

DIAGNOSTICUL CLINIC ÎN AMBULATORIU

Redactare: Bianca Vasilescu
Tehnoredactare: Liviu Stoica
Design copertă: Andra Penescu

DIAGNOSTICUL CLINIC ÎN AMBULATORIU
Cristian Sever Oană, Ion Bruckner, Adriana Gurghean
Copyright © 2017 Editura **ALL**
Toate drepturile rezervate.

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
OANA, SEVER CRISTIAN

Diagnosticul clinic în ambulatoriu / Cristian Sever
Oană, Ion Bruckner, Adriana Gurghean. – București:
Editura ALL, 2017
ISBN 978-606-587-428-2

I. Bruckner, Ion I.
II. Gurghean, Adriana

616

Grupul Editorial **ALL**:
Bd. Constructorilor nr. 20A, et. 3,
sector 6, cod 060512 – București
Tel.: 021 402 26 00
Fax: 021 402 26 10

www.all.ro

Editura **ALL** face parte din **Grupul Editorial ALL**.

 /editura.all
allcafe.ro

DIAGNOSTICUL CLINIC ÎN AMBULATORIU

**Sever Cristian Oană
Ion Bruckner
Adriana Gurghean**



Preambul

Personajul cel mai important din cabinetul medical nu ești tu medicul, ci pacientul. De multe ori, pacientul este speriat, iar venirea la cabinet necesită un oarecare curaj. Suferința tocmai i-a demonstrat că nu deține controlul asupra propriului organism. Ca să-și atenueze sentimentul de nesiguranță are nevoie de explicații de la tine, iar ca să-și atenueze neliniștea trebuie să-l lași să și-o exprime.

Cel mai important lucru pe care poți să-l faci pentru pacient este să-l asculți. Unii medici au această capacitate, alții nu. Dacă nu știi ce are pacientul, stai pur și simplu liniștit și ascultă-l. De cele mai multe ori ascultând, vine și diagnosticul.

Una dintre cele mai mari satisfacții ale meseriei de medic este să discuți cu pacienții și rudele lor. Evită situația în care pacientul nu e de față când vorbești cu rudele. Aceasta duce la apariția neîncrederii acolo unde nu era înainte. Fii cinstit cu pacientul, mărturisește-i îndoielile, când există, și acceptă că nu putem face decât ceea ce putem face.

Toți murim la un moment dat. Din cauza presiunii sociale și mediatică suntem nevoiți să susținem ultima picătură de viața dintr-un trup care a încetat să mai trăiască. Cu toții trebuie să acceptăm că vine o vreme când este important să permitem pacientului să moară cu demnitate. Este o falsă datorie să continui dincolo de ceea ce este drept și demn pentru pacientul tău.

Practica medicală constă în decizii luate împreună de medici și pacienți, iar cea mai importantă decizie este diagnosticul.

Cuprins

Introducere (Ion Victor Bruckner).....	xii
1. Jurământul lui Hipocrate	1
2. Etica medicală	2
3. Consimțământul informat	3
4. Când și cum să folosești această carte	5
5. Procesul de diagnostic (I. V. Bruckner, Adriana Gurghean).....	6
6. Judecata clinică în ambulatoriu (Sever Cristian Oană)	13
7. Aplicații ale probabilităților în medicina clinică (Sever Cristian Oană)	29
8. Prognosticul clinic (Sever Cristian Oană).....	44
9. Semne și simptome generale și endocrine	49
• Anemia clinică / 50	
• Anomaliile mamelonului / 52	
• Artropatia mâinii / 54	
• Aspecte tipice ale feței / 56	
• Cașexia (slăbirea accentuată) / 58	
• Degetele hipocratice / 60	
• Exoftalmia / 62	
• Formațiune bilaterală a gâtului care se mișcă la înghițit, dar nu la mișcările limbii / 64	
• Formațiune în triunghiul anterior al gâtului / 66	
• Formațiune în triunghiul posterior al gâtului / 68	
• Galactoreea / 70	
• Ginecomastia / 72	
• Hirsutismul la femei / 74	
• Leziunile gurii / 76	
• Limfadenopatia axilară / 78	
• Limfadenopatia generalizată / 80	
• Nodul al feței (neparotidian) / 82	
• Nodulii mamari / 84	
• Nodulii vasculitici ai degetelor / 86	
• Nodulul supraclavicular / 88	
• Nodulul tiroidian solitar / 90	
• Obezitatea / 92	
• Ochiul roșu / 94	
• Otoreea / 96	
• Pierderea difuză a părului / 98	
• Pierderea părului pe o arie limitată / 100	
• Purpura / 102	
• Rigiditatea cefei / 104	
• Roșu în gât (faringe) / 106	
• Steluțele vasculare / 108	
• Striațiile abdominale / 110	
• Umflarea parotidelor / 112	
• Umflătură în triunghiul anterior sau în cel posterior al gâtului / 114	
• Umflături în jurul cotului / 116	
• Urechea dureroasă / 118	
• Uveita anterioară (irită) / 120	
10. Semne și simptome dermatologice	123
• Alunița pigmentată / 124	
• Eritemul / 126	
• Hiperkeratoza, scuamele și plăcile / 130	
• Macula brună / 134	
• Macula palidă / 136	
• Macula roșie / 138	
• Nodulul / 140	
• Papula / 144	
• Pielea hiperpigmentată / 148	
• Pielea hipopigmentată / 150	
• Prurit cu urticarie / 152	
• Prurit fără leziuni ale pielii / 154	
• Pruritul pielii cu leziuni, dar fără urticarie / 156	

- Pruritul scalpului / 160
- Purpura și peteșia / 162
- Pustula / 164
- Rash-ul/erupția fotosensibilă / 168
- Ulcerația pielii / 170
- Vezicule / 172

11. Semne și simptome cardio-respiratorii..... 177

- Cianoza / 178
- Cornajul / 180
- Deformările toracelui / 182
- Deformări localizate ale toracelui / 184
- Degetele hipocratice / 186
- Deplasarea traheii / 188
- Dispneea brusc instalată / 190
- Dispneea cronică / 192
- Durerea în membrul inferior / 194
- Durerea în piept – alarmantă și agravată în timp scurt / 196
- Durerea lombară / 200
- Durerea severă în toracele inferior sau în abdomenul superior / 202
- Edemul ambelor membre inferioare / 204
- Edemul unilateral de membru inferior / 206
- Frecătura pleurală / 208
- Hemoptizia / 210
- Hipersonoritatea la percuție / 212
- Hipertensiunea arterială (HTA) / 214
- Hipotensiunea arterială / 218
- Mai multe zgomote cardiace / 222
- Matitatea la percuție / 224
- Palpitațiile / 226
- Presiunea venoasă jugulară crescută / 228
- Puls bradicardic / 230
- Puls neregulat / 232
- Puls tahicardic / 234
- Ralurile bronșice / 236
- Ralurile crepitante („fine crackles”) / 238
- Răgușeala / 240
- Reducerea zgomotelor respiratorii / 242
- Scăderea posturală a tensiunii arteriale (hipotensiune ortostatică) / 244
- Sincopa / 246
- Suflul cardiac diastolic / 248
- Suflul cardiac sistolic / 250
- Tusea productivă (cu spută) / 252
- Tusea seacă (fără spută) / 254
- Wheezingul / 256

12. Semne și simptome digestive..... 259

- Abdomenul destins de volum / 260
- Abdomenul silențios, fără zgomote abdominale / 262
- Constipația / 264
- Creșterea în greutate / 266
- Diareea acută cu febră și vărsături / 268
- Diareea acută cu sânge și mucus – dizenteria / 270
- Diareea apoasă / 272
- Diareea cronică la copil / 274
- Diareea recurentă cu sânge și mucus / 276
- Diareea recurentă fără sânge în scaun și fără febră / 278
- Disfagia mai accentuată pentru lichide decât pentru solide / 280
- Disfagia mai accentuată pentru solide decât pentru lichide / 282
- Disfagia pentru alimente solide / 284
- Durerea abdominală acută la copil / 286
- Durerea abdominală acută laterală / 288
- Durerea abdominală recurentă la copil / 290
- Durerea acută hipogastrică / 292
- Durerea acută în abdomenul superior / 294
- Durerea acută periombilicală / 296
- Durerea anorectală / 298
- Durerea în gât / 300
- Echimozele abdominale / 302
- Eliminarea de sânge prin rect / 304
- Formațiune în epigastru / 308
- Formațiune în fosa inghinală dreaptă / 310
- Formațiune în fosa inghinală stângă / 312
- Formațiune în hipocondrul drept, stâng sau în ambele / 314
- Formațiune în hipogastru (suprapubian) / 316
- Hematemeza cu sau fără melenă / 318
- Hepatomegalia neregulată și nedureroasă / 322
- Hepatomegalia netedă, dar nedureroasă / 324
- Hepatomegalia – netedă și sensibilă / 326
- Icterul hepatic dat de defectul enzimatic congenital / 328
- Icterul hepatocelular (dat de hepatită sau insuficiență hepatică gravă) / 330
- Icterul obstructiv / 332
- Icterul prehepatic dat de hemoliză / 334
- Matitatea deplasabilă / 336
- Melenă la examinarea rectală digitală / 338
- Mișcări abdominale absente/diminuate / 342

Introducere

Medicina modernă

Evoluția medicinei în ultima sută de ani a suferit mutații importante, progresiv accelerate în ultima jumătate a secolului trecut. Dacă veți întreba un practician care și-a terminat studiile acum 40 de ani, răspunsul va fi invariabil că practică o altă medicină decât cea pe care a învățat-o.

În ce a constat această mutație?

Mutația este atât teoretică, cât și practică. Teoretic, progresul de înțelegere a morfologiei și a funcției organismului este enorm, de la progresele microbiologiei și anatomiei patologice la sfârșitul secolului al XIX-lea și începutul secolului XX (epoca lui Pasteur, Virchow, Cl. Bernard, Marey – ca să nu menționăm decât câte un nume în fiecare specialitate) până la dezvoltarea geneticii și a imunologiei moderne s-a parcurs o distanță greu apreciabilă în înțelegerea structurii și a funcționării organismului la cel mai intim nivel, atât în condiții de sănătate, cât și de boală.

Această înțelegere teoretică a dus la un mare progres terapeutic, în ultimii 40 de ani apărând clase întregi de medicamente noi, cu acțiune clar înțeleasă.

Pe de alta parte, progresul tehnicii (în primul rând a celei de calcul) a permis un progres la fel de mare în dezvoltarea mijloacelor de explorare, dar și de tratament.

Acest progres a influențat aspectul general al medicinei. Dacă secolul al XIX-lea a asistat la apariția Medicinei Interne, a doua jumătate a secolului XX a asistat la apariția specialităților, care continuă astăzi în dezvoltarea de subspecialități. Volumul de cunoștințe în continuă creștere a făcut dificilă o cunoaștere amănunțită și globală, trebuie ales între cantitate și calitate. Ca teoretician, specialistul cunoaște „tot” despre un domeniu din ce în ce mai limitat, „totul” fiind din ce în ce mai vast (Tot despre nimic !!). Ca tehnician, specialistul mănăiește și este legat de un aparat (sau o tehnică) care îi răpește atât timpul, cât și interesul. În acest fel, specialistul

(cel bun evident) devine progresiv cunoscătorul foarte competent al unui organ, al unei funcții a unui organ sau al unei boli, cu abilități tehnice remarcabile privind un aparat, interesat numai de acestea, fiindcă, evident, nu mai are posibilitatea materială și de timp de a cunoaște restul medicinei, din care (în cel mai fericit caz) păstrează amintiri din perioada de pregătire, evident mult depășite de progresul menționat.

În acest fel, specialistul este mai mult interesat de aparatul pe care îl mănuieste, de problemele organului pe care îl cunoaște, dar mai puțin de omul bolnav din fața lui.

Discuțiile (filozofice) privind medicina se referă deseori numai la două dimensiuni: știința și arta, dar medicina are și o dimensiune morală. Fără îndoială, medicina de cercetare este o știință, respectă regulile experimentale ale oricărei științe. Medicina practică, însă, are o componentă creativă, de artă și aceasta nu numai în specialitățile chirurgicale în care contează gestul, abilitatea manuală, talentul, dar și în cele nechirurgicale, în care imaginația, creativitatea au un rol important. La fel ca în artă, există norme (ghiduri, protocoale), dar acestea sunt aplicate de medic, de cel care creează – tratează. Dimensiunea morală este însă la fel de importantă, chiar dacă deseori în discuții (din păcate și în gândire) este ignorată. Actul medical presupune obligatoriu relația între două persoane: medicul și pacientul. Nu am spus bolnavul fiindcă aceeași normă se aplică și unei eventuale persoane sănătoase, dar speriate, care se adresează unui medic. Pacientul se adresează medicului pentru a-i cere ajutorul, fie și numai sfatul. Aceasta presupune din partea pacientului încredere și din partea medicului acceptarea solicitării, respectiv asumarea onestității și obligației de a răspunde cu maximă competență posibilă încrederii pacientului. Ca o paranteză, propaganda făcută de mass media privind eventuale (deseori nedovedite) culpe medicale nu face decât să scadă încrederea pacienților în medici și, astfel, să submineze această relație.

Ultimul secol nu a asistat numai la schimbarea medicinei, ci secundar, la progresele acesteia, dar mai ales la progresul social (igiena comunală, igiena individuală etc.) și la schimbarea bolnavilor și a bolilor. Schimbările sociale și apariția antibioticelor au dus la scăderea dramatică (cu excepția celor două războaie „mondiale“) a suferințelor acute – bolile infecțioase (inclusiv infecțiile postpartum) și traumatismele. Astfel, în zilele noastre, bolile acute au

pierdut poziția pe care o aveau în favoarea bolilor cronice, inclusiv faptul că infecțiile nou apărute, cum ar fi cea cu virusul deficienței imune sau boala Lyme, au caracter cronic. Diminuarea mortalității prin infecții sau traumatisme, tratamentul eficient al bolilor acute, ameliorarea condițiilor de viață au dus la creșterea progresivă a speranței de viață și, prin consecință, a populației vârstnice. Dar această populație vârstnică suferă de boli cronice, degenerative, de uzură și/sau cu evoluție lentă. Deseori, aceeași persoană suferă de mai multe boli cronice. Indiferent de etiologie, de mecanismele fiziopatologice implicate, simptomatologia acestor boli se intrică, devine mai complexă, dar și mai nespecifică. La aceasta se adaugă probleme legate de capacitatea de observație a pacientului vârstnic, de complianța sa terapeutică, de unele idei preconcepute pe care le are. Toate acestea fac din bolnavul pe care îl îngrijește medicul actual un „caz” uneori foarte complex. Elementul psihologic, nevoia de sprijin impun o și mai mare dimensiune a relației umane medic-pacient.

În aceste condiții, medicul specialist (sau supraspecialist) dedicat numai unei boli sau (și mai limitat) numai unui aparat nu mai poate asigura cuprinderea întregii problematice a bolnavului și nici realiza relația umană necesară unei bune îngrijiri. Dezvoltarea tehnicii a impus această situație, dar calitatea actului medical impune, la rândul ei, necesitatea existenței unui tip de medic capabil să îngrijească bolnavul cu toate problemele lui. Desigur, activitatea în echipă este o soluție, dar actul medical comportă răspundere și aceasta nu poate aparține decât unui singur decident. Acesta trebuie să poată utiliza toate informațiile furnizate de specialiști, să evalueze toate posibilitățile terapeutice sugerate de aceștia și să ia decizia finală în funcție de situația globală a pacientului. Aceasta este sarcina care revine medicului internist. El este un membru al echipei de îngrijire, nu conducătorul ei, dar cel care își asumă răspunderea gestului final. Această răspundere se bazează pe datele furnizate de specialiști, fiecare răspunzător la rândul lui pentru tehnica de investigație folosită, interpretarea datelor specifice, sugestiile terapeutice. Desigur, medicul internist poate fi comparat cu un șef de orchestră, dar acesta este cazul de excepție, cazul rar. Uzualul este un membru al unei echipe, cel ce sintetizează datele furnizate și își asumă argumentat aplicarea lor. În același timp, el trebuie să fie cel care asigură relația umană cu bolnavul,

îi explică opțiunile și riscurile și, împreună cu acesta (și eventual familia) adoptă decizia.

Putem discuta poziția medicului internist în medicina modernă și din alt unghi. Bolnavul vârstnic, cu patologii multiplă, nu mai are un tablou clinic clar al unei boli, tabloul „de carte”. Semnele și simptomele se intrică, își pierd specificitatea. Aceasta face diagnosticul o problemă mai dificilă, în ciuda marelui progres tehnic. Desigur, efectuarea unui număr mare de „analize”, probabil în primul rând cele imagistice, permite deseori (dar nu întotdeauna) elucidarea diagnosticului și aceasta a dus la limitarea diagnosticului diferențial care reprezenta marea provocare a medicinei clasice. Această abordare, din păcate foarte frecventă, se lovește însă de mai multe limite. Prima dintre acestea este cea financiară (nu numai în țara noastră, ci în întreaga lume). Costul medicinei a crescut nu numai prin costul tratamentelor, ci în primul rând prin costul investigațiilor. A doua limită este potențiala nocivitate a acestor investigații – iradierea excesivă, substanțele de contrast etc. pot avea efecte nedorite și uneori periculoase pe termen mediu sau lung. Desigur, există investigații evident nepericuloase (de exemplu, ecografia). În sfârșit, investigațiile îl îndepărtează pe medic de bolnav și îl supun mirajului cifrelor și exactității (uneori foarte relative).

În aceste condiții, o prescriere justificată, bazată pe date reale (dovezi), ar evita fie și parțial aceste limitări. O asemenea prescriere presupune, însă, un diagnostic clinic diferențial, adică un efort de gândire bazat pe o cunoaștere largă a patologiei. Această modalitate ar trebui să fie proprie fiecărei specialități, dar este apanajul medicului internist. Deseori, nimeni nu poate poseda toate resursele tehnice și de cunoaștere necesare unui diagnostic exact, dar îndrumarea diagnosticului către o anumită specialitate care să îl finalizeze este misiunea internistului.

Din punct de vedere terapeutic există metode terapeutice (instrumentale sau medicamentoase) a căror practică necesită o pregătire specială teoretică și ca abilitate, care consumă timp și care nu pot fi decât apanajul unor specialiști. Dar majoritatea bolilor frecvente nu pot fi, prin prevalența lor, tratate numai de specialiști, ci necesită participarea medicului internist. Iar intrucările morbide din ce în ce mai frecvente în zilele noastre necesită cunoașterea mai multor domenii, deci revin în tratament deciziei internistului.

9. Semne și simptome generale și endocrine

Anemia clinică

Prin anemie clinică înțelegem anemia evidentă la inspecție, respectiv cu paloare a tegumentelor și a mucoaselor (linguală, conjunctivală) sau descoperită la o hemogramă de rutină. Se recomandă ca investigații imediate hemograma completă cu numărarea reticulocitelor, sideremia, creatinina.

Nu se tratează înaintea recoltării analizelor și căutării etiologiei.

Nu ne referim la anemia după o hemoragie externă sau exteriorizată evident.

În diagnosticul diferențial sunt menționate cauzele cele mai frecvente de anemie a adultului și a copilului mare.

Diagnostic diferențial:

Anemia prin hemoragie internă sau neexteriorizată	<p><i>Sugerată de:</i> instalată acut cu hipotensiune ortostatică, transpirații, tahicardie și sete.</p> <p><i>Abordare inițială:</i> trimitere de mare urgență într-un serviciu chirurgical.</p>
Anemia prin pierdere de fier	<p><i>Sugerată de:</i> microcitoză (VEM – volum eritocitar mediu < 75 μm^3) și încărcare scăzută cu hemoglobină a hematiilor (< 30 pg) pe hemograma.</p> <p><i>Confirmată de:</i> sideropenie.</p> <p><i>Abordare inițială:</i> NU se administrează fier! Se caută etiologia în funcție de simptomele coexistente: colonoscopie, gastroscopie, de exemplu, ginecologic etc.</p>
Anemia megaloblastică	<p><i>Sugerată de:</i> macrocitoză (VEM > 90), polinucleare multisegmentate.</p> <p><i>Confirmată de:</i> medulogramă, dozarea vitaminei B₁₂ și a folatului seric.</p> <p><i>Abordare inițială:</i> gastroscopie, tratament cu factorul deficitar (B₁₂ sau acid folic).</p>
Talasemia	<p><i>Sugerată de:</i> anemie moderată constantă (Hb 9-11g/dL) la o persoană asimptomatică cu microcitoză (VEM 50-70/μm^3).</p> <p><i>Confirmată de:</i> dozarea hemoglobinei F și A2.</p> <p><i>Abordare inițială:</i> urmărire.</p>
Anemii hemolitice	<p><i>Sugerate de:</i> clinic în anemiile severe, icter și splenomegalie; laborator – reticulocite crescute, bilirubină (mai ales indirectă) crescută.</p>

Anemii hemolitice <i>(continuare)</i>	<i>Confirmate de:</i> test Coombs, modificări de formă ale eritrocitelor. <i>Abordare inițială:</i> corticoterapie, splenectomie.
Anemia din insuficiența renală cronică	<i>Sugerată de:</i> colorație specifică „murdară“ a tegumentelor, alte semne de insuficiență renală. <i>Confirmată de:</i> creatinină > 4 mg/dL. <i>Abordare inițială:</i> administrare de eritropoietină.
Anemia din hipersplenism	<i>Sugerată de:</i> diagnosticul de ciroză. <i>Confirmată de:</i> splenomegalie importantă. <i>Abordare inițială:</i> urmărire, eventual splenectomie.
Anemia aplastică	<i>Sugerată de:</i> scădere marcată a numărului de reticulocite, bilirubină scăzută. <i>Confirmată de:</i> medulogramă. <i>Abordare inițială:</i> transfuzii, corticoterapie.
Anemia din infiltrații medulare	<i>Sugerată de:</i> elemente de posibilă infiltrație a măduvei hematopoietice. <i>Confirmată de:</i> medulogramă <i>Abordare inițială:</i> tratarea bolii de bază.

11. Semne și simptome cardio-respiratorii

Cianoza

Cianoza centrală: generalizată, caldă	Presiune scăzută a oxigenului în aerul respirat	<p><i>Sugerată de:</i> apărută în ascensiuni la înălțimi mari.</p> <p><i>Confirmată de:</i> scăderea presiunii parțiale a O₂ în aer.</p> <p><i>Abordare inițială:</i> coborâre la altitudini mai mici.</p>
	Hipoventilație alveolară	<p><i>Sugerată de:</i> diminuare a murmurului vezicular, boli cu diminuare a ventilației (deformări toracice, pareze ale mușchilor respiratori, fracturi costale extinse).</p> <p><i>Confirmată de:</i> hipoxie în sângele arterial.</p> <p><i>Abordare inițială:</i> administrare de oxigen.</p>
	Perturbarea raportului ventilație/perfuzie	<p><i>Sugerată de:</i> bronșită cronică ± emfizem pulmonar, astm criză severă.</p> <p><i>Confirmată de:</i> raluri bronșice difuze, spirometrie cu disfuncție ventilatorie obstructivă.</p> <p><i>Abordare inițială:</i> oxigenoterapie.</p>
	Cardiopatii congenitale cu șunt dreapta-stânga	<p><i>Sugerate de:</i> existența unei cardiopatii congenitale, apariție în copilărie.</p> <p><i>Confirmate de:</i> ecografie cardiacă.</p> <p><i>Abordare inițială:</i> internare și corecție chirurgicală.</p>
Cianoza periferică generalizată (rece, poate ceda la administrare de oxigen)	Insuficiența cardiacă	<p><i>Sugerată de:</i> edeme, turgescență jugulară, hepatomegalie dureroasă.</p> <p><i>Confirmată de:</i> NT-proBNP.</p> <p><i>Abordare inițială:</i> inhibitor al enzimei de conversie, diuretice.</p>
	Șoc	<p><i>Sugerat de:</i> aspect marmorat al tegumentelor, oligurie, TA scăzută (maxima sub 70 mmHg).</p> <p><i>Confirmat de:</i> examen clinic.</p> <p><i>Abordare inițială:</i> internare.</p>

Cianoza periferică localizată (rece)	Flebita profundă	<i>Sugerată de:</i> edem al membrului inferior, durere în masa musculară. <i>Confirmată de:</i> ecografie venoasă. <i>Abordare inițială:</i> tratament anticoagulant.
	Insuficiența venoasă	<i>Sugerată de:</i> prezența de varice, dermatita ocre. <i>Confirmată de:</i> ecografie venoasă. <i>Abordare inițială:</i> contenție elastică.
	Spasm arterial	<i>Sugerat de:</i> apariție la expunere la frig. <i>Confirmat de:</i> examen fizic, ecografie. <i>Abordare inițială:</i> evitarea expunerii la frig.
	Obstrucție arterială	<i>Sugerată de:</i> absența pulsului. <i>Confirmată de:</i> ecografie arterială. <i>Abordare inițială:</i> revascularizare.

16. Laborator

Creșterea bilirubinei în urină sau în ser (vezi și icterele)

Investigații inițiale: ecografia ficatului.

Icter hepatocelular (hepatită sau insuficiență hepatică severă)

Sugerat de: icter cu scaun și urină închise la culoare. Urobilinogenul urinar crescut.

Confirmat de: bilirubina serică și urobilinogenul urinar crescute. Enzimele hepatice (TGO, TGP) mult crescute. La ecografie căi biliare normale, dar parenchim anormal.

Abordare inițială: depinde de cauză.

Icter obstructiv intrahepatic (medicamente, hepatită) sau extrahepatic (litiază, tumori)

Sugerat de: icter cu scaune decolorate și urină închisă la culoare. Urobilinogenul urinar normal.

Confirmat de: bilirubina plasmatică și fosfataza alcalină crescute, TGO și TGP ușor modificate. Căile biliare dilatate pe ecografie.

Abordare inițială: depinde de cauză.

17. Tabel de conversie

CHIMIE GENERALĂ

ANALIZAT	FLUID	UNITĂȚI CONVENȚIONALE	UNITĂȚI SI	FACTOR PENTRU CONVERSIA LA UNITĂȚI SI
5'-nucleotidază	S	1-11 U/litru	0,02-0,18 μ kat/litru	0,01667
Acid lactic	P	0,5-2,2 mmol/litru	0,5-2,2 mmol/litru	1
Acid uric	S			59,48
Bărbat		3,6-8,5 mg/dL	214-506 μ mol/litru	
Femeie		2,3-6,6 mg/dL	137-393 μ mol/litru	
Alanin aminotransferază (ALT, SGPT)	S			0,01667
Bărbat		10-55 U/litru	0,12-0,50 μ kat/litru	
Femeie		7-30 U/litru	0,12-0,50 μ kat/litru	
Albumină	S	3,1-4,3 g/dL	31-43 g/litru	10
Aldolază	S	0-7 U/litru	0-117 nkat/litru	16,67
Alfa antitripsină	S	85-213 mg/dL	0,85-2,13 g/litru	0,01
Alfa fetoproteină (non-maternă)	S	< 10 UI/mL	< 7,75 μ g/litru	0,775
Amliază	S	53-123 U/litru	0,88-2,05 nkat/litru	0,01667
	U	0-375 U/litru	0-6,25 μ kat/litru	

Index

A

Abces

- acut, 66, 68, 114
 - aseptic, 432, 438
 - cerebral, 460
 - dentar, 94
 - diverticular, 312
 - intrapelvician, 663
 - parotidian, 689
 - periamigdalian, 666, 689
 - perianal, 298, 376, 656
 - pilonidal, 656
 - pulmonar, 60-61, 208, 210, 252
 - rece al tecii psoasului, 379
 - rece tuberculos, 66, 68, 114
 - stafilococic, 118
 - subcutanat, 82
- Abdomenul destins de volum, 260-261
- Abdomenul silențios, fără zgomote abdominale, 262
- Abstinența (sevrăjul) la alcool, 108, 326, 331, 333, 352, 462
- Acanthosis nigricans, 135, 147, 149, 552
- Accidentul vascular cerebral (AVC), 247, 478
- de trunchi cerebral, 280
 - hemoragic, 384-385
- Achalazia, 281, 382, 390-391
- Acidoza
- lactică, 691
 - metabolică, 528
 - renală, 672
- Acneea, 126, 140, 144, 165, 166, 266
- nodulochistică, 659
 - vulgară, 165
- Acromegalia, 57, 134, 147, 149, 267, 422, 432
- Adenita mezenterică, 286, 358, 387
- Afectarea moderată a activităților zilnice, 494

- severă a activităților zilnice, 494-495
 - ușoară a activităților zilnice, 494
- Afectarea retinei periferice, 482
- Afectarea tractului spinotalamic, 540, 544
- Afectarea tractului spinotalamic (fără pierderi de cordon posterior), 540
- Afecțiuni psihice, 246, 453
- Agranulocitoza, 64, 118, 300-301, 553, 596
- Albinismul, 150
- Alcoolismul, 70, 202, 348-349, 547, 594
- Aldosteronismul, 612
- Alergia, 554
- căilor aeriene superioare, 254
- Alopecia
- androgenică, 100
 - areata, 100, 136
 - totalis, 100
- Alunița pigmentată, 124-125
- Alveolită fibrozantă, 61
- Amenoreea secundară, 552-553
- Amețeala, 444-445
- Amigdale, 76, 80, 106, 300
- cerebrale, 524
- Amigdalectomie, 96
- Amigdalita acută, 300
- acută foliculară, 106
- Amiloidoză, 325, 367
- Amiotrofia
- diabetică, 470
 - spinală, 652
- Anafilaxia, 246, 381, 685
- Anemia, 444
- acută – sângerări neexteriorizate, 50
 - acută – sângerare exteriorizată, 50, 218
 - aplastică, 51, 102, 683
 - cronică, 192, 644
 - hemolitică dobândită, 334
 - hemolitică ereditară, 334
 - macrocitara, 490, 594