semnul Gordon*: comprimarea masei musculare,
 - *semnul Schaeffer*: ciupirea tendonului ahilian
 - *automatismul medular*: la stimularea unei zone situate sub leziune determină retracția cu flexie triplă a membrului inferior,
 - *reflexele interoceptive*:

➤ *reflex de masă*: golirea vezicii ± a rectului, însoțită de o reacție motorie a membrilor inferioare la stimularea cu acul a tegumentului membrului inferior,

▪ alte reflexe:

➤ *reflexul Toulouse*: percuția la nivelul liniei interlabiale determină o mișcare de sucțiune

➤ *reflexul de prehensiune*, de apucare forțată la membrul superior (*groping*), la cel inferior (*groping*)

C. Examinarea gesturilor, limbajului vorbit și scris

a. Examenul gesturilor (praxie = coordonare normală a mișcărilor):

⇒ gestică și mimica (cu o anumită finalitate) realizează comunicarea nonverbală; pacientul poate să se pieptene, să scrie, să coasă, să mănânce, să descuie ușa etc.

⇒ *apraxia* = incapacitatea de a efectua gesturi (în absența unor tulburări motorii); se întâlnește în A.V.C., tumori cerebrale ș.a.; în unele boli psihice pot apărea *bizareria*, *manierismul*, *negativismul*, *stereotipia gestuală* etc.

b. Examenul limbajului vorbit:

⇒ *Afazia* (= alterarea sau pierderea capacității de a vorbi sau de a înțelege limbajul vorbit sau scris) este datorată unor leziuni cerebrale, fără afectarea organelor fonatice;

▪ poate fi:

- de *înțelegere* (senzorială, de recepție),

- de *emisie* (motorie, dislalia)

- de origine psihică (dislegie, cum ar fi logoreea, "salata de cuvinte", stereotipia verbală, "neologisme")

▪ afazia se întâlnește frecvent în hemiplegia dreaptă (la dreptaci), sub forma de *disfazie* (necoordonarea cuvintelor datorită unei leziuni cerebrale)

▪ testare:

- punem bolnavul să ne povestească ceva sau să numere,

- proba Pierre-Marie: proba celor 3 hârtii de mărime diferite; punem bolnavul să execute o comandă,

▪ tipuri:

- afazie expresivă Broca: limbaj restrâns la foneme, cuvinte simple, stereotipii verbale, agramatism

- afazie senzorială Wernicke: privește înțelegerea limbajului, este o tulburare în înțelegerea cuvântului scris și vorbit, înlocuirea unui cuvânt cu altul sau a unui fonem cu altul, ordonarea haotică a cuvintelor în propoziție, pierderea amplitudinii de a-și aminti numele unui cuvânt

- afazie mixtă

⇒ se mai poate observa: *afonie*, *disfonie*, *disartrie*, *alalie* (mutism), *dislalie*, *ecolalie*, *rinolalie*.

c. Examenul scrisului și cititului:

⇒ examinarea cititului se face prin solicitarea pacientului să citească un text (reproduce defecțiunile limbajului vorbit)

⇒ examinarea scrisului se realizează prin solicitarea pacientului să scrie după dictare sau copiere

▪ *alexie* = tulburare de înțelegere a scrisului (datorită leziunii cerebrale, fără afectarea acuității vizuale); sinonim cu *cecitate verbală*, *afazie vizuală*

▪ *agrafie* (incapacitatea de a scrie, datorată lezării centrilor nervoși ai scrierii) - este o formă de apraxie, *jargonografie* (modificarea cuvintelor), *paragrafie* (înlocuirea unor litere), *scriere speculară* (în oglindă) etc.

Aceste examene se utilizează mai des de către psihologi și psihiatri.

D. Examinarea nervilor cranieni:

1. Examinarea nervului I (olfactiv):

⇒ prin mirosirea unor substanțe cunoscute (pacientul stă cu ochii închiși)

⇒ modificări ale percepției mirosului:

▪ *hiposmie* - diminuat, *anosmie* - abolit, *hiperosmie* - exagerat

▪ *parosmie* modificate, *cacosmie* - dezagreabil

2. Examinarea nervului II (optic):

⇒ prin examinarea acuității vizuale, a câmpului vizual și oftalmoscopie – vezi capitolul 6

⇒ modificări ale acuității vizuale:

▪ scăzută – *ambliopie*, absentă: amauroză sau cecitate,

▪ nerecunoașterea obiectelor din jur: agnozii vizuale

⇒ modificări ale câmpului

▪ *hemianopsie* pierderea vederii în jumătățile nazale sau temporale

▪ *scotoame*: zone insulare în care pacientul nu vede

▪ *scăderea concentrică a câmpului vizual*