

ANAMNEZA

1. Date generale

Numele și prenumele *Cucu Elena P*
Ețateea *1981*
Studiile *studii medii*
Profesiunea *vinzator*
Domiciliul *str. Mihail Sadoveanu 16 - 51*
Data internării *10.10.2007*
Diagnosticul de trimitere: *Gastroduodenită cronică în acutizare*
Diagnosticul clinic: *Gastroduodenită cronică în acutizare. Reflux duodeno-gastral*

2. Acuze la intenare

Bolnavul se plînge de dureri în epigastru și hipocondrul stîng, meteorism, slăbiciune generală, inapetență.

3. Istoricul actualei boli (anamnesis morbi)

Se consideră bolnavă de 6 luni, cînd au apărut acuzele susnumite. A primit tratament ambulator cu Famotidin, Motilium, Holentin. Este internată pentru tratament.

4. Istoricul vieții bolnavului (anamnesis vitae)

- a) Date biografice
Este al doilea copil în familie. Și-a început studiile la vîrsta de 6 ani. În copilărie a corespuns grupului de vîrstă conform dezvoltării fizice. Alimentația – suficientă în cantitate, la domiciliu de 3 ori pe zi. Consumul de lichide este normal.
- b) Anamneza sexuală
Celibatar
- c) Antecedente patologice
Hepatită virală –1988?. Boli sexual-transmisibile – neagă. Contact cu bolnavi de tuberculoză – neagă.
- d) Antecedente eredo-colaterale
In familie nu sunt prezente.
- e) Anamneza alergologică
Alergie la medicamente, vaccinuri, alimente, polen, alți alergeni neagă.
- f) Deprinderi dăunătoare
Nu fumează, nu consumă alcool sau droguri. Nu consumă cafea sau ceai tare în cantități mari.

DATE OBIECTIVE
STAREA PREZENTĂ A BOLNAVULUI (STATUS PRAESENS)

1. Inspecția generală

Starea generală a bolnavului este satisfăcătoare; conștiința clară. Poziția bolnavului în pat este activă; expresia feței obișnuită. Conformația: tip constituțional normostenic (unghiul epigastral = 90°); dezvoltarea fizică normală. Tegumentele – curate, de culoare roz-pală. Umeditatea și turgorul pielii normale. Părul – cu luciul păstrat, unghiile normale, cu luciul păstrat, puls capilar nu se determină. Țesutul celulo-adipos subcutanat dezvoltat normal. Capul este proporțional, puncte dureroase nu se determină. Gâtul este proporțional. Glanda tiroidă vizual și palpator nu se determină, pulsația venelor jugulare nu se determină. Ganglionii limfatici (sternocleidomastoidieni, supraclaviculari, infraclaviculari, axilari) palpator nu se determină, sînt nedureroși. Mușchii sînt bine dezvoltați, tonusul este normal, puterea mușchilor normală, senzații dureroase lipsesc. Țesutul osos – oasele sînt proporționale, fără deformații, perculator puncte dureroase nu se determină. În articulații mobilitatea deplină, fără dureri; deformații, crepitații nu se determină.

2. Sistemul respirator

Plîngerile

Bolnavul nu prezintă plîngeri. Lipsesc secrețiile nazale, dureri în regiunea bazei nasului și a sinusurilor paranazale. Bolnavul nu prezintă tuse, nu are dureri toracice sau dispnee.

Inspecția

Aripile nasului nu participă în actul de respirație, respirația nazală este puțin îngreunată. Vocea este neshimbată. Toracele de conformație normală, fără deformații globale, scapulae alatae nu sînt prezente. Retracții parietale nu se determină. Fosele supra- și infra- claviculare uniforme pe ambele hemitorace, retracția sau proeminența lor nu se determină. Ambele hemitorace participă simetric și uniform la actul respirator. Tipul respirației este mixt. Mișcările respiratorii sînt ritmice, frecvența mișcărilor respiratori este 20/min.

Palpația

Elasticitatea toracelui este păstrată. Vibrațiile vocale sînt uniforme pe ariile simetrice ale toracelui.

Percuția

Percuția comparativă

La percuție sunet clar pulmonar pe întreaga arie pulmonară.

Percuția topografică

1. Limitele pulmonare apexiene	Dreapta	Sînga
a) anterioare	4 cm superior de claviculă	4 cm superior de claviculă
b) posterioare	Procesus spinosus C 7	Procesus spinosus C 7
2. Aria cîmpului Krönig	5 cm	5 cm
Limitele pulmonare inferioare după liniile topografice clasice	Dreapta	Sînga
a) parasternală	Spațiul intercostal 6	
b) medioclaviculară	Marginea superioară a coastei 6	
c) axilară anterioară	Marginea superioară a coastei 7	Marginea inferioară a coastei 7
d) axilară medie	Marginea superioară a coastei 8	Marginea inferioară a coastei 8
e) axilară posterioară	Marginea superioară a coastei 9	Marginea inferioară a coastei 9
f) scapulară	Marginea superioară a	Marginea inferioară a coastei

	<i>coastei 10</i>	<i>10</i>
<i>g) paravertebrală</i>	<i>La nivelul vertebrei Th 11</i>	<i>La nivelul vertebrei Th 11</i>
<i>Mobilitatea bazei pulmonare pe linia axilară medie</i>	<i>7 cm</i>	<i>7 cm</i>

Auscultația

Frecvența respirației 20/min, corelația inspir:expir este 1:3. Pe toată aria pulmonară se determină respirație veziculară. La nivelul bifurcației traheii, deasupra traheii și laringelui se auscultă respirație tubară. Zgomote respiratorii patologice – raluri, crepitații, frotație pleurală nu se auscultă.

3. Sistemul cardio-vascular

Plîngerile

Bolnava nu prezintă plîngeri.

Inspecția

La inspecția vaselor gâtului nu se determină pulsație patologică a arterelor carotide, turgescența venelor jugulare sau puls venos pozitiv.

La inspecția regiunii precordiale nu se determină bombare sau retracție. Șocul apexian și pulsație în epigastru nu se determină.

Palpația cordului

La palpație șocul apexian situat în spațiul intercostal stîng 5, cu 1,5 cm medial de linia medioclaviculară. Suprafața șocului apexian aproximativ 2 cm², înălțimea, puterea și rezistența în normă. Șocul cardiac nu se determină. Freamăt sistolic și diastolic la palpație nu se determină.

Percuția

Determinarea matității relative a cordului: limita dreaptă se află în spațiul intercostal 4 din dreapta cu 1 cm lateral de marginea sternului; limita stîngă se află în spațiul intercostal 5 stîng cu 1,5 cm medial de linia medioclaviculară; limita superioară se află pe linia parasternală stîngă, la nivelul coastei 3. Dimensiunile pediculului vascular în spațiul intercostal 2 constituie 5 cm. Dimensiunea transversală a cordului constituie 12 cm. Confiurația cordului este normală.

Auscultația

Zgomote cardiace ritmice atenuate. Modificări de ritm, dedublări nu se determină.

Zgomote supraadăugate nu se auscultă.

Investigarea vaselor sangvine

La palpare se determină pulsul pe arterele radiale, femurale, poplitee, dorsalis pedis și tibialis posterior. La palparea vaselor nu se determină simptomul " gâtului de gîscă ". Pe artera radială puls ritmic, plin, tensiunea și amplituda în normă, identic la ambele mîini, cu frecvența 60/min, deficit de puls nu se determină. Puls capilar lipsește. Pe arterele femurale nu se auscultă zgomotul dublu Traube și suflul dublu Vinogradov – Durosier. Pe arterele carotide nu se auscultă suflu. La examinarea venelor membrelor inferioare nu se determină dilatarea varicoasă, palpator segmente dure și/sau dureroase nu se determină.

Tensiunea arterială: brațul stîng 120/80 mm Hg

brațul drept 110/85 mm Hg

4. Sistemul digestiv

Plîngerile

Dureri în regiunea epigastrică și în hipocondrul stîng. Meteorism.

Apetitul este scăzut, deglutiția liberă. Scaunul este în mediu o dată în 24 ore, masele fecale de culoare obișnuită, consistență obișnuită.

Inspecția

Cavitatea bucală fără miros fetid, mucoasa de culoare roz, fără ulcerații. Limba de culoare roz, umedă, fără adipozități sau ulcerații. Gingiile de culoare roză, fără ulcerații sau porțiuni necrotizate, hemoragii. Vălul palatin de culoare roz, fără ulcerații, tonsilele palatine – roz, nu sînt hiperemiate

fără adipozități. Forma abdomenului – obișnuită, abdomenul este simetric, participă în actul de respirație. Colaterale venoase (capul meduzei) și cicatrici nu se determină.

Palpația

Palpația superficială

Abdomenul este suplu, indolor. Protecție musculară și hernii (ale liniei albe, umbilicale, inghinale) nu se determină.

Palpația profundă după Obrazțov – Strajesco

Colonul sigmoid la palpare cilindric, moale, mobil, cu suprafața netedă, dureros. Cecul cilindric, indolor, moale, cu suprafață netedă. Sectorul terminal al ileonului cilindric, indolor, moale, cu suprafață netedă. Colonul ascendent cilindric, indolor, moale, cu suprafață netedă, puțin mobil. Colonul descendent cilindric, indolor, moale, cu suprafață netedă, puțin mobil.

Percuția

La percuție se determină sunet timpanic în toate regiunile abdomenului. În cavitatea abdominală nu se determină lichid liber sau încapsulat.

Auscultația

La auscultație se determină garguimentul intestinal. Frotaje peritoneală nu se auscultă.

Pancreasul

Palpator nu se determină.

Splina

Inspecția

La inspecție nu se determină proeminență în hipocondrul stîng.

Palpația

Splina nu se palpează.

Ficatul și vezica biliară

Plîngerile

Nu prezintă.

Inspecția

Proeminență sau pulsație în rebordul costal drept și hipocondrul drept nu se determină.

Percuția

Dimensiunile ficatului după Curlov: între punctul 1 și 2 – 9 cm; între punctul 3 și 4 – 8 cm; între punctul 3 și 5 – 7 cm.

Palpația

Ficatul la marginea rebordului costal, cu suprafața netedă, consistența moale, puțin dureros.

Auscultația

La auscultație suflu nu se determină.

5. Sistemul uro-genital

Plîngerile

Dureri în regiunea lombară lipsesc. Edeme ale feței și pleoapelor lipsesc. Micțiunea liberă, indoloră. Diureza nocturnă: o dată, de două ori pe noapte.

Inspecția

Edeme ale feței și pleoapelor nu sînt. La inspecția regiunii lombare eritem și tumefiere nu se determină.

Palpația

La palpația bimanuală rinichii nu se determină, senzații dureroase lipsesc.

Percuția

Simptomul Jordani negativ.

Auscultația

Suflu nu se determină.

6. Sistemul hematopoietic

La percuția oaselor plate – stern, coaste – puncte dureroase nu se determină.

7. Sistemul endocrin

Inspeția

Țesutul celulo-adipos subcutanat este repartizat uniform, hiperpigmentații, hipertrihoză sau căderea părului nu se determină.

Inspeția glandei tiroide

La inspecție nu se determină deformări ale laringelui, deglutiția este liberă.

Palpația

Palpator glanda tiroidă nu se determină.

Auscultația

Deasupra tiroidei sufluri nu se determină.

8. Sistemul nervos

Starea psihică este normală, dispoziția bună. Reacția fotomotorie directă și reciprocă normală. Dureri pe parcursul nervilor, spasme, parestezii nu se determină. În poziția Romberg reacția motorie normală, tremorul mâinilor nu se determină.

Diagnosticul prezumtiv

Pe baza datelor obiective și subiective colectate de la pacient – slăbiciune generală, dureri în regiunea epigastrică și în hipocondrul stâng, meteorism, inapartență se presupune diagnosticul: Gastroduodenită cronică în acutizare

Planul examinării ulterioare a bolnavului

Se cere efectuarea următoarelor investigații

1. analiza generală a sîngelui
2. analiza generală a urinei
3. analiza biochimică a sîngelui
4. ECG
5. FEGDS

Rezultatele examinării de laborator și instrumentale

1. Hemoleucogramele

<i>Hb – 104</i>	<i>Segm – 67</i>
<i>Er – $3,5 \cdot 10^{12}$</i>	<i>E – 0</i>
<i>IC – 0,9</i>	<i>B – 0</i>
<i>Leucocite – 7,4</i>	<i>Lf – 23</i>
<i>Mielocite – 0</i>	<i>M – 6</i>
<i>Metamielocite – 0</i>	<i>Pl – 0</i>
<i>N/segm – 1</i>	<i>VSH – 21</i>

2. Analiza biochimică a sîngelui

<i>ALT – 0,70</i>	<i>AST – 0,32</i>
	<i>Bilirubina generală – 13,8</i>

Bilirubina conjugată – 2,3
Bilirubina liberă – 11,5
Glucosa – 5,0
Amilaza – 41,0 u/l
Lipaza – 192 u/l

Voltajul păstrat, ritm sinusal.
FCC – 80/min
PQ – 0,16 s.
QRS – 0,06 s.
QT – 0,41 s.
Axa cordului orizontală

3. ECG

4. Analiza urinei

Cant – 1800,0 ml
Culoare – galben deschisă
Densitate – 1020
Reacție – acidă
Eritrocite – 0
Epiteliu plat – 1-2 în c/v
Leucocite – 1-2 în c/v
Glucoză – neg.

- 6. FEGDS:** *esofagul este permeabil. Sf. Cardial deschis. Stomacul obișnuit la fund bilă în cantitate mică. Pliurile obișnuite. Unde peristaltice active. Bulbul duodenal tubular fără leziuni. Conc.: gastrită de reflux enterogastrică. În biopsat prezent H. pylori*

Tratamentul administrat

Sol. NaCl 0,9%-200ml

Sol. Pentilin 5,0 i/v perfuzie (Pentoxifilin) – este un derivat trialchilxantinic mult folosit ca vasodilatator-antiischemic. Efectul vasodilatator relativ slab, a fost dovedit prin pletismografie, angiografii succesive și termografie. Mărește circulația la nivelul membrelor și la nivelul creierului, fără să modifice practic tensiunea arterială. La beneficiul terapeutic contribuie ameliorarea reologiei sângelui prin creșterea deformabilității hematiilor, cu favorizarea microcirculației. Ca mecanism, efectele sunt atribuite măririi cantității de AMP_c prin inhibarea fosfodiesterazei. Eficacitatea clinică a pentoxifilinei nu a fost dovedită cu certitudine. În parte din studiile controlate, folosind proba mersului pe bandă rulantă, a fost semnalată mărirea timpului de claudicație și a distanței totale de mers. Pentoxifilina favorizează fertilizarea ovulului de către spermatozoizi, fiind folosită în cadrul metodelor de fertilizare in vitro. Eficacitatea in vivo în cazuri de infertilitate masculină nu a fost dovedită cu certitudine. P. are și proprietăți antiinflamatorii, atribuite inhibării unor mecanisme celulare implicate în procesul inflamator: aderarea de citokine de către celulele inflamatorii; de asemenea inhibă cascada complementului. Eficacitatea în diferite afecțiuni inflamatorii – dermatite de contact, vasculite sistemice – este în curs de evaluare. P. administrată oral (sub formă de drajeuri enterosolubile) se absoarbe repede și aproape complet din intestin. Este metabolizată în proporție mare în ficat. Timpul de înjumătățire plasmatic este circa 0,5 h, cel al metaboliților de 1,5 h. Metaboliții se elimină renal. P. se administrează de regulă pe cale orală, doza obișnuită fiind de 100 mg de 3 ori pe zi; la nevoie se poate crește 600 mg / zi. Se poate injecta intramuscular 100-200 mg de 2 ori pe zi. Mai rar se recurge la introducerea intravenoasă, în injecții lente, câte 100-200 mg (în timp de cel puțin 5 min.), de 1-2 ori pe zi sau în perfuzie, 200-600 mg pe zi (cel mult 100 mg pe h). În cazuri excepționale se pot face perfuzii intraarteriale. Este indicată în tratamentul simptomatic al claudicației intermitente în arteriopatiile obliterante cronice. De asemenea este recomandată în scopul ameliorării proceselor mintale (atenție, memorie), la vârstnici. P. este în general bine suportată. Provoacă rareori neplăcere epigastrică. Administrarea parenterală poate fi cauzată de amețeli, hipotensiune, chiar dureri anginoase (la injectarea i/v rapidă). Au fost descrise câteva cazuri de hemoragii la bolnavii cu risc. Forma injectabilă și dozele mari administrate oral trebuie evitate la bolnavii cu infarct acut de miocard. Este necesară prudența la hipotensivi, iar în cazurile de insuficiență renală severă dozele trebuie scăzute.

Asocierea cu antihipertensive obligă o supraveghere clinică, eventual micșorarea dozelor; asocierea cu anticoagulante și antiagregante plachetare implică controlul timpului de protrombină, respectiv al timpului de sîngerare; la diabetici P. poate crește riscul reacțiilor hipoglicemice la medicația specifică.

Sol. Cerucal 2,0 i/m (Metoclopramid) – un derivat de benzamidă înrudit structural cu procainamida, are proprietăți antiemetice marcate. Este activă în voma provocată prin iradiere, uremie, gastrită, ulcer, cancer gastric sau intestinal; poate preveni voma postanestezică și poate reduce sau suprima voma de origine medicamentoasă. În doze mari este eficientă în voma severă produsă de citostatice. Medicamentul este puțin eficient în răul de mișcare. Efectul antivomitiv se datorește deprimării zonei chemoreceptoare declanșatoare, prin blocare dopaminergică și unei acțiuni periferice – stimulează peristaltismul gastric, relaxează esofagul și sfincterul piloric prin favorizarea unor mecanisme colinergice stimulante ale motilității. Dozele mari au și acțiune antiserotoninică. Administrată oral este în parte metabolizată la primul pasaj hepatic, avînd o biodisponibilitate medie de 76% (cu variații individuale mari). Concentrația plasmatică maximă se obține la 40-120 min. de la administrare. Se distribuie larg în țesuturi, trece prin BHE și BP; volumul de distribuție este de 3,4 l/kg. Clearance-ul este de 6,2 ml/min și kg. $T_{0,5}$ este de circa 5 h, dar crește considerabil în caz de insuficiență renală. Se elimină în urină în proporție de circa 20% neschimbată. M. se administrează oral, 5-10 mg de 3 ori / zi sau cu 0,5 h înainte de efectul dorit. La nevoie se poate injecta s/c sau i/m în doza de 10 mg; în vomă severă se va administra i/v 1-2 mg/kg repetînd la 2 h, pînă la cel mult 3-5 doze. În condițiile folosirii ocazionale ca antiemetic, provoacă relativ frecvent somnolență și nervozitate, mai rar reacții distonice reversibile (dozele mari mai ales la copii). Tulburările motorii extrapiramidale, anxietatea și depresia, relativ frecvente pentru dozele mari, reprezintă un factor limitativ al, utilizării pentru combaterea vomei produsă de citostatice. Este contraindicată în caz de obstrucție mecanică a tractului digestiv și în alte situații în care stimularea motilității poate fi daunătoare; de asemenea trebuie evitată la bolnavii cu feocromocitom (poate crește pericolul presiunea arterială).

Comp. Mezzym forte 1p×3ori/zi – drajeuri ce conțin 0,14 pancreatin, 4200U amilază, 250 U protează, 3500 U lipază. Se administrează în ahelie, pancreatite cu insuficiență a funcției exocrine, dereglări de digestie, gastrită hipoacidă. Este în general bine suportat. Dozele mari produc uneori greață, diaree, hiperuricemie. La copii mici poate provoca ulcerări bucale, stomatită angulară, leziuni perianale; leziunile bucale se pot datora reținerii preparatului în gură înainte de a fi înghițit. Au fost semnalate cazuri de stricturi ale colonului la copii cu fibroză chistică tratați cu doze mari.

Analiza tratamentului

Conform celor expuse mai sus, doar o parte din preparatele administrate corespund tratamentului patogenetic. Nu se administrează medicamente ce ar înlătura cauza etiologică a patologiei date.

Tratament recomandat : -Patogenetic

- Blocatori ai receptorilor H_2 histaminici (famotidin) 0,04 1dată /zi
 - Preparat de Bi (de-nol 100-300mg 4 ori / zi înainte de masă cu 10-15 min.)
 - Metoclopramid (care a fost administrat i/m) 5-10 mg de 3 ori / zi
- Etiologic (*împotriva H. Pylori*)
- Metronidazol 0,25-0,5 3-4 ori / zi
 - Amoxicilină 0,25 4 ori /zi sau 1,0 2 ori / zi
 - *Aici se include și De-nol*

Conform schemelor

Cursus morbi

24.10.07

Starea generală a bolnavei este satisfăcătoare. Conștiința clară. Poziția în pat activă. Tegumentele palide. Turgorul pielii este păstrat. La auscultăția plămânilor murmur vezicular. Zgomote cardiace diminuate.

Acuză cefalee de intensitate slabă. TA= 115/80 mm Hg. Frecvența respiratorie 19 resp/min. Puls = 75 b/min. Abdomenul sensibil la palpare. Scaunul regulat, obișnuit.

25.10.07

Starea generala a bolnavei este satisfăcătoare. Conștiința clară. Poziția în pat activă. Tegumentele roz - pale. La auscultația plămânilor murmur vezicular. Zgomote cardiace diminuate.

Persistă cefalee de intensitate slabă. TA= 120/80 mm Hg. Frecvența respiratorie 22 resp/min. Puls = 80 b/min. Abdomenul sensibil la palpare. Scaunul regulat, obișnuit.

26.10.07

Starea generală a pacientei în dinamică pozitivă. Conștiința clară. Poziția în pat activă. Tegumentele roz - pale. La auscultația plămânilor murmur vezicular. Zgomote cardiace diminuate.

Acuze nu prezintă. TA= 120/80 mm Hg. Frecvența respiratorie 18 resp/min. Puls = 70 b/min. Abdomenul sensibil la palpare. Scaunul regulat, obișnuit.

Epicriza

Pacienta Cucu E. P., a fost internată pe data de 10.10.07

Diagnosticul de trimitere: Gastrită cronică în acutizare. Diagnosticul clinic stabilit în baza acuzelor bolnavei, anamnezei, datelor obiective și explorărilor paraclinice este de Gastroduodenită cronică în acutizare. Reflux duodeno-gastral

Tratamentul efectuat:

Sol. NaCl 0,9%-200ml

Sol. Pentilin 5,0 i/v perfuzie

Sol. Cerucal 2,0 i/m

Pilobact 1 pachet×2 ori/zi

Comp. Mezim forte 1p×3ori/zi

În urma tratamentului s-a observat o îmbunătățire a stării pacientei.

Recomandări:

- *Dieta cu excluderea produselor bogate în colesterol, grăsimi neutre, animaliere, produselor picante și fierbinți.*
- *Excluderea emoțiilor negative și surmenajului*