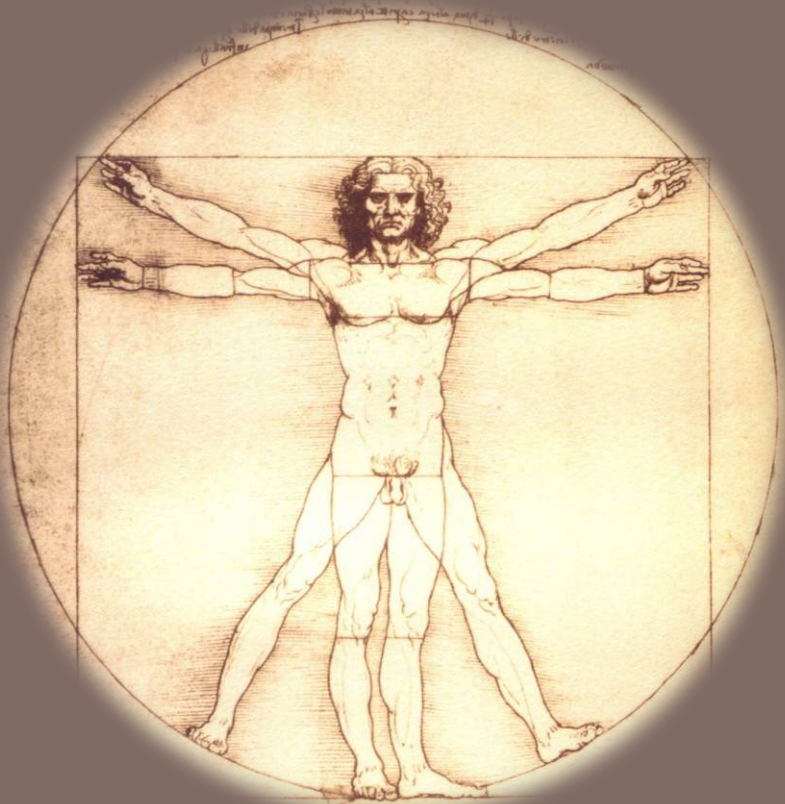


Codruța Bulduș

EXAMINAREA PACIENTULUI ÎN KINETOTERAPIE



Presa Universitară Clujeană

CODRUȚA BULDUȘ

**EXAMINAREA PACIENTULUI
ÎN KINETOTERAPIE**

Referenți științifici:

Prof. univ. dr. Emilia Florina Grosu

Prof. univ. dr. Alexandru Mureșan

ISBN 978-606-37-0196-2

© 2017 Autoarea volumului. Toate drepturile rezervate.
Reproducerea integrală sau parțială a textului, prin orice
mijloace, fără acordul autoarei, este interzisă și se pedepsește
conform legii.

Universitatea Babeș-Bolyai
Presa Universitară Clujeană
Director: Codruța Săcelean
Str. Hasdeu nr. 51
400371 Cluj-Napoca, România
Tel./fax: (+40)-264-597.401
E-mail: editura@editura.ubbcluj.ro
<http://www.editura.ubbcluj.ro/>

CODRUȚA BULDUȘ

**EXAMINAREA PACIENTULUI
ÎN KINETOTERAPIE**

PRESA UNIVERSITARĂ CLUJEANĂ

2017

*Mulțumiri Doamnei Profesor Doctor Elena Zamora
pentru suportul și ajutorul pe care mi l-a acordat
la realizarea acestei cărți.*

I. Semiologia medicală

Obiectul de studiu al semiologiei

Semiologia medicală studiază **evidențierea și interpretarea diferitelor forme de manifestare a bolilor**. Semiologia medicală operează cu noțiuni caracteristice - informații în legătură cu boala:

- **simptome;**
- **semne;**
- **date de investigație complementară.**

1. Simptome

Prin *simptom* se înțelege o manifestare a bolii care se exprimă exclusiv sau în primul rând în sfera de **percepție a bolnavului**. Ex: durerea, amețela, dispneea etc. Simptomele sunt experiențe personale, care ajung să fie cunoscute de către medic din relatările pacientului.

- au caracter **subiectiv**,
- posedă un grad de variabilitate, de la un caz la altul sau de la același subiect, în ocazii diferite,

- depind de pragul de percepție al bolnavului și/sau de evoluția bolii.

2. Semne

Prin *semn* se înțelege orice manifestare morbidă care este pusă în evidență de medic (sau de alt observator care poate fi însuși bolnavul sau o persoană din anturajul acestuia) utilizând unul dintre simțurile proprii. Ex: paloarea, modificarea conturului anatomic sau a consistenței unei regiuni, zgomote cardiace sau respiratorii anormale, mirosul aerului expirat (Ciobanu L. 2008).

3. Date de investigație complementară

Aplicarea acestor metode, considerate „complementare” examenului clinic furnizează *date*, care alături de simptome și semne ajută la stabilirea diagnosticului. Ex: examenul radiologic, endoscopia, dozările de substanțe în lichidele biologice.

Activitatea de analiză și sinteză a simptomelor și semnelor de boală se încheie cu o **concluzie**, care este *diagnosticul clinic*.

- Rezultatul sintezei diagnosticului clinic și a datelor complementare este *diagnosticul definitiv*, pe care se bazează atitudinea terapeutică și prognosticul. În procesul de stabilire a diagnosticului, practicianul beneficiază uneori, în etapa de sinteză, de un

complex de simptome asociate, caracteristic pentru o anumită stare patologică a organismului, reper care corespunde noțiunii de *sindrom*.

- Sindromul este un ansamblu coerent și sistematizat de manifestări care corespunde unei unități clinice, morfologice și funcționale cu caracter de generalizare, **sintetizând trăsăturile mai multor boli**, fiecare cu o etiologie distinctă (Boloșiu, 1994).

Foaia de observație clinică

Foaia de observație clinică (FO), reprezintă un document medical și științific, medico-judiciar și contabil.

FO document medico-științific – cuprinde datele personale ale pacientului, diagnostic de internare, la 72 ore, și dg. de externare, ziua și ora internării precum și datele de la externare.

FO cuprinde cinci părți:

- Partea I – datele personale ale pacientului
- Partea II – anamneza
- Partea III – examenul obiectiv la internare
- Partea IV – foaia de evoluție și tratament
- Partea V – epicriza.

II. Anamneza

Prin anamneză se înțelege ansamblul informațiilor obținute de la bolnav în legătură cu persoana sa și cu ambianța în care evoluează, raportat la starea de boală. Terapeutul are o influență majoră asupra modului și demnității cu care pacientul percepe și experimentează starea de boală. În acest scop terapeutul trebuie să aibă o atitudine empatică, să se comporte cu respect și compasiune și să stabilească un dialog în care să asculte și să confirme ceea ce îi comunică pacientul (Douglas, G ș.c. 2013).

Etapele anamnezei

În timpul anamnezei se culeg informații legate de: vârstă, sex, locul nașterii și domiciliul, motivele internării, istoricul bolii actuale, antecedentele familiale, antecedentele personale patologice, antecedentele personale fiziologice, condiții ambientale, locuința, alimentația, consumul de toxine, condiții de muncă, manifestări generale (Boloșiu, 1994).

1. *Vârsta*

Particularitățile morfologice și funcționale legate de diferite etape în dezvoltare a organismului pot să se reflecte în starea sănătății subiectului, fie în sensul prevalenței crescute a unor boli la anumite grupuri de vârstă, fie în moduri particulare de evoluție pe care vârsta le poate imprima anumitor subiecți.

- La sugari se întâlnesc boli diareice acute și stări dispeptice. Prima copilărie este dominată de boli eruptive febrile (rubeolă, rujeolă, varicelă, scarlatină) și tuse convulsivă.
- În adolescență sunt frecvente anginele, glomerulonefrita acută și reumatismul articular acut.
- Adulții fac mai frecvent hipertensiune arterială, ulcer duodenal, tuberculoză, astm bronșic, pneumonii și boli profesionale.
- La vârstnici se întâlnesc mai frecvent bolile degenerative (ateroscleroză, boală artrozică, emfizem pulmonar), boli neoplazice, boli cardiovasculare cronice, fenomene nervoase de involuție senilă.

2. *Sexul* pacientului poate reprezenta un criteriu de orientare în legătură cu diagnosticul.

- Se disting boli care se întâlnesc exclusiv la unul dintre sexe și boli care au frecvență mai mare la femei sau la bărbați.

- În primul grup se încadrează bolile organelor genitale feminine (tulburări ale ciclului menstrual, metroanexită, patologia obstetricală) sau ale organelor genitale masculine (orhiepididimită, adenomul de prostată).
- Câteva exemple din al doilea grup:
 - ✓ boli cardiovasculare: *bărbații*: insuficiență aortică, infarct miocardic, cord pulmonar cronic, trombangiita obliterantă. La *femei*: stenoză mitrală, tromboflebită.
 - ✓ boli respiratorii: *bărbații*: bronșiectazie, bronhopneumopatie obstructivă cronică. *Femeile*: astm bronșic.
 - ✓ boli digestive: *bărbații*: ulcer duodenal; *femeile*: ulcer gastric, colecistite, litiază biliară.
 - ✓ boli reumatice: *bărbații*: gută, spondilită anchilopoietică; *femeile*: poliartrită reumatoidă, sclerodermie, lupus eritematos diseminat.

3. Locul nașterii și domiciliul

- Mediul geoclimatic în care o persoană și-a desfășurat mai mult timp viața poate contribui la determinismul unor boli. De exemplu:

- ✓ gușa endemică apare în regiunile în care solul și apa freatică au un conținut scăzut de iod. (Munții Apuseni, Maramureș, podișul Transilvaniei).
- ✓ malaria este răspândită în zonele cu lacuri și bălți în care se dezvoltă țânțarul anofel.
- ✓ fluoroza (boala dinților pătați) apare în regiunile cu apă potabilă excesiv de bogată în fluoruri.

4. Motivele internării

- La acest capitol al anamnezei se înregistrează toate simptomele și semnele de boală pe care le are bolnavul. Acestea trebuie menționate concis și *grupate pe categorii* de aparate în suferință și *ierarhizate* după criteriul dominanței și al ipoteticei lor valori semnificative în relație cu diagnosticul.

5. *Istoricul bolii actuale* prezintă simptomele de la debutul bolii până în momentul internării.

- Debutul bolii:
 - data;
 - felul debutului: brusc sau insidios;
 - circumstanțele în care boala a debutat;
 - simptomele cu care s-a manifestat inițial.

- Atitudinea bolnavului față de boala care tocmai a debutat: prezentarea la medic, ignorarea suferinței, recurgerea la automedicație sau la procedee terapeutice empirice etc. În cazul în care bolnavul a urmat un tratament indicat de medic, se va menționa ce rezultat a avut: ameliorare, stare nemodificată, agravare.
- Cum au evoluat manifestările de la debut și până la momentul examinării: periodic, progresiv, asociat.
- Ce anume l-a determinat nemijlocit pe bolnav să se prezinte la consultație sau pentru internare.

6. Antecedentele familiale

- Această parte a anamnezei urmărește să cunoască starea de sănătate a membrilor familiei bolnavului; există boli care se întâlnesc la mai mulți membri ai aceleiași familii, adică posedă *agregare familială*. Există două cauze de agregare familială a bolilor: transmiterea ereditară și coabitarea.
- În cazul transmiterii ereditare, boala se găsește numai printre rudele de sânge ale subiectului. Este vorba de anomalii genetice sau cromozomiale, transmiterea putându-se face după modul dominant sau recesiv, legat sau nu de sex.

- Coabitarea este un alt factor care poate explica agregarea familială a unor boli. Fenomenul se întâlnește și la rudele prin alianță. Apariția bolii la mai mulți membrii ai familiei este cauzată de acțiunea aceluiași condiții nefavorabile din mediul familial.

7. *Antecedentele personale fiziologice*

Această parte a anamnezei se adresează în special femeilor:

- Debutul menstruației = menarha, marchează începutul pubertății (în jurul vârstei de 13 ani). Pubertatea întârziată (după 14 ani) poate fi constituțională sau determinată de boli ereditare endocrine sau organice. Pubertatea precoce (înainte de 8 ani) este o boală endocrină de sine stătătoare.
- Succesiunea ciclurilor menstruale are loc la intervale regulate de 28 de zile la 65% dintre femei, cu limite extreme între 18-40 zile.
- Întreruperea succesiunii menstruelor = amenoree; apare în sarcină, alăptare, menopauză, unele boli psihice sau endocrine. Creșterea frecvenței ciclurilor = tahimenoree, Rărirea frecvenței ciclurilor = bradimenoree.
- Durata fluxului menstrual este normal de 5 zile. Polimenoree = creșterea duratei, Oligomenoree = scăderea duratei, Durata peste 10 zile = menoragie.

- Sângererea genitală în afara ciclului menstrual = metroragie → sângele este coagulabil.
- Hipermenoree = creșterea cantității, Hipomenoree = scăderea cantității.
- Dismenoree = dureri care preced sau însoțesc menstruația localizate în micul bazin cu iradiere în lombe și în rădăcina coapselor.
- Împrejurări legate de sarcină și de naștere: numărul sarcinilor, numărul nașterilor (la termen, premature, cu feți morți), numărul avorturilor (spontane și luna de sarcină, provocate), greutatea copiilor la naștere (normal 3000-3500 gr). Cauzele avorturilor repetate: incompatibilitatea de Rh, lues, diabet zaharat matern. Gigantismul fetal – peste 4000 gr. – mama diabet.
- Climacteriul sau premenopauza se situează în jurul vârstei de 42-45 de ani și se manifestă prin modificarea ritmurilor ciclurilor menstruale, tulburări generale.
- Menopauza normală, 45-50 de ani, marchează sfârșitul activității biologice genitale. Se caracterizează prin suspendarea menstruelor. Poate fi însoțită de bufeuri de căldură, crize sudorale, tulburări psihice, modificări cardiovasculare, simptome dispeptice etc.

Încep să se manifeste HTA esențială, cardiopatia ischemică, obezitatea, artrozele, osteoporoza etc.

- La bărbați este importantă aflarea momentului instalării pubertății și tulburările apărute.

8. *Antecedentele personale patologice*

Se referă la principalele afecțiuni de care a suferit pacientul, din copilărie până în momentul internării.

- Bolile infecțioase acute care pot determina complicații organice sau pot deschide calea predispoziției pentru alte suferințe. Ex: scarlatină→glomerulonefrită; hepatita acută virală→hepatita cronică; angine streptococice→reumatism articular acut, cardită reumatoidă.
- Bolile infecțioase cronice (tuberculoză, sifilis, infecții de focar etc.) pot afecta orice structură a organismului prin însămânțare directă sau prin consecințele imunologice pe care le antrenează.
- Bolile venerice, altele decât luesul, interesează și din rațiuni epidemiologice legate de lichidarea sursei de infecție, întreruperea cantagiunii și tratamentul cazurilor rămase necunoscute.

- Boli organice: respiratorii, cardiovasculare, renale etc.
- Împrejurări morbide semnificative: intervenții chirurgicale, traumatisme, hemoragii, transfuzii, intoxicații etc. Cu ocazia unei transfuzii se pot transmite: hepatita virală B, sindromul imunodeficienței dobândite (SIDA).
- Tratamentele medicamentoase pot afecta ficatul (hepatite toxice medicamentoase), stomacul (ulcer – antiinflamatoare), măduva hematoformatoare, pielea, gonadele (cisto-stactice) etc.

9. Condiții de viață și muncă

- *Locuința*: salubră/insalubră. Unii factori ambientali locativi pot determina boli: plantele de apartament, acarieni, animale domestice.
- *Alimentația* trebuie privită sub două aspecte; compoziția regimului alimentar și igiena alimentației.
- *Consumul de toxice*: alcool – ritmul (ocasional, sistematic); cantitatea ingerată; preferința pentru băuturi slabe sau tari.
- *Fumatul*: numărul de țigarete pe zi; fumatul pasiv.
- *Abuzul de cafea* provoacă manifestări neuropsihice și cardiovasculare (favorizează depozitarea lipidelor în pereții arterelor).

Examinarea pacientului în kinetoterapie

- *Condițiile de muncă:* profesia, tipul efortului depus (fizic sau intelectual), orarul de muncă, condițiile de microclimat, aspectele concrete ale prestației profesionale (șezând, aplecat, în picioare, ridicare de greutate etc.), materialele vehiculate, comportarea la locul de muncă, relațiile cu superiorii și cu colegii.

10. Manifestări generale

- Pofta de mâncare;
- Evoluția ponderală;
- Somnul;
- Scaunul;
- Micțiunile;
- Modificările volumului urinar.

III. Examenul clinic

III.1. Metodele examenului obiectiv

Examenul clinic este partea explorării clinice în care examinatorul face apel la simțurile sale și eventual la un instrumentar simplu, pentru a evidenția semnele de boală, adică modificările produse de boală în organismul omului suferind. Corelarea acestora cu simptomele, analizate detaliat în cadrul anamezei, furnizează materialul informațional pentru ca logica medicală să permită stabilirea primei etape a diagnosticului – diagnosticul clinic.

Examenul obiectiv beneficiază de patru metode: inspecția, palparea, percuția și ascultația.

O atenție deosebită se acordă poziționării corecte a pacientului. Este necesară o abordare sistematică și ordonată a manevrelor de examinare (Talley, N. J., & O'Connor, S. 2005). Această abordare studentul o învață de la profesorul său care îi oferă și un model de comportament și profesio-

nalism. Să nu uităm că fiecare student are propriul stil de învățare: auditiv, vizual sau tactil-kinestezic de care trebuie să țină cont (Bușan, A. M. (2014)).

Inspecția

Prin inspecție se înțelege observarea vizuală, directă sau indirectă (ajutată de instrumente care să ușureze accesul, mărirea sau iluminarea) a semnelor de boală care se manifestă la suprafața corpului, în cavități accesibile sau care constă în modificarea mobilității unor segmente. *Aceste semne se numesc optice.*

Pentru ca inspecția să își atingă scopul, bolnavul va trebui să fie complet dezbrăcat, în așa fel încât nici o regiune să nu scape examenului obiectiv.

În condițiile examinării bolnavului în salon, se va face concesie considerentelor de pudoare; dacă din anamneză, medicul posedă date asupra localizării unor semne în regiunea anală sau genitală, observația se va continua într-o cameră de consultație.

Una dintre condițiile inspecției corecte este iluminarea corespunzătoare. Aceasta trebuie să fie suficient de puternică, să nu cadă asupra bolnavului numai dintr-o parte și să fie de preferință de sursă naturală.

Lumina artificială poate falsifica mici modificări ale culorii tegumentului; cianoza pare mai intensă la lumina lămpilor de neon.

Inspecția începe cu bolnavul aflat într-o poziție statică (culcat pe pat sau pe canapeaua de consultație), respectând două principii esențiale: *observația topografică și comparativă*.

Se începe cu extremitatea cefalică – părul, ochii, mucoasa conjunctivală, nasul, buzele, cavitatea bucală, apreciind eventuale modificări prin compararea regiunilor simetrice, apoi se încearcă și aprecierea globală a expresiei feței. Inspecția va fi continuată metodic cu următoarele regiuni: gâtul, toracele, sânii, membrele superioare, abdomenul, membrele inferioare.

Bolavul va fi apoi ridicat pentru a examina partea posterioară a corpului.

Inspecția statică se completează cu cea dinamică pentru a descifra „limbajul corpului”: dezbrăcarea, ridicarea din pat, mersul, comportamentul raportat la situație. Observația este completată prin mobilizarea la comandă a unor segmente sau solicitarea de a executa mici gesturi cotidiene.

Observația începe, de fapt, odată cu primul contact cu bolnavul, continuă pe toată durata anamnezei și a întregului examen clinic.

Palparea

Palparea face apel la simțurile tactil și kinestezic ale mâinilor examinatorului pentru a aprecia modificările superficiale sau profunde produse de boală = *semne palpatorii*. Tehnica palpării presupune

utilizarea pulpei degetelor (cea mai sensibilă la pulsații), a întregii suprafețe palmare a degetelor, uneori a palmei în întregime (zona palmară de la baza degetelor, cea mai sensibilă la vibrații), cu o anumită presiune și mobilizarea corespunzătoare a mâinii pe zona de explorat. Variantele tehnicii sunt adaptate regiunii și scopului urmărit.

a) Presiunea simplă cu pulpa degetelor este utilizată la cercetarea pulsațiilor vasculare, aprecierea consistenței și a sensibilității țesuturilor, palparea proeminențelor osoase, a liniei articulare și, în general, pentru localizarea unei anumite modificări.

b) Aplicarea palmei în întregime servește la palparea freacății (cardiac sau vocal), a unor formațiuni cu pulsație expansivă, iar combinată cu deplasarea orizontală reprezintă o bună metodă de a aprecia starea tegumentelor.

c) Pensarea între două degete sau între degetele reunite ale celor două mâini servește la aprecierea volumului stratului adipos, precizarea consistenței unei formațiuni și fixarea acesteia în scopul mobilizării în raport cu planurile învecinate.

d) „Masarea” ușoară cu suprafața palmară a degetelor, prin mișcări de rotație în planul suprafeței corpului este o metodă de explorare a zonelor superficiale (piele, țesut celular subcutanat și muscular).

e) Palparea organelor profunde utilizează suprafața palmară a degetelor și mișcări de frământare care caută să surprindă organul sau să-l facă să gliseze contra unei rezistențe.

f) Pentru determinarea sensului în care circulă sângele într-o venă superficială, se fixează între degete două puncte apropiate de pe traiectul acesteia și se golește vena de sânge prin deplasarea laterală a degetelor. Ridicând succesiv când un deget, când pe celălalt se vede din care direcție se face umplerea venei.

În timpul manevrelor de palpare examinatorul trebuie să-și găsească o poziție adecvată, iar pacientul va fi solicitat să contribuie la reușita examinării prin posturi corespunzătoare sau acțiuni adoptate în funcție de caz (ex: relaxare musculară, respirații profunde etc.)

Percuția

Este metoda de a provoca în mod artificial vibrații în organe și țesuturi prin lovirea repetată a suprafeței corpului, cu scopul de a aprecia, în primul rând, pe bază acustică starea fizică a teritoriului subjacent = *semne palpatorice*.

În percuția digitodigitală, degetul mijlociu de la mâna stângă funcționează ca pleximetru, iar degetul mijlociu de la mâna dreaptă ca ciocănel. Degetul pleximetru, depărtat de celălalte, se aplică cu toată suprafața palmară pe regiunea de explorat,

adaptându-se reliefului anatomic și exercitând o ușoară presiune; degetul ciocănel, deasemenea îndepărtat de celălalte și flectat în articulația interfalangiană proximală este pregătit pentru a lovi perpendicular falanga a doua a degetului pleximetru; mișcarea de lovire se execută din articulația radiocarpiană, scurt, ritmic, și cu o forță egală, suficientă pentru a obține un sunet perceptibil.

Percuția superficială urmărește să exploreze starea zonelor situate în apropierea suprafeței corpului, până la 3-5 cm adâncime și se execută cu o forță de lovire redusă.

Percuția profundă explorează zone până la adâncimea maximă de 7 cm. Forța de lovire este maximă.

Calitatea sunetului de percuție este dată de particularitățile acustice ale vibrațiilor produse, care depind de câteva calități ale zonei explorate: prezența sau absența aerului, volumul său raportat la cel al țesutului dens, distribuția aerului, tensiunea sub care e ținut de forțele elastice. Se pot distinge mai multe tipuri de sunet:

a) *Sunetul mat sau matitatea* are intensitate redusă, durată scurtă și tonalitate ridicată. Acesta se obține asupra țesuturilor sau a organelor lipsite, în mod normal, de conținut aerian (masă musculară, ficat, splină, inimă) sau a acelorora în care procesul patologic (infiltrație, colecție de lichid, tumoră) a înlocuit aerul cu o masă densă.

b) *Sunetul timpanic sau timpanismul* este un sunet sonor intens și cu timbru muzical asemănător celui obținut prin lovirea unui timpan într-o orchestră. Este caracteristic organelor cu conținut aerian în spații bine circumscrise și cu pereți reguțați: stomac, intestine, iar în cazuri patologice cavernele pulmonare etc.

c) *Sunetul sonor netimpanic sau sonoritatea pulmonară* se obține asupra plămânului normal, unde aerul se găsește distribuit în cavități mici, separate de pereți denși. Spre deosebire de sunetul timpanic, are o intensitate mai redusă și îi lipsește timbrul muzical.

d) *Hipersonoritatea* este un sunet intermediar între sonoritate și timpanism.

e) *Sunetul submat sau submatitatea* este un amestec de sunet mat și sonor, care se întâlnește atunci când prin percuție se pun concomitent în vibrații teritorii mixte, cu și fără conținut aerian.

Auscultația

Este metoda de percepere a zgomotelor care iau naștere în mod spontan, în condiții normale sau patologice, prin activitatea organelor interne = *semne stetacustice* (respirația, contracția cardiacă, circulația sângelui, activitatea peristaltică a intestinului).

Se poate realiza *direct*, prin aplicarea urechii pe suprafața corpului sau *indirect* cu stetoscopul.

Metode instrumentale

Se utilizează o serie de instrumente în diferite scopuri.

- Pentru accesul în cavitățile de la suprafața corpului: spatule, specul nazal, oglindă, artoscop, oftalmoscop.
- Pentru perimetru: benzi metrice.
- Pentru grosimea țesuturilor: adipocenti-metru.
- Pentru amplitudinea de mișcare: goniometre.
- Pentru forța musculară: dinamometru.
- Ciocan de reflexe, ace, pensulă, diapazon (examinare neurologică).
- Cântar, altometru, termometru.

III.2. Examenul obiectiv general

Din motive mai mult de ordin didactic, examenul obiectiv este împărțit în două:

- examenul obiectiv general, care se adresează corpului în întregime cu intenția de a surprinde semnele locale sau regionale ale unor boli generale sau ale unui sistem (muscular, osteoarticular).
- examenul obiectiv pe aparate, cu elemente metodologice adaptate sediului și funcției acestor organe.

Examenul obiectiv general utilizează inspecția, palparea și unele mijloace instrumentale simple. Etapele tehnice ale examenului obiectiv general sunt: starea psihică, conformația somatică generală, modificările statice și dinamice, fața și extremitatea cefalică, pielea și mucoasele, țesutul celular subcutanat, mușchii, sistemul osteoarticular și temperatura corporală (Verghese A ș.c. 2011).

Starea psihică

Aprecierea stării psihice a bolnavului se bazează, în primul rând pe discuția purtată cu ocazia anamnezei. Acțiunea este inclusă în cadrul examenului obiectiv deoarece o serie de modificări devin evidente abia după ce primele impresii sunt confirmate prin observarea directă a comportamentului (Schwamm, L.H., 1997).

Tulburări de percepție și de sensibilitate

Percepția poate suferi următoarele modificări:

- hiperestezia – intensificarea percepției în: nevroze, intoxicații cu medicamente psiho-stimulatoare, hipertoroidism etc.;
- hipoestezia – diminuarea percepției în: toxiinfecțiile severe, cașexie etc.;
- anestezia – abolirea acuității în boli organice care interesează organele receptoare, boli neurologice care lezează căile aferente sau zonele de proiecție corticală ale analizatorilor, neuroză isterică;

- agnozia – incapacitatea de a integra elementele senzoriale izolate într-un tot corespunzător obiectului, cu toate că separat acestea sunt corect percepute;
- iluziile – perceperi eronate ale unor obiecte existente. Ele se pot datora unor condiții particulare de mediu (întuneric, ceață), dar pot fi și simptomul unor boli psihice: psihoze alcoolice, psihoza maniaco-depresivă, epilepsie etc. Caracteristica iluziilor la bolnavii psihici este că subiectul nu le recunoaște caracterul de percepție eronată, confundându-le cu realitatea;
- halucinațiile sunt percepții false, fără prezența obiectului ca stimul perceptiv și se clasifică în funcție de analizator: auditive, vizuale, tactile, olfactive etc.

Tulburări de memorie

Tulburările funcției mnestice reprezintă o mare importanță pentru examinator deoarece de memorie depinde direct cantitatea și calitatea informațiilor obținute cu ocazia anamnezei:

- hipomnezia – scăderea memoriei este caracteristică bolnavilor surmenați, astenici, convalescenților. Apare în stările depresive și în unele intoxicații. Bolnavii cu ateroscle-

roză cerebrală au dificultăți în evocarea faptelor recente, dar își aduc aminte cu ușurință întâmplări din trecutul îndepărtat;

- amnezia – este pierderea facultăților memoriei pe o durată oarecare de timp și apare în epilepsie, psihoze senile și după traumatismele craniocerebrale;
- hiperamnezia – constă în accentuarea funcțiilor mnestice – apare în oligofrenie, stări maniacale și după consumul unor medicamente.

Tulbuări de gândire

Gândirea este un proces psihic superior care poate prezenta modificări de formă și de fond.

Tulburările de formă includ, de obicei, modificările vitezei de desfășurare a proceselor cognitive. Fuga de idei ilustrată mai ales prin logoree și lovacitate. Este întâlnită în faza inițială a intoxicației alcoolice și în stările maniacale. Bradipsihia asociată cu bradilalie apare în neuroza astenică, stări depresive, hipotiroidism. Oprirea bruscă în cursul unei expuneri – baraj psihic, se întâlnește în schizofrenie (Strub, R.L. & Black, F.W. 2000).

Tulburările de fond ale gândirii sunt:

- ideile prevalente reprezintă, de obicei, preocupări excesive pentru buna funcționare a organelor proprii, care abat subiectul de la alte activități. Aceștia sunt bolna-

vii neurotici sau „psihopații” abonați la consultații și la examinări în diferite servicii medicale.

Hipocondria este o boală psihică somatiformă în care bolnavul își interpretează eronat manifestările clinice, fiind convins că are o boală gravă.

- Obsesia este o idee sau o imagine repetată sau persistentă pe care bolnavul o recunoaște ca străină și absurdă, dar de care nu reușește să se debaraseze. Când obsesiile se asociază cu trăiri afective neplăcute (teamă, anxietate) se vorbește de *fobii*. Se întâlnesc în psihoastenie, schizofrenie și în psihoze senile.

Claustrofobie – teama de spații închise;

Agorafobie – teama de spații largi;

Zoofobia – teama de animale;

Nosofobia – teama de boală.

- Delirul este o tulburare a gândirii care grupează într-un sistem idei false, nereale, trăite de bolnav cu convingerea fermă că sunt adevărate. Tema delirului poate fi foarte variată și se clasifică în:

1. delir sistematizat:

- paranoid – convingerea bolnavului despre intențiile rău-voitoare ale celor din jur;

- expansiv – bazat pe supraaprecierea propriilor posibilități;
- micromanic – bazat pe subaprecierea propriilor posibilități.

2. delir nesistematizat cu idei haotice, disperate și contradictorii.

Delirul poate apărea în boli infecțioase acute, intoxicații, traumatisme, tumori cerebrale, face parte din tabloul clinic al unor psihoze.

Tulburările afectivității

- Hipertimia – stări de exagerare ale trăirilor afective. Pot avea efecte pozitive (euforia) sau efecte negative (atitudinile pesimiste).

Cea mai frecventă formă a hipertimiei negative este *anxietatea* – „teamă fără obiect”, însoțită de incertitudine, așteptare penibilă, și o serie de tulburări neurovegetative: tahicardie, dispnee, transpirație, senzație de uscăciune a gurii etc.

Anxietatea este întâlnită în unele boli organice cum ar fi: angina pectorală, poate merge până la trăirea senzației de moarte iminentă și este denumită *angoasă*. De asemenea, mai poate apărea în surmenaj, neuroză anxioasă, toxicomanii.

- Hipotimia (apatia) – indiferență afectivă (în neuroza astenică, convalescență, stări morbide terminale).

Tulburări de conștiință

Conștiința – o funcție complexă de integrare în timp și spațiu și de relație cu mediul înconjurător.

În ordinea severității lor, tulburările de conștiință sunt:

- somnolența, torpoarea se caracterizează printr-o stare asemănătoare fazei de inducere a somnului; bolnavul este moleșit, vorbește greu și monoton. Apare în surmenaj și în bolile febrile;
- obnubilarea presupune un grad de efort în orientarea spațio-temporală, reacții lente, cu mișcări dezordonate, răspunsuri neadecvate la întrebări. Apare în encefalopatia hipertensivă, stări toxice și infecțioase;
- stupoarea se caracterizează prin dezorientare în timp și spațiu, privire fixă și amnezie; survine în boli infecțioase, stări toxice, schizofrenie, tumori cerebrale etc.

Pierderea cunoștinței are două aspecte.

1. *Sincopa* este o pierdere bruscă și tranzitorie a conștiinței (3-5 min) și a tonusului muscular (bolnavii cad la pământ) cu revenire rapidă, totală și cu amnezie retrogradă pe durata episodului, din cauza ischemiei cerebrale difuze secundară scăderii debitului circulator la nivelul encefalului.

Uneori sincopa este precedată sau se limitează la un complex de manifestări numite *lipotimie*: stare de rău, astenie extremă, tulburări vizuale, acufene (zgomote auriculare) și hipoacuzie, amețală, paloare, transpirație, greață (Rossetti, A.O. & Kaplan, P.W. 2010).

Sincopele se împart în:

- sincope vasculare (reflexe) se datorează dereglărilor vegetative și, în special, unei hiperactivități vagale care duce la scăderea bruscă a TA și la bradicardie. Apar în:
 - a) sincopa vago-vagală esențială, survine la femei și este declanșată de ortostatismul prelungit, durere, emoție, teamă; este favorizată de căldură și de atmosfera poluată;
 - b) sincopel vago-vagale de situație au ca punct de plecare o perturbare într-un teritoriu visceral unde se produce o excitație neobișnuită a receptorilor vagali. Se declanșează în anumite condiții: tuse, micțiune, deglutiție, defecație, colici abdominale, intervenții chirurgicale etc.
 - c) sincopa ortostatică se produce atunci când bolnavul se ridică brusc sau își modifică brusc poziția. Mecanismul de

producere: – hipovolemia sau alterarea arcului baroreflex. Apare mai ales la vârstnici.

- sincopel cardiace au ca mecanism de producere a ischemiei cerebrale scăderea debitului cardiac sub limita de perfuzare fiziologică a encefalului.
2. *Coma* este definită ca o stare de pierdere a cunoștinței de lungă durată, din care pacientul nu poate fi trezit. Bolnavul comatos este insensibil, zace într-o atitudine pasivă, cu motilitatea voluntară și reflexele pierdute, păstrându-și însă funcțiile vitale (respirație, circulație, metabolism).

Examenul psihic are o mare importanță în cazul bolnavilor cu afecțiuni ale aparatului locomotor, deoarece succesul terapiei depinde și de gradul de inteligență și de voința pacientului. Bolnavul trebuie să înțeleagă scopul tratamentului și să devină un colaborator activ al kinetoterapeutului în perioada de reeducare.

Examenul psihic trebuie efectuat cu mare seriozitate, cu atât mai mult cu cât nu totdeauna prima impresie este cea reală. Este cunoscut faptul că infirmitățile motorii cerebrale se însoțesc adesea și de tulburări ale funcțiilor cerebrale, care în majoritatea cazurilor încep în momentul

nașterii, copiii nereușind să își formeze gesturile motorii normale. De aceea, în aprecierea nivelului mintal al bolnavului pot să apară erori din cauza tulburărilor de vorbire, de auz sau de dexteritate manuală (Ruff, R. 2009).

Invaliditatea temporară sau definitivă, cauzată de afecțiuni ale aparatului locomotor, mijloacele terapeutice imobilizatoare, spitalizarea prelungită etc. stresează psihicul bolnavului și pot să apară tulburări de personalitate, care se pot complica chiar cu tulburări de coordonare motorie și senzitivă, ce pot îngreuna procesul terapeutic și recuperator.

Conformația somatică generală

Tipul constituțional

Oamenii diferă între ei atât prin aspectul fizic, cât și prin trăsăturile activității lor psihice sau metabolice generale. Cele metabolice generale sunt în mare parte moștenite, dar pot fi influențate și de mediul înconjurător.

Aspectul psihosomatic și metabolic al individului poartă numele de *constituție*. Dacă acesta se referă mai mult la trăsăturile fizice, antropometrice, atunci se numește *habitus*.

Din cele mai vechi timpuri s-a încercat clasificarea oamenilor pe baza anumitor parametrii în

tipuri constituționale. Criteriile de clasificare au fost diferite și, de cele mai multe ori, unilaterale.

Astăzi este admisă clasificarea propusă de Sheldon, care se bazează pe date antropometrice și pe predominanța unor aparate și organe derivate din anumite țesuturi embrionare și anume:

- tipul endomorf, cu dezvoltarea predominantă a țesuturilor rezultate din endoderm și care corespunde ca habitus tipului pienic, iar psihic celui extrovertit;
- tipul ectomorf dezvoltarea predominantă a țesuturilor rezultate din ectoderm, cu habitus de tip astenic, iar psihic este tipul introvertit;
- tipul mezomorf, cu înfățișare de tip muscular, stenic, intermediar.

Se pare că fiecare din aceste tipuri prezintă predispoziție pentru anumite boli: endomorfismul predispune la ateroscleroză, diabet zaharat, obezitate, gută, HTA etc.; tipul ectomorf este predispus la boala ulceroasă, tuberculoză pulmonară, boli psihice; iar mezomorful ar face mai frecvent boli reumatice și miopatii.

Dezvoltarea structurală

Statura unei persoane este determinată de factori ereditari, endocrini (hipofiză, tiroidă, gonade) și „distrofianți” (mediul geoclimatic, alimentație,

diferite boli etc.), care interferează cu creșterea oaselor.

Din punct de vedere semiologic se pot descrie:

- hipotrofia staturală sau nanismul;
- hipertrofia staturală sau gigantismul.

Fiecare dintre acestea având două variante: una *armonioasă*, în care proporțiile dintre diferite segmente ale corpului sunt, în mare parte, păstrate și alta *dismorfică*.

Nanismul hipofizar, produs prin secreția insuficientă a STH survenită în copilărie, este un nanism armonios. Subiecții nu depășesc 120-150 cm înălțime și au greutatea corespunzătoare taliei lor. Există în realitate o ușoară accentuare a hipotrofiei extremităților (cap, mâini, picioare). Dacă acești copii ajung la pubertate ei nu se sexualizează.

Nanisme „viscerale” sunt întâlnite în boli grave survenite la vârste mici. Ex: stenoza mitrală, angiocardiopatii congenitale, insuficiență renală, sindroame de malabsorbție. Dacă nu se asociază cu diferite carențe nutriționale, sunt nanisme armonioase.

Nanismul dismorfic se poate întâlni în boli endocrine, osoase și ereditare. În mixedemul congenital și în cel infantil, deficitul hormonilor tiroidieni împiedică STH să acționeze asupra

oaselor. Fenomenul nu interesează egal toate oasele, capul este mare, cu partea anterioară mai puțin dezvoltată, în contrast cu trunchiul și cu membrele care, în mare, păstrează proporțiile vârstei aparente și nu ale celei cronologice.

În *rahitism* dezvoltarea staturală întârzie și apar diferite dismorfii craniene (cap mare cu proeminarea oaselor frontale și aplatizarea vertexului, craniotabes – subțierea și slăbirea oaselor cutiei craniene, la copil, persistența îndelungată a fontanelor), anomalii dentare, toracice, vertebrale etc.

Nanismul acondroplazic apare în osteocondrodisplazii și se caracterizează prin trunchi, de obicei normal dimensionat și membre scurte, groase și încurbate.

Disgeneziile gonadale – hipotrofia staturală este asociată cu numeroase anomalii.

Gigantismul hipofizar se produce ca urmare a secreției în exces a STH în copilărie. Se caracterizează printr-o creștere a taliei de peste 2 metri, cu păstrarea proporțiilor corpului. Există totuși o dizarmonie care rezultă din lungimea redusă a membrelor, mai ales a celor inferioare, în raport cu trunchiul.

Eunucoidismul. În insuficiențele gonadale survenite înaintea sau cu ocazia pubertății, creșterea este normală până în jurul vârstei de 14-15 ani

când, în absența hormonilor gonadali, cartilajele de creștere nu se închid iar hormonul de creștere STH își continuă acțiunea stimulatorie la nivelul acestora. Se instalează sexualitate deficitară, hipertrofie staturală disarmonică din cauza disproporției dintre membrele inferioare lungi și trunchi.

Modificări statice și dinamice

Poziția și mobilitatea diferitelor segmente ale corpului trebuie privite sub cel puțin trei aspecte: atitudinea, tulburările dinamice și mișcările involuntare.

Atitudinea

Semiologic, prin atitudine se înțelege poziția pe care tinde să o adopte pacientul în pat sau în cabinetul de examinare, în legătură cu boala sa. Poate fi activă, pasivă și forțată (Moțet, D, 1997).

- Atitudinea activă se întâlnește la bolnavii cu afecțiuni mai puțin grave și înseamnă posibilitatea de deplasare, mișcări în pat, acte elementare de igienă.
- Atitudinea pasivă presupune că bolnavul este ținut la pat, unde zace inert, fără tonus muscular, incapabil să-și schimbe poziția (boli grave în stadiile avansate de evoluție).

- Atitudinile forțate se datorează: nevoii imediate de a calma un simptom neplăcut (durere, dispnee, tuse); contracturilor musculare; parezelor sau paraliziiilor; modificărilor osteoarticulare.

1. *Atitudinile antalgice* sunt atitudinile forțate în care bolnavul obține reducerea intensității sau chiar dispariția unei dureri intense. Apar în:

- pleurită și fracturi costale – decubit contralateral;
- ulcer gastric și duodenal – poziție ghemuită, cu pumnul apăsând regiunea epigastriacă;
- arteriopatii cronice obstructive avansate – cu picioarele atârinate la marginea patului;
- în marile dureri abdominale cu componentă peritoneală – decubit dorsal cu coapsele în semiflexiune și cu tălpile sprijinite pe pat, pentru relaxarea peretelui abdominal;
- instabilitatea pozițională – se caută poziții care să calmeze durerea – în dureri colicative;
- poziția de „ou” – în pancreatită acută

2. *Atitudinile antidispneizante* sunt impuse de necesitatea de a diminua o dispnee supărătoare:

- ortopneea – poziția ridicată a toracelui în care dispneea unor bolnavi este diminuată;
- decubit ipsilateral – în pleurezie;

Cuprins

I. Semiologia medicală	5
II. Anamneza	9
III. Examenul clinic	19
III.1. Metodele examenului obiectiv	19
III.2. Examenul obiectiv general	26
III.3. Semiologia sistemului tegumentar – pielea și mucoasele	54
III.4. Semiologia sistemului muscular.....	61
III.5. Semiologia sistemului osteoarticular	64
III.6. Semiologia aparatului respirator	73
III.7. Semiologia sistemului cardiovascular	82
IV. Bibliografie	107
V. Anexă.....	109

Volumul "Examinarea pacientului în kinetotrapie" se adresează studenților la secția de kinetoterapie. Are ca scop însușirea noțiunilor semiologice de bază, care le vor permite kinetoterapeuților să examineze corect pacienții, în vederea stabilirii restantului funcțional. Pe baza acestor informații se va putea întocmi programul terapeutic în raport cu starea pacientului, obiectivele și posibilitățile existente.

Examenul obiectiv general are o pondere mai mare deoarece în cadrul acestuia sunt prezentate pe larg noțiuni ale semiologiei aparatului locomotor.

În ceea ce privește examenul obiectiv pe aparate, în acest volum sunt prezentate semiologia aparatului respirator și cardiovascular, acestea fiind direct interesate în folosirea exercițiului fizic în scop terapeutic.

Recomand această carte spre publicare.

Prof. Dr. Elena Zamora

Cartea "Examinarea pacientului în kinetotrapie" abordează noțiuni de semiologie medicală generală. Cunoașterea semnelor și simptomelor de boală le permite kinetoterapeuților să aprecieze starea de sănătate a pacienților și să realizeze programul terapeutic în acord cu restantul funcțional.

Culegerea informațiilor despre starea pacientului prin interviu cu pacientul sau o persoană din anturaj, numită anamneză, oferă kinetoterapeutului posibilitatea de a cunoaște simptomele bolii. Ulterior acestea pot fi obiectivate prin examenul clinic.

Este necesară o abordare sistematică și ordonată a manevrelor de examinare, pe care studentul o învață de la profesorul său. Profesorul îi oferă și un model de comportament și profesionalism.

Prof. Dr. Alexandru Mureșan

