

Ghid de manevre practice în Semiologia Medicală

SECIL OMER

**Ghid de manevre practice în
Semiologia Medicală**



EDITURA UNIVERSITARĂ
București, 2014

Colecția MEDICINĂ

Redactor: Gheorghe Iovan

Tehnoredactor: Ameluța Vișan

Coperta: Monica Balaban

Editură recunoscută de Consiliul Național al Cercetării Științifice (C.N.C.S.) și inclusă de Consiliul Național de Atestare a Titlurilor, Diplomelor și Certificatelor Universitare (C.N.A.T.D.C.U.) în categoria editurilor de prestigiu recunoscut.

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

OMER, SECIL

Ghid de manevre practice în semiologia medicală /

Secil Omer. - București : Editura Universitară, 2014

Bibliogr.

ISBN 978-606-28-0133-5

61

DOI: (Digital Object Identifier): 10.5682/9786062801335

© Toate drepturile asupra acestei lucrări sunt rezervate, nicio parte din această lucrare nu poate fi copiată fără acordul Editurii Universitare

Copyright © 2014

Editura Universitară

Editor: Vasile Muscalu

B-dul. N. Bălcescu nr. 27-33, Sector 1, București

Tel.: 021 – 315.32.47 / 319.67.27

www.editurauniversitara.ro

e-mail: redactia@editurauniversitara.ro

Distribuție: tel.: 021-315.32.47 / 319.67.27 / 0744 EDITOR / 07217 CARTE

comenzi@editurauniversitara.ro

O.P. 15, C.P. 35, București

www.editurauniversitara.ro

CUPRINS

INTRODUCERE	9
1. CONSULTAȚIA ȘI ANAMNEZA	11
1.1. Consultația	11
1.2. Anamneza	13
2. EXAMENUL FIZIC	21
2.1. Inspecția	22
2.2. Palparea	22
2.3. Percuția.....	23
2.4. Auscultația	24
3. EXAMENUL GENERAL	25
3.1. Atitudinea pacientului	25
3.2. Tipul constituțional	26
3.3. Aprecierea stării de nutriție - indexul de masă corporală	28
3.4. Examenul mersului	30
3.5. Aprecierea tonusului muscular	31
4. EXAMEN TEGUMENTE, FANERE, MUCOASE	32
4.1. Examenul tegumentelor	32
4.2. Circulația colaterală	34

5. EXAMENUL CAPULUI	37
5.1. Faciesul	37
5.2. Examenul ochilor	39
5.3. Palparea punctelor sinusale	42
6. EXAMENUL SISTEMULUI NERVOS	43
6.1. Punctele Valleix pe traiectul sciaticului, intercostalilor și frenicului.	43
6.2. Manevrelle de elongație sciatică	45
6.3. Manevra Romberg	47
6.4. Reflexele osteotendinoase	48
6.5. Semnul Babinski	49
6.6. Forța musculară	50
7. EXAMENUL GANGLIONILOR	53
8. EXAMENUL ARTICULAȚIILOR	58
8.1. Examenul articulațiilor	58
8.2. Manevra Schöber	62
9. APARATUL RESPIRATOR	64
9.1. Examenul aparatului respirator	64
9.1.1. Inspecția	64
9.1.2. Palparea	64
9.1.3. Percuția toracică	66
9.1.4. Auscultația pulmonară	68
9.2. Tipuri de torace	69
10. APARATUL CARDIOVASCULAR	71
10.1. Examenul cordului	71
10.1.1. Inspecția	71
10.1.2. Palparea cordului	71

10.1.3. Percuția cordului sau decelarea matității cardiace	72
10.1.4. Auscultația cordului	74
10.2. Pulsul	74
10.3. Măsurarea tensiunii arteriale	75
10.4. Palparea arterelor periferice	76
10.5. Auscultația arterelor periferice	81
10.6. Manevra Homans	82
11. APARATUL DIGESTIV	83
11.1. Palparea ficatului	83
11.2. Examenul splinei	85
11.3. Examenul abdomenului	86
11.3.1. Inspecția abdomenului	87
11.3.2. Palparea abdomenului	88
11.3.3. Percuția abdomenului	88
11.4. Punctele abdominale	91
11.5. Manevra Blumberg	92
11.6. Manevra Murphy	93
12. APARATUL RENOURINAR	94
12.1. Palparea rinichilor	94
12.2. Punctele ureterale	95
13. MANEVRE DIAGNOSTICE ȘI TERAPEUTICE	97
13.1. Paracenteza	97
13.2. Tușeul rectal	101
13.4. Electrocardiograma	106
13.5. Injecțiile	107
13.5.1. Injecția intravenoasă necesită:	108
13.5.3. Injecția intramusculară	110
BIBLIOGRAFIE	112

INTRODUCERE

Acest ghid de examen clinic s-a născut din necesitatea oferirii unui suport didactic pentru efectuarea manevrelor practice de examen clinic, a anamnezei și a unor minime manevre terapeutice. Trecerea la învățământul clinic presupune acumularea unor cunoștințe în primul rând asimilarea unor deprinderi practice care solicită din toate punctele de vedere (mental, emoțional și fizic) studentul. Rostul informațiilor nu este de a repeta ceea ce se prezintă la cursul teoretic de semiologie ci de a fi un ajutor la patul bolnavului, a studentului proaspăt pătruns în clinică.

Medicina modernă presupune pe lângă asimilarea unui mod de gândire sau a unei judecăți clinice și efectuarea unor tehnici diagnostice sau terapeutice. S-a trecut de la medicina „cu stetoscopul” la medicina în care fiecare medic știe să efectueze multiple manevre moderne de diagnostic sau de terapie (ecografie, endoscopie, angiografie, etc.). Pentru a se ajunge acolo trebuie însă asimilate noțiunile de bază, care neînvățate la timp vor rămâne ca niște goluri ce vor fragiliza și vor limita mai târziu activitatea unui bun profesionist.

Asimilarea noțiunilor de examen clinic și deprinderea unui mod de gândire medicală presupune în primul rând implicare din partea studentului sau a tânărului medic. Treptele în pedagogie sunt:

- spune-mi și voi uita

- explică-mi și voi înțelege
- implică-mă și voi face

Prima treaptă este reprezentată de participarea la cursuri sau la seminarii în care se audiază informații medicale.

A doua treaptă este reprezentată de seminarii sau cursuri unde există un grad de *interactivitate* în care cel care expune, transmite informațiile cu *explicarea mecanismelor* prin care apar diversele tulburări și modificări patologice.

A treia treaptă, care presupune și cel mai mare grad de eficiență, se referă la *implicarea* directă a studenților în procesul de urmărire și îngrijire a pacienților.

1. CONSULTAȚIA ȘI ANAMNEZA

1.1. Consultația

Consultația se desfășoară, ideal, într-un mediu liniștit. Este de recomandat să nu fie întreruperi în timpul consultației (vorbitul la telefonul mobil, efectuarea altor sarcini, discuții cu alte persoane, ieșirea și intrarea altor persoane în încăperea, etc.).

Este bine ca examinatorul să fie în fața pacientului fără interpunerea vreunui obiect (scaun, masă, birou).

Lumina de examinare este bine să fie naturală (lumina de neon de exemplu poate deforma culorile). Se poate folosi și luminarea tangențială pentru evidențierea unor elemente cum ar fi glanda tiroidă sau pulsul jugular.

Echipamentul necesar pentru examenul clinic include:

Stetoscop

Tensiometru

Ciocan de reflexe

Termometru

Ceas cu secundar

Mănuși pentru examenul leziunilor cutanate și tușeu rectal, respectiv vaginal

O lanternă pentru reflexul fotomotor

Diapazon pentru sensibilitatea vibratorie

Este util de folosit un caiet de notițe sau un suport electronic de scris și de făcut schițe sau desene care să permită o bună vizualizare a modificărilor patologice.

De reținut ar fi că secrețiile corporale sau patologice pot fi infecțioase și, ca urmare, se folosesc mănuși de protecție pentru explorarea directă a mucoaselor, a tegumentelor cu leziuni sau a secrețiilor patologice.

Studentul trebuie să comunice medicilor din echipa de îngrijire a pacientului datele obținute și de asemenea să comunice cu asistentele implicate în îngrijirea pacientului. De asemenea, trebuie să cunoască modificările survenite în starea pacientului pe perioada internării, modificările analizelor efectuate și totodată rezultatele investigațiilor efectuate.

Toți studenții sunt încurajați să găsească conexiunile între modificările patologice ale pacientului, și modificările analizelor, pe baza cunoștințelor de fiziologie, microbiologie, virusologie, anatomie, biochimie, fiziopatologie, histologie din anii preclinici.

De exemplu *steluțele vasculare apar la un bolnav cu afectare hepatică pentru că ficatul bolnav nu mai poate excreta hormonii liposolubili printre care și estrogenul, cu vasodilatație arteriolară consecutivă*. Învățată astfel, semiologia are sens, logică și pune bazele formării gândirii clinice.

În era calculatoarelor se pot folosi și informații de pe internet.

Pe lângă discuția cu pacientul se execută manevrele asimilate la fiecare aparat. Efectuarea manevrelor la fiecare oră de semiologie permite ca după un anumit număr de repetiții să apară o stăpânire a tehnicilor. Fiind o disciplină clinică, tehnicile nu pot fi asimilate decât prin efectuare și nu prin urmărirea colegilor sau a cadrului didactic.

Este bine de știut de la început că nu se folosesc în salon, în fața pacienților exclamări gen „vai”, „aoleu”, „mamă”, „au”, legate de anumite modificări patologice care pot avea un efect puternic

asupra psihicului pacientului examinat. De asemenea, expresiile faciale care să exprime dezgustul, mila, aversiunea trebuie evitate.

Totodată, se evită exprimarea directă a diagnosticelor grave sau jenante gen cancer, metastază, sifilis, sida, alegându-se eufemisme (neoplazie, determinări secundare, lues, infecție cu virusul imunodeficienței umane, etc.). De preferat ar fi ca studentul să întrebe medicul curant dacă poate comunica pacientului diagnostice sau informații din foaia de observație. Comunicarea intempestivă a unui diagnostic grav fără o pregătire a pacientului poate declanșa drame nedorite.

Atitudinea examinatorului trebuie să fie binevoitoare, ușor empatică și de încurajare a comunicării. Atitudinea corporală trebuie de asemenea să favorizeze comunicarea. Se evită pozițiile închise, gen brațe și picioare încrucișate, sau trunchiul întors în altă direcție, se privește pacientul intermitent în ochi pentru a transmite interes și încredere. Este util ca între pacient și examinator să nu existe obiecte interpusă, gen masă, birou, scaune sau altceva, tot pentru favorizarea unei bune comunicări.

Ținuta examinatorului este bine să fie decentă fără stridențe, excentricități (gen pantaloni scurți la bărbați sau piercieng-uri, coafuri exagerate). Rostul unui demers terapeutic este până la urmă înțelegerea și alinarea suferinței unui pacient și nu etalarea unor ținute sau obiecte vestimentare care ar putea transmite inconștient o lipsă de seriozitate sau de decență. Este necesar a se purta un halat sau bluză de spital peste ținuta personală. Codul de îmbrăcăminte trebuie să proiecteze o imagine profesională.

1.2. Anamneza

Anamneza presupune discuția cu pacientul.

Etapetele anamnezei includ:

a) *Discuția* cu pacientul pentru culegerea de informații medicale;

- b) *Traducerea* limbajului pacientului într-un limbaj medical;
- c) *Structurarea* informațiilor în semne, simptome;
- d) Gruparea semnelor și simptomelor în *sindroame*;
- e) Emiterea unui *diagnostic de etapă*;
- f) Realizarea unui *diagnostic diferențial* cu emiterea unor scenarii posibile de boli sau sindroame.

a) *Discuția* cu pacientul se face pe baza unor reguli orientative dar destul de logice în ordinea desfășurării discuției.

Etapele discuției sunt:

- *Prezentarea studentului și cererea de a discuta cu pacientul legat de boala acestuia.*

- *Obținerea informațiilor generale* legate de numele pacientului, vârsta, locul de proveniență (atenție sunt zone geografice cu patologii specifice - vezi nefropatia balcanică în bazinul Dunării).

- *Identificarea motivelor* care l-au adus pe pacient la spital (aici se menționează motivele medicale).

- *Gruparea a 3-4 motive medicale* (sub formă de semne și simptome) care au necesitat venirea la spital.

- *Construirea apoi a istoricului bolii.* Pornindu-se de la motivele internării, se construiește un tablou al episodului de boală actual cu detalierea simptomelor și a semnelor actuale urmat apoi de integrarea episodului actual în tabloul unei eventuale boli cronice peste care a survenit episodul actual. Se menționează evoluția bolii cronice cu internări anterioare, decompensări anterioare, tratamente. Se mai pot descrie în istoric și alte boli cronice de care suferă pacientul.

- *Descrierea istoricului familial* cu menționarea bolilor (de regulă cronice) ale rudelor de gradul I.

- *Descrierea istoricului bolilor* pacientului fără a se omite intervențiile chirurgicale.

- Menționarea *istoricului fiziologic* al pacienților de sex feminin (nașteri, avorturi, menarhă, menopauză).
- Descrierea *mediului* în care trăiește pacientul. Aici se au în vedere atât zona geografică din care provine pacientul cât și mediul familial (eventuale tensiuni, conflicte, momente dificile - gen divorțuri, șomaj, boli ale membrilor familiei), profesional (eventuale frustrări, conflicte, noxe, poluanți, pulberi, eforturi fizice exagerat de mari sau program de lucru dezordonat), obiceiuri alimentare, consum de alcool cu menționarea cantității de alcool pur pe zi consumat, fumat, cafea, droguri (se descriu tipul de drog folosit și încercările de renunțare); se descrie de asemenea somnul pacientului, starea psihică și emoțională.
- Se menționează în final *medicamentele* pe care le consumă pacientul.

Dialogul purtat cu pacientul ar trebui să urmeze câteva reguli. Dacă pentru un examinator experimentat sunt suficiente întrebări repetate, la început este util să se folosească întrebări așa zis de deschidere (de ex. Cum e cu durerea sau cu foamea sau cu scaunul?). Adică nu se pun întrebări care includ răspunsul. De asemenea, se evită cel puțin inițial, întrebările la care se răspunde prin da sau nu. Excepție fac cazurile cu pacienți care au o comunicare foarte dificilă (sechelari vascular sau cu tulburări de conștiență). Aceste întrebări pot fi utile când vrem să clarificăm o informație menționată de pacient (de ex. dacă un pacient menționează o agravare după carne de porc putem întreba dacă după grăsimi în general sau numai după carnea menționată). Întrebările se pot pune cu scopul de a menține pacientul pe firul discuției medicale (nu se intră în „telenovela” pacientului, adică dacă se abate mult de la menționarea unor informații cu relevanță medicală) prin includerea în întrebare a unui aspect medical pe care îl urmărim gen „Ce spuneți despre durerea ca o gheară din

piept?”. De asemenea, o întrebare inteligent pusă poate încuraja o discuție prematur oprită (de ex. Ce puteți să-mi spuneți - ametelele pe care le-ați menționat mai devreme?). Astfel i se transmite pacientului pe de o parte interesul nostru pentru problema lui și pe de alta ce gen de informații ne interesează din relatările lui.

Uneori este bine a se lăsa pacientului câteva momente de răgaz pentru a-și clarifica propriile gânduri și a nu se pune întrebări „în avalanșă” care să-l zorească pe pacient și să-i dea impresia de precipitare (deși ritmul activității din spital ne-ar stimula inconștient către o scurtare a discuției). O discuție simplă, empatică are scopul nu numai de a ajunge cât mai aproape de diagnostic (un medic inteligent poate să obțină mai mult de jumătate din diagnostic printr-o anamneză bine condusă evitând investigații inutile, nedirecționate și costisitoare) dar și de a stabili o relație de încredere cu pacientul care să se reflecte printr-o creștere a complianței. Această complianță poate facilita ulterior acceptarea mai ușoară a unor investigații ce pot fi neplăcute ca și realizarea unor tratamente necesare dar cu potențiale reacții adverse.

Pentru încurajare se pot folosi tehnici simple de *facilitare*, cum ar fi îngânarea (cuvinte „da”, „sigur”, sunete gen „îhî”) sau datul aprobator din cap. De asemenea, se poate folosi repetarea în ecou a ultimului cuvânt sau expresie („deci ca o strângere”). Pe lângă aceste tehnici simple de facilitare se poate folosi și *clarificarea*. Adică, se oprește pacientul și se întreabă ce a vrut să spună cu o anumită expresie sau cuvânt („ce înțelegeți prin „scaune multe” sau prin „jerigai”).

b) *Traducerea* limbajului pacientului în limbaj medical se face pe baza însușirii termenilor de specialitate. Pentru aceasta sunt utile dicționarele medicale dacă nivelul cunoștințelor

examinatorului nu permite încă folosirea unui limbaj bazat pe expresii medicale care să permită prezentarea cazului succint și clar, cu o relevanță cât mai mare din punct de vedere medical. De ex. se folosește „litiază” și nu „piatră la rinichi” sau durere epigastrică și nu „durere la stomac” sau diaree și nu „probleme cu stomacul” sau „pântecariță”.

c) *Structurarea* informațiilor medicale în semne și simptome cu modalități.

Odată obținute informațiile medicale se grupează în semne cu descrierea lor completă. Astfel se descriu localizarea, momentul apariției și dispariției (adică asocierea cu anumiți factori sau evenimente), iradierea în cazul durerilor și alte modalități.

De exemplu, la febră se descrie momentul apariției, orarul, durata, fenomenele asociate (gen frison, transpirații, cefalee).

La o durere se descriu obligatoriu caracterele adică:

- *momentul apariției și dispariției* (de ex. apare postprandial la 30 minute sau dispare cu defecația sau apare după un efort fizic și cedează la nitroglicerină)
- *localizarea* (se descrie topografic regiunea corpului unde e resimțită- gen hipocondru drept, epigastru sau de ex. occipital)
- *iradierea* (percepția subiectivă a pacientului că durerea se deplasează și înspre alte zone anatomice, care vor fi de asemenea de asemenea descrise topografic)
- *durata* (de pildă secunde, minute sau dacă e cazul ore, zile)
- *fenomenele asociate* (gen greață, balonare, frison, tulburări de vedere, etc.)

Mai sunt și alte caractere ale durerii cum ar fi *orarul*, *periodicitatea* (zilnică, săptămânală sau sezonieră).

d) Gruparea semnelor și simptomelor în *sindroame*

Odată obținute semnele și simptomele se urmărește gruparea lor pe baza unor relații fiziopatologice. Aceasta presupune însă cunoștințe de fiziologie și fiziopatologie care să permită înțelegerea relațiilor de tip cauzal între diferitele semne și simptome pentru că numai o înțelegere corectă a succesiunii de tip cauzal va permite transformarea informațiilor asimilate în informații înțelese sau cunoaștere.

Astfel asocierea de pirozis, eructații și regurgitații constituie *sindromul de reflux gastroesofagian*. Înțelegerea faptului că prezența conținutului gastric în esofag și cavitatea bucală este modificarea fiziopatologică de bază, explică toate cele trei simptome și semne. Un alt exemplu ar fi *sindromul de insuficiență cardiacă dreaptă* cu semnele tipice (edeme gambiere, hepatomegalie dureroasă, turgescență de jugulare, ascită) toate explicabile prin deficitul de preluare a întregii cantități de sânge venos ce ajunge la cordul drept cu stază consecutivă în amonte.

e) Emiterea unui *diagnostic de etapă*

Odată structurată informația în semne, simptome și ulterior în sindroame se poate emite printr-o analiză, ce presupune o judecată sintetică, conturarea unui diagnostic de boală. Pentru aceasta examinatorul va urmări pe baza cunoștințelor și a experienței personale să emită un scenariu de boală cât mai plauzibil adică să poată explica logic prezența sindroamelor găsite în etapele anterioare.

Se caută ca urmare ceea ce este comun în tabloul manifestărilor pacientului cu un scenariu de boală ipotetic care este cât mai superpozabil pe expresia clinică a pacientului. Aici este nevoie de o putere de a sintetiza și încadra (ca într-un joc de puzzle) ceea ce este logic și de a găsi acel model informațional (scenariul bolii posibile) care prin deducții logice să cuprindă și

să explice cât mai multe (ideal toate) din manifestările clinice ale pacientului. Pentru aceasta este necesar ca cel care emite supoziția de diagnostic să cunoască cât mai multe scenarii posibile (adică tabloul clinic al cât mai multor boli cu relațiile cauzale dintre sindroamele ce alcătuiesc acest tablou clinic). Ceea ce diferențiază un medic cu experiență față de un începător este faptul că un clinician versat va cunoaște din experiență tablourile unor pacienți din practica de zi cu zi ceea ce uneori poate diferi într-un anumit grad de scenariile de boală descrise în cărți. De asemenea, va avea odată cu acumularea și observarea atentă a cât mai multor tablouri de boală, o mai largă viziune, ceea ce îi va permite încadrarea mai facilă a realității expresiei clinice a pacientului cu un tablou de boală cunoscut.

f) *Diagnosticul diferențial*

Realizarea unui diagnostic diferențial este legată organic de procesul anterior al deducției unui scenariu posibil de boală și constă în formularea mai multor scenarii de boală ipotetice care să explice cât mai mult din simptomatologia clinică a pacientului.

Din nou intervin experiența, cunoștințele medicale, puterea de sinteză și de abstractizare a medicului. Odată formulat diagnosticul de boală și scenariile alternative posibile, adică diagnosticul diferențial, rămâne ca prin examenul obiectiv și prin explorările paraclinice să validăm sau nu aceste scenarii astfel încât la final să rămână un singur diagnostic care să explice toată simptomatologia și modificările paraclinice ale pacientului.

De exemplu un pacient în vârstă cu tuse și expectorație mucopurulentă, apărute de 5 zile, pune problema unui diagnostic diferențial între bronșită și pneumonie. Ca urmare, se efectuează o radiografie pulmonară care arată o opacitate bazală dreaptă cu tendință la sistematizare, modificări tipice unui proces pneumonic.

Un alt exemplu poate fi cazul unei paciente cu dureri epigastrice cu caracter colicativ (durere a cărei intensitate variază), grețuri, vărsături apărute de 24 de ore în urma unui prânz bogat în condimente și tocături. Se pune problema unei afecțiuni biliare sau gastroduodenale. Ca urmare se ia decizia efectuării unei ecografii abdominale ce găsește un calcul la nivelul vezicii biliare cu edem al pereților colecistului. Analizele găsesc o creștere a numărului de leucocite din sânge. Se pune diagnosticul de colecistită acută și se internează în clinica de chirurgie.