






DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL ÎN CABINETUL MF

DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL AL DISPNEEI ACUTE



SIMPTOM CARDINAL	SUSPICIUNE DIAGNOSTIC
RALURI RONFLANTE ȘI SIBILANTE	Obstrucție respiratorie acută
Silențiu respirator unilateral cu hipersonoritate la percuție	pneumotorax
Diminuarea unilaterală a zgomotelor respiratorii cu matitate la percuție	Atelectazie, colecție pleurală
Diminuare bilaterală a zgomotelor respiratoria	Aspirare bol alimentar
Raluri crepitante fine bilateral	Edem pulmonar
Raluri bronșice expiratorii, tuse	Decompensarea inimii stângi, astm bronșic, acutizarea BPOC
Stridor inspirator brusc, tuse	Edem laringian, faringită, epiglotită, crup, aspirație corp străin, traheomalacie

Tuse și febră	Pneumonie, exacerbări infecțioase, infarct pulmonar
Durere toracică	Pleurită, pneumothorax, embolie pulmonară, sindrom coronarian acut, anevrism disecant de aortă
Tuse fără febră	Pneumotorax, aspirație corp străin, embolie pulmonară
Semne de insuficiență cardiacă dreaptă fără boală pulmonară preexistentă	Embolie pulmonară, pneumothorax, colecție pericardică
Hiperventilație fără tuse, febră, paloare	Sindrom de hiperventilație
Paloare, sufluri cardiace funcționale	Anemie severă
Simptome generale, examen fizic al plămânului fără modificări patologice	Intoxicații, de ex. cu CO, cianuri



Managementul insuficienței respiratorii acute

1.monitorizare:

- pulsoximetrie, analiza gazelor sanguine
- monitorizarea ritmului cardiac: tahicardie atrială? Tahicardie ventriculară? Bradicardia indică un stop cardio-circulator iminent care necesită intubare și ventilare.
- monitorizare neinvazivă a TA : HIPERTENSIUNEA SI TAHICARDIA sunt “fiziologice” în teama de asfixiere.

Terapia inițială

- eliberare căii respiratorii, ridicarea toracelui
- încercare de extragere a corpului strain
- O₂ pe sonda nazală 4-8l/min(masca facială deseori nu este tolerată)
- în caz de insuficiență respiratorie severă trebuie intubație și respirație artificială.

DUREREA ÎN GÂT





Majoritatea cazurilor de durere în gât în cabinetul medicului de familie sunt cauzate de virusuri sau iritanți.

Indiciile pentru diagnosticul durerii în gât sunt; febra >38 grade, absența tusei, adenopatia cervicală anterioară sensibilă, exudat/tumefacție amigdaliană.

La majoritatea pacienților cu durere în gât nu ar trebui recomandate antibiotice.

Acest simptom este întâlnit la peste 8% din consultațiile zilnice.



CAUZE:

A. FACTORI IRITANȚI: fumatul, alergeni, refluxul gastro-esofagian, expunere la praf, umiditate scăzută, animale, textile, solvenți.

B. INFECȚII VIRALE: 90% dintre adulți și 70% dintre copii sunt afectați de rinovirusuri, coronavirusuri, virusul sincițial respirator, virusul parainfluenza, herpes virus, adenovirusuri, coxsackie, virusurile mononucleozei infecțioase.

Cel mai probabil, durerea în gât, este provocată de virusurile răcelii comune în timpul epidemiilor comunitare în lunile reci.

C. INFECȚIA CU STREPTOCOC BETAHEMOLITIC GRUP A: este mai frecventă la copiii între 5-15 ani, în lunile de iarnă/primăvară și pot apărea, ca și celelalte infecții, în epidemii.



Alte simptome care se asociază cu durerea în gât:

- iritație, senzație de uscăciune(cauze: iritanți, virusurile răcelii comune)
- strănut, lăcrimare, rinoree, prurit ocular, asociate cu expunere la un alergen=alergie
- disfagie(cauze: infecția streptococică, infecții virale)
- pirozis, eructații cu gust acru, durere agravată după mese copioase sau clinostatism, tuse neproductivă și ameliorare la administrare de blocante H2, antiacide sau inhibitori de pompă de protoni=BRGE
- tuse , rinoree, conjunctivită, diaree – crește probabilitatea infecției virale sau alergice.
- frisoane, stare de rău, cefalee, redoare ușoară de ceafă, simptome gastro-intestinale – crește probabilitatea de infecție streptococică.

DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL AL TUSEI



Dg.dif.	etiologie	istoric	semne	Ex.laborator
Tuse postinfecțioasă	IACRS	IACRS recent poate dura 3 săptămâni	Posibil wheezing	-
Tuse convulsivă	Bordetella pertusis	Apare la pacienți >16ani, cu paroxisme și poate dura 12 săptămâni	Subfebrilitate, scădere în greutate, cianoză posttisivă	Testare PCR, HLG care arată limfocitoză >79%
Drenaj postnazal	Rinită și sinuzită cronică	Alergii sezoniere, senzații de picurare în partea posterioară a gâtului	Mucoasă nazală eritematoasă, edemațiată, cu aspect granular	CT sinusuri
Tabagism activ	Iritant al căilor aeriene	Fumator activ/pasiv	Posibil wheezing	Rx pulmonar, spirometrie, analiză spută
BRGE	Pierderea tonusului sfincterului esofagian inferior	Tuse cronică, gust acru, disfonie, agravate în clinostatism, la efort, consum de cafea, alcool, alimente acide.	Posibil sensibilitate în epigastru	Endoscopie tract gastro-intestinal superior, monitorizare Ph pe 24 de ore
Astm bronșic	Inflamație și hiperactivitate bronșică	Tuse neproductivă, istoric de alergii, istoric familial, wheezing, dispnee	Wheezing expirator bilateral, expir prelungit	Terapie bronhodilatatoare-teste de provocare, pulsoximetrie

BPOC	Inflamație, exces de mucus	Fumat, tuse productivă cel puțin 3 luni/an	Ronhusuri, crepitante	Rx pulmonară, spirometrie
Bronșită eozinofilică	Inflamație fără obstrucție	Tuse fără wheezing la expunerea la diverși alergeni	Adeseori semne absente	Examen spută, Rx pulmonar normal
IECA	Bronhospasm	La 5-30% dintre pacienții tratați cu IECA	absente	-
Cancer pulmonar	Compresie mecanică	Scădere în greutate, dispnee, hemoptizie, fumat	Scădere în greutate, febră, dispnee, cașexie	Dg. diferențial cu TBC pulmonar. Rx, CT, RMN, ex. spută, puncție-biopsie