



Prof. As. Dr. Adrian RESTIAN

## Importanța clinicii în medicina modernă

*The importance of the clinical method in modern medicine*

În condițiile în care majoritatea specialităților medicale s-au dezvoltat pe câte o anumită tehnologie, în condițiile în care spitalul a devenit o adevărată cuzină și în condițiile în care investigațiile paraclinice ne pot oferi informații foarte importante privind starea bolnavului, pledoaria în practica medicală ar putea părea o pledoarie pentru o cauză pierdută. În condițiile în care dispune de metode paraclinice foarte performante, medicul practician s-ar putea întreba pe bună dreptate ce importanță mai are investigația clinică pentru a suspecta un ulcer gastric, dacă cu ajutorul endoscopiei digestive superioare poate pune diagnosticul de ulcer gastric mult mai rapid și mult mai precis decât cu ajutorul investigațiilor clinice. Sau de ce să mai apeleze la percuția și la auscultația cordului, în condițiile în care radiologia și ecocardiografia îi poate oferi informații mult mai precise privind starea cordului. De aceea foarte mulți medici practicieni nici nu mai acordă importanța cuvenită metodei clinice, care s-ar părea că a pierdut teren în confruntarea, întreținută în mod absolut artificial cu metoda paraclinică.

Evident că metoda paraclinică este extrem de utilă și în mod normal nici nu ar trebui să existe o competiție între metoda clinică și investigațiile paraclinice. Medicina modernă este în mare măsură rezultatul performanțelor pe care le-a obținut cu ajutorul investigațiilor paraclinice. Astăzi nu se mai poate practica o medicină modernă fără a apela la investigațiile paraclinice. De aceea, deși diagnosticul de angină pectorală se poate stabili prin mijloace clinice, el trebuie confirmat cu mijloacele paraclinice, care ne aduc informații

suplimentare. Același lucru se poate spune și despre ulcerul gastric, care poate fi suspectat prin mijloace clinice, dar care va trebui confirmat prin mijloace paraclinice. Endoscopia gastrică va putea stabili nu numai diagnosticul de ulcer gastric, dar va putea face și diagnosticul diferențial cu cancerul gastric și va putea confirma sau infirma prezența *Helicobacter pylori*. Dar deși investigațiile paraclinice sunt extrem de utile și fără ele nu se poate practica o medicină modernă, totuși metoda clinică nu este chiar atât de depășită după cum s-ar părea la prima vedere.

Nu numai pentru a respecta un ritual, ci și pentru a respecta o gradare a investigațiilor, și pentru a putea stabili ce investigații paraclinice sunt ar trebui efectuate, metoda clinică este absolut necesară. Pentru a putea alege din numeroasele investigații paraclinice posibile, investigațiile cele mai utile pentru aflarea diagnosticului, este necesar să stabilim mai întâi un diagnostic clinic. Investigațiile paraclinice nu fac decât să confirme sau să infirme o anumită ipoteză. Este aproape imposibil să stabilești un diagnostic pozitiv numai pe baza unor investigații paraclinice făcute la întâmplare, fără a avea mai întâi un diagnostic clinic. De aceea pentru a putea efectua investigațiile paraclinice cele mai utile, trebuie să stabilim mai întâi un diagnostic clinic, ceea ce de multe ori se ignoră în practica medicală.

Pe de altă parte, deși sunt extrem de utile pentru culegerea unor informații obiective, investigațiile paraclinice nu pot aduce deocamdată nici un fel de informații privind simptomatologia, adică manifestările subiective ale bolii.

După cum se știe, o boală este formată din semne și simptome. Semnele reprezintă

manifestările obiective ale bolii. Așa spre exemplu, edemul, adenopatia, paloarea, congestia, hepatomegalia, reprezintă niște manifestări obiective. Dar durerea toracică, cefaleea, astenia și amețeala reprezintă niște simptome, adică niște manifestări subiective ale bolii. Simptomul reprezintă acea manifestare morbidă a bolii care se exprimă exclusiv, sau predominant prin sfera de percepție a bolnavului (Boloșiu, 1994).

Spre deosebire de semne, care pot fi obținute prin investigarea bolnavului, simptomele reprezintă informații pe care nu le putem obține decât din relatările bolnavului. Așa spre exemplu, medicul nu poate afla niciodată nimic despre astenia, amețeala sau durerile bolnavului, dacă nu întreține un dialog cu acesta.

Dar de obicei tocmai simptomele reprezintă punctul de plecare al procesului de diagnostic. De obicei bolnavul este determinat să se prezinte la medic de un simptom, de o durere, de ceva care îl deranjează din punct de vedere subiectiv. Adică punctul de plecare al procesului de diagnostic îl reprezintă un simptom, o stare subiectivă, care nu poate fi investigată paraclinic. De aceea pentru a putea aprecia simptomatologia bolnavului și pentru a putea alege investigațiile paraclinice cele mai adecvate, medicul trebuie să efectueze mai întâi o investigare clinică foarte amănunțită a bolnavului.

**Metoda clinică nu este o metodă depășită.** Chiar dacă seduși de faptul că uneori cu ajutorul metodelor paraclinice se poate stabili mai repede și mai precis un diagnostic pozitiv, metoda clinică nu este o metodă depășită, deoarece numai cu ajutorul metodei clinice putem obține informații privind suferințele subiective ale bolnavului și numai cu ajutorul metodei clinice putem alege investigațiile paraclinice cele mai utile. De aceea, dacă trecem prea repede peste investigațiile clinice, riscăm să nu mai aflăm niciodată care sunt suferințele subiective ale bolnavului și de fapt care este boala de care suferă bolnavul. Așa spre exemplu, dacă la un bolnav care acuză o durere toracică, efectuăm o ECG înainte de a elucida particularitățile durerii toracice riscăm să nu mai stabilim diagnosticul de angină pectorală, deoarece de foarte multe ori ECG de repaus poate fi normală. Dar dacă stabilim că durerea respectivă apare la efort și dispare la repaus, vom avea un argument clinic foarte important pentru a suspecta o angină pectorală, chiar dacă ECG este normală. Iar dacă vom observa că bolnavul indică durerea precordială cu pumnul stâns, ceea ce ar însemna că are o durere constrictivă, vom avea, după cum arată B. Lowe (2007) un element în plus pentru a suspecta o angină pectorală. De

aceea anamneza și examenul fizic al bolnavului au o importanță deosebită. După cum arată R. Hegglin (1994) anamneza ne furnizează 50% din diagnostic. După cum arată I. Hațeganu (1955), ea ne furnizează 60% din diagnostic. Iar după cum arată B. Lowe (2007), ea ne furnizează 75% din diagnostic.

Pe de altă parte diagnosticul clinic al bolnavului este necesar pentru a putea alege investigațiile paraclinice cele mai adecvate, deoarece nu vom putea recomanda investigațiile paraclinice cele mai adecvate fără a avea o ipoteză, o suspiciune de diagnostic, pe care investigațiile paraclinice să o confirme sau să o infirme.

**Asculți cu atenție bolnavul căci el vă va spune diagnosticul.** Anamneza are o importanță atât de mare încât H. Fiessinger (1946) recomanda să ascultăm cu atenție bolnavul că el ne va furniza informații pe baza cărora să putem stabili diagnosticul. Cu ocazia anamnezei putem afla care sunt motivele prezentării la medic, putem afla nodul în care au debutat și au evoluat simptomele respective, putem afla caracterul lor și așa mai departe, informații pe care nu le putem afla cu nici o investigație paraclinică.

Chiar dacă nu ne conduce direct spre diagnostic, anamneza ne orientează spre anumite boli din mulțimea tuturor bolilor posibile, spre un anumit aparat sau sistem, ceea ce poate reprezenta un mare progres. Apoi prin examenul fizic putem descoperi alte semne și simptome, până când ajungem la o anumită ipoteză de diagnostic, după care devine mult mai ușor să solicităm anumite investigații paraclinice care să confirme sau să infirme ipoteza respectivă.

**Importanța diagnosticului clinic.** Diagnosticul clinic este rezultatul observației, al anamnezei și al examenului fizic al bolnavului. După cum arată R. Hegglin (1955), în 80% dintre cazuri cu ajutorul informațiilor culese prin metodele clinice se poate stabili un diagnostic corect. Așa spre exemplu, cu ajutorul observației, al anamnezei și al examenului fizic se poate stabili diagnosticul clinic de angină pectorală, de tromboflebită, de ulcer gastric, de gonartroză și așa mai departe.

Desigur că datorită faptului că semnele și simptomele acuzate de bolnav pot apare în foarte multe boli, datorită faptului că foarte multe boli pot evolua asimptomatic, sau cu puține semne și simptome clinice, așa cum se poate întâmpla în cazul dislipidemiilor, al diabetului zaharat, al hepatitelor cronice, sau chiar al cardiopatiei ischemice, care poate evolua asimptomatic, diagnosticul clinic este foarte dificil. Dar chiar și în aceste cazuri, medicul poate sesiza anumite semne și simptome care să-l conducă spre

diagnostic. O anamneză încărcată, cu prezența unor factori de risc, așa cum ar fi fumatul, consumul de alcool, sau sedentarismul, cu anumite antecedente personale sau heredo-colaterale, așa cum ar fi prezența unor rude cu diabet zaharat, prezența unei hepatite virale în antecedente, activitatea profesională într-un mediu toxic, sau prezența unor semne nespecifice, așa cum ar fi o astenie postprandială, creșterea sau scăderea în greutate, prezența unor tulburări dispeptice și altele, îl pot face pe medic să se gândească la un anumit diagnostic clinic.

Dacă la examele clinice, medicul nu va suspecta diagnosticul de hepatită cronică, sau de cardiopatie ischemică silențioasă, atunci s-ar putea să nu solicite investigațiile paraclinice necesare și diagnosticul să întârzie foarte mult. De aceea diagnosticul clinic joacă un rol foarte important în practica medicală. În jurul diagnosticului clinic garvitează de fapt toate celelalte acțiuni ale medicului. Solicitarea unor investigații paraclinice, a unui consult interdisciplinar, internarea bolnavului în spital, sau prescrierea unor anumite medicamente, depind de fapt de diagnosticul clinic. Iar rezultatele acestor acțiuni vor depinde de acuratețea diagnosticului clinic. Un diagnostic clinic superficial va compromite toate aceste acțiuni. De aceea am putea spune că de diagnosticul clinic depinde, de multe ori, nu numai sănătatea, ci și viața bolnavului.

**Simțul clinic.** Pentru a nu se pierde în labirintul de semne și de simptome, de obicei nespecifice și chiar derutante, medicul trebuie să dea dovadă nu numai de cunoștințe medicale temeinice, ci și de foarte mult tact, de foarte mare abilitate și chiar de mult talent.

Datorită complexității fenomenelor, practica medicală este de fapt o cercetare științifică aplicativă, pentru efectuarea căreia medicul practician trebuie să dea dovadă de foarte multă abilitate (Restian, 1998).

Această abilitate este necesară și datorită faptului că nu prea există semne și simptome patognomonice, că nu există boli, ci bolnavi, că fiecare bolnav are particularitățile sale și fiecare bolnav expune suferințele sale în felul lui. De multe ori bolnavul nu expune suferințele sale într-o modalitate care să-l ajute pe medic să ajungă la diagnostic. Așa spre exemplu, un bolnav cu hemoragie digestivă va putea să insiste, pe bună dreptate, asupra ameteților și a senzației de sete, ignorând culoarea scaunelor. De aceea medicul va trebui să dea dovadă de multă abilitate pentru a putea intra în posesia semnelor și simptomelor pe care le are bolnavul. Iar această abilitate se numește simț clinic.

Simțul clinic reprezintă, după cum arată P. Brânzeu (1973), capacitatea medicului de a evalua rapid și complet starea bolnavului.

Experiența unor clinicieni celebri arată că la baza simțului clinic se află un spirit de observație foarte fin, o documentare profundă și un raționament foarte nuanțat. Medicul cu un simț clinic foarte dezvoltat va sesiza mai repede și mai ușor, ceea ce un medic fără simțul clinic va sesiza mai greu și mai încet. Cultivându-și simțul clinic, medicul va sesiza mai ușor unele modificări la limită, așa cum ar fi o ușoară redoare a cefii, o ușoară apărare musculară, sau o ușoară sensibilitate a lojilor renale, semne care îl vor îndrepta mai repede spre diagnostic.

Medicul cu spirit de observație foarte fin va observa mai repede cele mai mici modificări care intervin în evoluția bolnavului, putând sesiza mai ușor apariția unor complicații. I. Iacobovici spunea că prin observație și experiență, medicul câștigă un nou simț și anume simțul clinic. Având simțul clinic necesar, medicul avizat poate corela mai ușor durerile osoase ale unui bolnav cu un eventual mielom multiplu, sau un revărsat pleural cu o tumoră ovariană, așa cum se întâmplă în sindromul Meigs.

Simțul clinic presupune o anumită intuiție care să-l conducă pe medic mai repede spre diagnostic. Intuiția îl poate ajuta pe medic să pună diagnosticul dintr-o singură privire. Ea îi poate permite să evalueze corect gravitatea situației.

Dar pe lângă spirit de observație, pe lângă cunoștințe temeinice, pe lângă intuiție, simțul clinic mai presupune după cum arată P. Brânzeu (1972), mult tact și bun-simț. Tactul este acel simț al măsurii care îi permite medicului să adopte în orice situație, atitudinea cea mai potrivită. Tactul presupune pe lângă cunoștințe medicale și multă psihologie. Tactul îl face pe medic să țină seama de sensibilitatea bolnavului, de sufletul bolnavului aflat într-o criză existențială.

**Testul Kappa.** Dar experiența cotidiană ne arată că doi medici nu văd la fel același bolnav. Nu numai că nu stabilesc același diagnostic, dar ei nici nu sesizează la fel semnele și simptomele prezente la bolnav. Testul Kappa arată tocmai acest lucru. Testul Kappa arată inconsistența observațiilor dintre doi sau mai mulți observatori. Adică doi sau mai mulți medici nu vor sesiza la fel prezența sau absența unor semne sau simptome la același bolnav. Mai mult, ei nu vor interpreta la fel nici rezultatul investigațiilor paraclinice. Chiar mai mult, ei nu vor interpreta la fel nici aceleași investigații paraclinice cu ocazia unor examinări succesive.

Testul Kappa se calculează conform formulei:

$$Kappa = \frac{\text{nr coincidențe} - \text{nr diferențe}}{\text{total observații} - \text{nr diferențe}}$$

După cum arată S. McGee (1996), testul Kappa depinde de cunoștințele medicului, deoarece medicul vede ce știe, de sensibilitatea medicului, de spiritul de observație și de deprinderile medicului.

De aceea doi medici nu vor sesiza la fel paloarea facială, icterul, cianoza, matitatea pulmonară, ralurile crepitante și nu vor interpreta la fel aceeași radiografie, ecografie sau puncție hepatică.

Cercetările au arătat că paloarea facială are un indice Kappa de 0,23-0,70, paloarea conjunctivală de 0,54-0,75, cianoza de 0,36-0,70, matitatea pulmonară de 0,16-0,52 ralurile sibilante de 0,43-0,96 radiografia toracică de 0,48 iar puncția hepatică de 0,54. De remarcat că testul Kappa are o valoare maximă între 0,80-1 și o valoare minimă între 0-0,19.

**Practica medicală este o artă bazată pe știință.** Cu toate progresele care s-au realizat, medicina nu a devenit încă o profesiune atât de exactă încât să nu mai fie nevoie de experiența, de intuiția, de aprecierile, de aproximările, de ipotezele, de comparațiile, de părerile, de imaginația și de simțul clinic al medicului. De aceea cu toate progresele care s-au realizat, cu toate dovezile, cu toate ghidurile, cu toate băncile de date, practic medicală a fost, este și va fi, întotdeauna, după cum a arătat William Osler, o artă bazată pe știință.

Practica medicală = multă știință + multă experiență + mult talent

Medicul practician ar trebui să aibă cunoștințe de patologie, de semiologie, de terapeutică, de epidemiologie, de căutare și evaluare a celor mai bune dovezi. El ar trebui să aibă foarte multă experiență care să-i confere capacitatea de a sesiza semnele și simptomele bolnavului, capacitatea de a face comparații, de a emite ipoteze, de a prevedea evoluția fenomenelor, de a sesiza incertitudinile care apar, de a integra informațiile găsite, de a le adapta la cazul respectiv și așa mai departe. Dar el ar trebui să aibă de asemenea capacitatea de a comunica, să aibă sensibilitatea, spontaneitatea, imaginația, intuiția, echilibrul, simțul măsurii și al prevederii, pentru a putea ajunge la diagnostic.

Performanțele medicului practician pot fi influențate de toți acești factori, deoarece nici cu multă știință, dar fără experiență suficientă și nici cu mult talent și dar fără experiență, nu se poate practica o medicină eficientă. Organismul uman este un sistem extrem de complex și de variabil în care elementele obiective, pe care tinde să le promoveze știința medicală, se întâlnesc cu o serie întreagă de elemente subiective, care relativizează

foarte mult dovezile științifice descoperite. De aceea medicul practician trebuie să dea dovadă nu numai de cunoștințe temeinice, ci și de foarte simț clinic, pentru a putea interpreta corect informațiile obiective descoperite.

**Medicul de familie ar trebui să fie un mare clinician.** Nu numai pentru că metoda clinică continuă să aibă și astăzi o importanță deosebită în medicina modernă, ci și pentru că medicul de familie nu dispune de prea multe posibilități de investigație paraclinică, el trebuie să apeleze mai întâi la investigațiile clinice. El trebuie să asculte cu atenție bolnavul pentru a afla motivele prezentării la medic. Din păcate foarte mulți specialiști de profil și foarte mulți medici de familie trec foarte repede peste acest stadiu, direct la investigațiile paraclinice, sărind peste etapa de analiză mai amănunțită a semnelor și simptomelor care l-au determinat pe bolnav să se prezinte la medic. Așa spre exemplu, dacă bolnavul acuză o dispnee, unii medici trec de multe ori direct la investigațiile paraclinice fără a stabili dacă este vorba de o dispnee inspiratorie, sau de o dispnee expiratorie, dacă dispneea a debutat brusc sau progresiv, dacă este legată de efortul fizic, sau survine în repaus, dacă a fost declanșată de contactul cu o substanță alergizantă sau iritantă, dacă este întovărășită de alte semne și simptome așa cum ar fi tirajul, cornajul, weezingul, tusea, expectorația, modificarea murmurului vezicular, de matitate pulmonară, de tulburări de ritm cardiac, de edeme, de febră, de leziuni toracice și așa mai departe.

Același lucru se întâmplă și în cazul celorlalte semne și simptome acuzate de bolnav, care pot să apară în foarte multe boli posibile, dar care au anumite particularități caracteristice.

În fiecare boală. Așa spre exemplu, durerea abdominală din ulcerul gastric are un caracter de arsură, sau de eroziune în regiunea epigastrică, care este ritmată de alimentație. Ea apare înainte de masă, sub forma de foame durereoaasă, se calmează după masă, dar re apare la scurtă vreme. Pe când durerea din ulcerul duodenal re apare ceva mai târziu după masă. Durerea din pancreaită acută este o durere vie, care iradiază în hipocondrul stâng și în spate, care apare după o masă bogată în grăsimi și alcool. Ea este întovărășită de meteorism, de grețuri, de vărsături și așa mai departe.

De asemenea, cefaleea din migrenă se deosebește de cefaleea din celelalte boli. Așa spre exemplu, durerea din migrenă este recurentă, pulsatilă, cu localizare fronto-orbitală, sub formă de hemicranie, accentuată la zgomote, la lumină și la efort. Ea este întovărășită de fotofobie,

grețuri, vărsături, lăcrimare, rinoree, amețeli, tulburări senzitive etc. Iar durerea din cefaleea de tensiune este resimțită de bolnav ca o presiune intracraniană bilaterală, ca o bandă constrictivă și nu se asociază de grețuri și de vărsături.

De aceea medicul practician trebuie să stabilească mai întâi prin investigații clinice care sunt particularitățile semnelor și a simptomelor acuzate de bolnav, cu ce alte semne și simptome se asociază, să emită o ipoteză de diagnostic și abia apoi să treacă la investigațiile paraclinice cu ajutorul cărora să confirme sau să infirme ipoteza respectivă. Pentru aceasta, medicul de familie ar trebui să fie un mare clinician.

Dacă specialiștii de profil, care se ocupă de câte un singur organ, nu sunt obligați să efectueze o consultație integrală a bolnavului, mediul de familie care este medicul de prim contact al bolnavului trebuie să efectueze o consultație integrală a bolnavului, pentru că el nu știe precis de la ce aparat sau organ ar putea să apară, dispneea, durerea abdominală, cefaleea, sau amețeaua bolnavului.

Amețeaua ar putea fi produsă de o boală neurologică, așa cum ar fi o tumoră cerebrală,

dar și de o boală cardiovasculară, așa cum ar fi o hipertensiune arterială, de o boală ORL, așa cum ar fi o labirintită, de o boală oftalmologică, așa cum ar fi o tulburare de acomodare, de o boală de sânge, așa cum ar fi o anemie, de o boală reumatologică, așa cum ar fi o spondiloză cervicală și așa mai departe. De aceea, medicul ar trebui să examineze integral bolnavul pentru a putea afla care este cauza amețelii acuzate de bolnav.

De fapt medicul de familie a rămas probabil singurul medic din medicina contemporană care ar trebui să efectueze o consultație integrală a bolnavului. Iar pentru aceasta el ar trebui să fie un mare clinician. Dacă toți ceilalți specialiști au devenit niște tehnicieni, medicul de familie ar trebui să rămână, în pofida teantațiilor, un mare clinician, ceea ce i-ar conferi o mare apreciere din partea pacientului care simte nevoia unui om căruia să-i poată destăinui suferințele pe determinate de criza existențială prin care trece. Iar suferința nu vine nici de la stomac, nici de la inimă, nici de la ficat, ci de la suflet. □

## BIBLIOGRAFIE

1. **Boloșiu, H** – Semiologie medicală, Editura Medex, Cluj Napoca, 1994
2. **Lowe, B** – Arta pierdută a vindecării, Editura Științelor Medicale, 2007
3. **Hegglin, R** – Diagnosticul diferențial al bolilor interne, Editura Medicală, 1964
4. **Hțieganu, I** – Clinică și patologie medicală, Editura Centrocoop, București, 1995
5. **Fiessinger, N** – La raisonnement en médecine, Vigot, Paris, 1946
6. **Restian, A** – Diagnosticul medical, Editura Athena, București, 1998
7. **Brânzeu, P** – Simțul clinic și arta diagnosticului, Editura Facla, Timișoara, 1973
8. **McGee, M** – Evidenced-based physical diagnosis Saunders Comp. New York, 2001

Vizitați site-ul

**SOCIETĂȚII ACADEMICE DE MEDICINĂ A FAMILIEI**

**www.samf.ro**