

ZBIERANIE WYWIADU LEKARSKIEGO I BADANIE PACJENTA

ZASADY POSTĘPOWANIA

Materiały dydaktyczne opracowane dla studentów zajęć
Lab-NUK

prowadzonych przez Zakład Dydaktyki Medycznej Wydziału
Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum
na podstawie programu Laboratorium Nauczania Umiejętności
Klinicznych Wolnego Uniwersytetu w Amsterdamie, Holandia.

tłumaczenie: Barbara Idzor-Waluś, Katarzyna Solarz,
opracowanie redakcyjne: Dobromiła Drop, Dariusz Kubicz, Jadwiga
Mirecka; Stanisław Górski, Anna Kocurek, Bogumiła Kowalska, Michał
Nowakowski, Agnieszka Skrzypek, Agata Stalmach-Przygoda;

Wydanie VI - Kraków 2019

ZBIERANIE WYWIADU LEKARSKIEGO I BADANIE PACJENTA - ZASADY POSTĘPOWANIA

spis treści	strona
Wywiad lekarski - profesjonalizm i komunikacja	5
Zbieranie wywiadu – ogólne zasady postępowania	10
Wprowadzenie do zbierania wywiadu	10
Główne dolegliwości	12
Początek i dotychczasowy przebieg choroby	13
Dolegliwości związane z określonymi układami	13
układ krążenia	14
układ oddechowy	14
układ pokarmowy	15
układ moczowy	16
żeński układ rozrodczy	17
męski układ rozrodczy	18
układ ruchu	19
układ nerwowy	19
Czynności fizjologiczne i aspekty psychologiczne	20
Choroby przebyte	21
Leki, alergie, używki	21
Wywiad rodzinny i środowiskowy	22
Badanie fizykalne – zasady ogólne	22
Wstępna ocena stanu Pacjenta	23
Badanie skóry	24
Badanie głowy i szyi	25
oczy	26
jama ustna i gardło	26
nos	26
uszy	27
Badanie klatki piersiowej	27
ściana klatki piersiowej	27
płuca	28
serce	31
gruczoły sutkowe	34
Badanie brzucha	35
badanie szczegółowe (głębokie)	37
pachwiny	39
badanie <i>per retum</i>	40
gruczoł krokowy	40
Badanie obwodowego układu naczyniowego	41
tętnice	41
żyły	42
Badanie guzów	43
Badanie układu ruchu	43
stawy	43
badanie kręgosłupa i pleców	44
Badanie ortopedyczne	45
Ogólne badanie neurologiczne	48

Wywiad lekarski - profesjonalizm i komunikacja

Zbieranie wywiadu jest rozmową, która ma określony cel. Jako klinicysta, lekarz korzysta z wielu umiejętności interpersonalnych, których używa na co dzień, ale oprócz tego istnieją też istotne różnice w celach, założeniach i używanych technikach komunikacyjnych. Profesjonalne podejście do Pacjenta zakłada świadomy i ciągły rozwój kompetencji komunikacyjnych.

Na najbardziej podstawowym poziomie można wyodrębnić trzy cele rozmowy z Pacjentem: nawiązanie relacji opartej na zaufaniu i wsparciu, zebranie informacji i udzielenie informacji. Komunikacja i tworzenie terapeutycznej relacji z Pacjentem to jedna z najbardziej cenionych umiejętności klinicznych. Pozwala z jednej strony na uzyskanie informacji koniecznych do właściwego rozpoznania, uzyskanie zaufania niezbędnego do przestrzegania zaleceń, ale też sama staje się częścią procesu terapeutycznego.

Postawa wobec Pacjenta, wygląd, zachowanie.

Fundamentem profesjonalnego podejścia jest szacunek do Pacjenta.

Szacunek - to takie traktowanie Pacjenta, na jakie zasługuje istota czująca, myśląca, wolna, zdolna do decydowania o sobie;

- szacunek wyraża się w dostrzeżeniu w pacjencie istoty ludzkiej, takiej samej, jaką jest lekarz: pełnej nadziei, marzeń, trosk, lęków, posiadającej zalety oraz wady;

- okazywanie szacunku to kultura osobista, dotrzymanie obietnic przez lekarza, prawdomówność, punktualność oraz umiejętność komunikowania się z chorym.

Profesjonalizm to również wygląd i zachowanie. Lekarz obserwuje Pacjenta w trakcie wywiadu, ale jest również przez niego obserwowany. Świadomie lub nie, wysyłamy informację przez słowa, ale też wygląd i zachowanie. Należy być na ten przekaz wrażliwym i zarządzać nim, jak to tylko możliwe. Postawa, gesty, kontakt wzrokowy, ton głosu wszystko może wyrazić zainteresowanie, uwagę, akceptację i zrozumienie. Profesjonalny lekarz zbiera wywiad bez stwarzania atmosfery niecierpliwości i pośpiechu, nawet wtedy, gdy czas jest ograniczony. Reakcje, które zdradzają dezaprobatę, niecierpliwość, nudę blokują komunikację. Chociaż tych rodzajów negatywnych uczuć niekiedy nie da się uniknąć, należy dołożyć wszelkich starań, by ich nie wyrażać wobec Pacjenta.

Sam wygląd może mieć również wpływ na relacje z Pacjentem.

Czystość, schludność, klasyczny ubiór to nie tylko wyraz kultury osobistej, ale też budzi zaufanie Pacjentów. Szczegółowe zalecenia na

temat minimalnych wymagań względem ubioru znajdują się na stronie Zakładu Dydaktyki Medycznej.

Komunikacja z Pacjentem

Pierwsze chwile spotkania z Pacjentem tworzą fundament całej relacji. Zdecydowanie warto zainwestować w początek, bo będzie to procentować przez cały okres współpracy.

Wydawać się by to mogło oczywiste, że przy pierwszym spotkaniu należy się przedstawić. Praktyka jednak pokazuje, że zaskakująco często pracownicy służby zdrowia nie przedstawiają się Pacjentom. Nie jest to problem jedynie polski. Obecnie w Wielkiej Brytanii trwa kampania "Hello my name is..." zainicjowany przez Kate Granger, lekarkę i jednocześnie Pacjentkę, która jest w trakcie paliatywnego leczenia onkologicznego. Oto jej motywacja do rozpoczęcia akcji:

“Jestem lekarką, ale jednocześnie terminalnie chorą na raka Pacjentką. Podczas mojego pobytu w szpitalu, zauważyłam, że wiele osób z personelu opiekujących się mną nie przedstawiało mi się przed rozpoczęciem swoich działań. Poczułam, że to jest bardzo złe. (...) Mocno wierzę, że nie chodzi tylko o poznanie czyjegoś imienia, (...), chodzi o rozpoczęcie relacji terapeutycznej i zaufanie”

Więcej na temat akcji na stronie: <http://hellomynnameis.org.uk/>

Należy przedstawić się z imienia i nazwiska oraz określić, kim się jest i jaką rolę się pełni. Szczególnie jest to istotne w szpitalu, gdy Pacjent spotyka dziesiątki osób w białych/niebieskich/różowych fartuchach i nie zawsze orientuje się, z kim w danej chwili rozmawia i czego może oczekiwać.

Zapytaj o zgodę na przeprowadzenie wywiadu i innych działań. Oprócz tego, że jest to wymagane prawnie, wyrażenie (lub nie) zgody na działania daje Pacjentowi poczucie upodmiotowienia i kontroli nad sytuacją, zmniejsza lęk i poprawia samopoczucie.

Mowa ciała i aranżacja przestrzeni.

Rozpoczynając rozmowę z Pacjentem, wybierz odległość, która ułatwia rozmowę i dobry kontakt wzrokowy. Powinno się być wystarczająco blisko, aby stworzyć wrażenie kameralności i poufności, ale nie być nachalnym. Jeśli to możliwe, dobrze jest usiąść na takiej wysokości, żeby mieć kontakt wzrokowy z Pacjentem. Warto przesunąć lub unikać barier fizycznych oddzielających od Pacjenta, takich jak biurka lub szafki nocne.

Unikaj zamkniętej postawy ciała, takiej jak skrzyżowane ręce. Zwróć uwagę na nerwowe/mimowolne ruchy, które mogą dekoncentrować Pacjenta.

Należy unikać zbierania wywiadu w sytuacjach, które mogą tworzyć poczucie braku szacunku czy nierówności, np. z kobietą już umieszczoną na fotelu do badania ginekologicznego.

Na ile to możliwe, daj Pacjentowi swoją niepodzielną uwagę. Poza sytuacjami awaryjnymi, należy nie odbierać telefonów w trakcie rozmowy a jeżeli jest to konieczne, trzeba przeprosić za to Pacjenta.

Techniki komunikacyjne

Techniki prowadzenia rozmowy z Pacjentem są umiejętnościami, których można się świadomie uczyć i doskonalić. Pozwalają lekarzowi na aktywne słuchanie, budowanie porozumienia z Pacjentem oraz uzyskanie niezbędnych informacji do poprawnego przebiegu diagnostycznego, umożliwiające rozwiązać niejasność, wyjaśnić sprzeczność, wyeliminować dysonans, niespójność pomiędzy tym, co mówi Pacjent, a tym, co prezentuje jego zachowanie, wygląd itp.

Technika parafrazy - pozwala na weryfikację wypowiedzi Pacjenta poprzez wysłownienie ich treści w innej formule; to powtórzenie słowami lekarza, mające na celu potwierdzenie zrozumienia Pacjenta, który może uzupełnić swoją wypowiedź, uczynić ją jaśniejszą, formuły parafrazujące to np. " Z tego, co pan mi powiedział wynika, że...", "Powiedziała Pani, że.... Dobrze to zrozumiałem?"

Technika klaryfikacji - sprzyja wyłowieniu istotnego problemu czasem z chaotycznej wypowiedzi chorego np. "Proszę opowiedzieć mi o tym szczegółowo...", "Czy mogłaby pani mi to bliżej wyjaśnić...", "Czy mógłbym prosić o powtórzenie, nie wszystko zrozumiałem..."

Technika werbalizacji - polega na przekazaniu choremu negatywnych emocji, które budzi w lekarzu chory, ale w sposób umiejętny; lekarz sygnalizuje choremu, że jest zawiedziony jego postępowaniem bez zarzutów, bez obwiniania. Technika werbalizacji może sprzyjać dyscyplinowaniu Pacjenta, uświadomieniu Mu współodpowiedzialności za rezultaty leczenia, np. "Niepokoi mnie bardzo, że nadal nie stosuje pan diety", "Byłem zaskoczony, że nie przyszła Pani na umówioną wizytę".

Podsumowywanie - cykliczne podsumowywanie wypowiedzi Pacjenta podczas wywiadu jest bardzo wartościową techniką i może pełnić kilka różnych funkcji. Po pierwsze, jest to sygnał dla Pacjenta, że słuchamy go uważnie. Po drugie, pozwala nam i Pacjentowi zorientować się, co już wiemy, a czego jeszcze nie wiemy i czy poprawnie zrozumieliśmy dotychczasową historię. "Pozwoli Pan, że podsumuję to, co do tej pory

się dowiedziałem. Od 3 dni ma Pan nasilający się kaszel, z odkrztuszaniem żółtawej wydzieliny, obecny głównie w nocy, bez duszności i bólu w klatce piersiowej, bez gorączki. Czy coś jeszcze chce Pan dodać do opisu Pana głównej dolegliwości?"

Technika screeningu - często łączona z podsumowywaniem " Czy chce Pan/Pani coś jeszcze dodać" Daje przestrzeń Pacjentowi na podanie ominiętych dotychczas informacji.

Rodzaje i sposób zadawania pytań

Pytania- stanowią szkielet wywiadu, od ich umiejętnego zadawania zależy wartość diagnostyczna wypowiedzi Pacjenta.

Pytania otwarte, pozwalają Pacjentowi na swobodną wypowiedź, np. "Jak się Pan czuje?", "Co panu dolega?"

Pytania zamknięte - umożliwiają lekarzowi ukierunkować rozmowę z Pacjentem np. "Czy czuje się pani dobrze?", "Ma pani często bóle głowy?", "Kiedy był pan operowany?"

Generalnie zaczynamy wywiad od pytań otwartych i stopniowo przechodzimy do bardziej zamkniętych/konkretnych.

Pytania pogłębiające - pozwalają na uzyskanie szczegółowych informacji, zachęcają do mówienia, np. "Czy oprócz tych leków, zażywa pan jeszcze jakieś inne?", "Czy mogłaby pani powiedzieć coś więcej na ten temat?"

Pytania alternatywne - pozwalają dokonać Pacjentowi wyboru pomiędzy proponowanymi przez lekarza odpowiedziami, umożliwiając Pacjentowi odnaleźć właściwe słowa, dookreślając, różnicując, jednak mogą zawężyć odpowiedź chorego, względnie sprawiać mu trudności w dokonaniu wyboru, np. "Czy odczuwa pan ból tępy, ostry czy palący?", "Czy odczuwa pani te dolegliwości przed jedzeniem, w trakcie czy po posiłku?"

Pytania refleksyjne - sprzyjają zastanowieniu się przez Pacjenta nad informacją, którą przekazał wcześniej lekarzowi, umożliwiając modyfikację wypowiedzi, np. "Czy całą noc pani śpi niespokojnie?", "Czy od tego czasu zażywa pan mniej czy więcej leków?"

Pytania zbyteczne, czyli takie, których lekarz powinien unikać. Nie wnoszą one nowych informacji lub przekaz jest nieszczerzy albo niejasny. Należą do nich:

Pytania **sugerujące** np. "Czuje się już Pani lepiej?", "Mam wrażenie, że ograniczyła pani palenie?"

Pytania **obwiniające** np. "Dlaczego pan nadal pali?", "Dlaczego nie stosuje się pani do moich zaleceń?"

Pytania **wielocłonowe** np. "Dolegliwości już minęły? był pan na badaniach? tak jak mówiłem czy później?"

Pytania zabronione - negatywnie wprost oceniają Pacjenta, poniżają Go bądź są agresywnie formułowane, np. "Czy naprawdę jest pan tak nierozumny, że muszę powtarzać, że...?", "Dlaczego jest pani tak nierozsądna i nadal pije?"

Model diagnoza/choroba (disease/illness)

Najnowsza literatura stwierdza, że skuteczne działanie w opiece zdrowotnej wymaga nie tylko postawienia diagnozy, ale też zbadania, jakie znaczenie dla Pacjenta mają objawy i rozpoznanie, jak również wpływ choroby na jego życie. Model ten rozróżnia, a zarazem łączy w całość dwie perspektywy: biomedyczną (diagnoza/disease) i perspektywę Pacjenta (choroba/illness). Perspektywa biomedyczna, prowadzi do zbierania informacji w sposób umożliwiający postawienie diagnozy, rozpoznania medycznego. Perspektywa Pacjenta, zwana perspektywą choroby (illness), dotyczy wpływu choroby na życie Pacjenta, oraz to, jak odczuwa i interpretuje objawy. Podczas zbierania wywiadu ważne jest branie pod uwagę obu tych perspektyw.

Doświadczenie choroby przez Pacjenta może być kształtowane przez wiele czynników, w tym wcześniejsze doświadczenia osobiste lub rodzinne, wpływ objawów na codzienne życie, styl radzenia sobie ze stresem, oczekiwania dotyczące opieki zdrowotnej. Dowiedz się też, co Pacjent zrobił do tej pory, aby zmierzyć się z problemem. Wielu Pacjentów próbuje leków bez recepty, tradycyjnych środków itp., co może być nie bez wpływu na przebieg leczenia oraz współpracę z chorym. Zapytaj, jak choroba wpłynęła na styl życia Pacjenta i poziom aktywności. To pytanie jest szczególnie ważne dla Pacjentów z chorobą przewlekłą. "Czego nie może Pan/Pani zrobić teraz, w porównaniu z tym, co było możliwe wcześniej?"

"Jak Pana/Pani bóle pleców (duszność, itp.) wpływają na zdolność do pracy?", "życie w domu?", "działania społeczne?", "rolę rodzica/męża/żony? "

Pytania, które należy zadać z perspektywy biomedycznej odnośnie objawu:

Akronim mnemotechniczny **SOCRATES** =

S - site - umiejscowienie

O - onset - początek

C - characteristics - charakter

R - radiation - promieniowanie

A - associated - związek z innymi objawami

T - timing - jak objaw pojawia się w czasie?

E - exacerbating/alleviating - czynniki nasilające/łagodzące

S - severity - nasilenie

Zagadnienia składające się na perspektywę Pacjenta:

- myśli, wiedza i przekonania Pacjenta o rodzaju i przyczynie problemu,
- emocje Pacjenta, zwłaszcza obawy, czego konkretnie dotyczą,
- oczekiwania Pacjenta wobec lekarza i opieki zdrowotnej,
- wpływ tego problemu na życie i codzienne funkcjonowanie Pacjenta,
- wcześniejsze doświadczenia podobnej choroby, osobiste lub rodzinne.

Poza wszystkim, otwarcie na perspektywę, emocje i subiektywne doświadczenia Pacjenta może przynieść kluczowe informacje dla kierunku dalszej diagnostyki:

"Martwię się, że mogę mieć tętniaka aorty. Mój wujek zmarł z tego powodu "

W planowaniu postępowania i leczenia, należy brać pod uwagę obie perspektywy: biomedyczną i perspektywę Pacjenta. Nie leczymy objawów i badań laboratoryjnych, leczymy konkretnych ludzi w konkretnych sytuacjach życiowych. Skuteczne leczenie obejmuje nie tylko poznanie i wpływ na biologiczne funkcjonowania człowieka, ale też wgląd w jego postrzeganie choroby i działania najlepsze w kontekście jego oczekiwań i jakości życia.

ZBIERANIE WYWIADU – OGÓLNE ZASADY POSTĘPOWANIA

Przedstawiona poniżej lista pytań traktowana jest jako pomoc w nauce zbierania wywiadu lekarskiego. Podstawowym źródłem informacji na ten temat powinny być odpowiednie opracowania podręcznikowe.

Poniższa lista pytań dotyczy badania ogólnego, niespecjalistycznego.

Istotne jest wyjaśnienie Pacjentowi, że zadamy szereg pytań często pozornie niezwiązanych z problemem, z którym się zgłasza. Należy wyjaśnić przyczyny, dla których stawiamy te pytania

(np. aby otrzymać pełny obraz stanu zdrowia).

Zalecana struktura wywiadu:

Wprowadzenie do zbierania wywiadu

Główne dolegliwości / skargi

Początek i przebieg choroby

Dolegliwości ze strony innych układów i narządów

Leki, alergie

Czynności fizjologiczne i aspekty psychologiczne

Używki

Przebyte choroby, hospitalizacje, operacje

Wywiad środowiskowy

Wywiad rodzinny

WPROWADZENIE DO ZBIERANIA WYWIADU

Przedstaw się i przywitaj z Pacjentem

Twoje imię i nazwisko, Twój status zawodowy

Wyjaśnij cel rozmowy z Pacjentem

Zbierz i zanotuj dane osobowe Pacjenta *

Imię i nazwisko, data urodzenia,
miejsce zamieszkania, stan cywilny, zawód

Ustal okoliczności zgłoszenia się Pacjenta

- jaki jest cel jego wizyty (np. dolegliwości, potrzeba uzyskania recepty na leki zażywane przewlekłe, uzyskanie zaświadczenia lekarskiego itp.)

Zapoznaj się z dokumentacją medyczną Pacjenta.

* W zależności od miejsca (instytucji), w której zbierany jest wywiad mogą być potrzebne jeszcze dodatkowe informacje np. przy zbieraniu wywiadu w szpitalu należy zapytać o skierowanie od innego lekarza, nr PESEL Pacjenta, adres osoby upoważnionej (członka rodziny lub innej

osoby), którą należy/można poinformować o stanie zdrowia Pacjenta i umożliwić wgląd w dokumentację medyczną itp.

GŁÓWNE DOLEGLIWOŚCI

*W tej fazie wywiadu powinno się zadawać pytania pozwalające scharakteryzować **główną dolegliwość, to znaczy tę, która bezpośrednio spowodowała zgłoszenie się do lekarza.***

Jeżeli Pacjent zgłasza więcej niż jedną dolegliwość, zadaj pytania oddzielnie dla każdego objawu.

*Podsumuj **na głos** uzyskane dane, daj Pacjentowi możliwość ich uzupełnienia lub skorygowania.*

Następnie możesz przejść do określenia aktualnego stanu zdrowia Pacjenta i zebrać informacje dotyczące innych układów.

Charakterystyka głównych dolegliwości / skarg

- rodzaj

(ból, duszność, kaszel, biegunka itp.)

- natężenie

(opisowo lub wg odpowiedniej skali)

- umiejscowienie i ew. promieniowanie (np. bólu), lokalizacja obecnie i wcześniej,

- początek obecnie występujących dolegliwości (czas trwania)

- czynniki wywołujące / nasilające / łagodzące, (np. zmiana pozycji ciała, odpoczynek itp. w tym również stosowane obecnie leki, zabiegi i ich skuteczność)

- dolegliwości współistniejące

W oparciu o uzyskane informacje postaraj się sformułować hipotezy robocze, które sprawdzisz zadając kolejne pytania.

Jeżeli podejrzewasz schorzenie określonego układu zadaj wszystkie dodatkowe pytania związane z tym układem (patrz dalej)

Elementy zaznaczone **łustym drukiem** powinny być uwzględnione w każdym wywiadzie, pozostałe pytania wynikają z kontekstu i odpowiedzi udzielanych przez Pacjenta.

POCZĄTEK I DOTYCHCZASOWY PRZEBIEG CHOROBY

- **dotychczasowe występowanie podobnych objawów** (kiedykolwiek wcześniej)
- **pojawienie się nagle i/lub stopniowe narastanie dolegliwości**
- **zależność od pory dnia, roku** (cykliczne nawracanie dolegliwości)
- **stosowane uprzednio leczenie czy postępowanie i jego skuteczność**

DOLEGLIWOŚCI ZWIĄZANE Z OKREŚLONYMI UKŁADAMI

W pierwszej kolejności zadaj pytania związane z układem, którego dotyczą skargi Pacjenta. Potem zapytaj (w skrócie) o dolegliwości z zakresu innych układów, poszerzając listę pytań w zależności od uzyskanych odpowiedzi. Pewne pytania (np. z zakresu wywiadu ginekologicznego u kobiety) muszą być zadane zawsze.

UKŁAD KRAŻENIA

Jeżeli Pacjent zgłasza dolegliwości z zakresu układu krążenia, zapytaj o:

1. **bóle w klatce piersiowej**, za mostkiem – charakter (uciskanie, pieczenie, ból przeszywający, ból o nieokreślonym charakterze itp.), natężenie i promieniowanie bólu, jego czas trwania i ustępowania, czynniki wywołujące, łagodzące (w tym koniecznie zapytaj o reakcję na nitroglicerynę), dolegliwości współistniejące
2. **uczucie kołatania serca**, czynniki wywołujące, jak często, czy regularnie

(być może Pacjent potrafi naśladować rytm np. poprzez wystukanie go na stole)

3. **duszność wysiłkowa** (spróbuj określić wielkość wysiłku wywołującego duszność, np. poprzez określenie ekwiwalentu wysiłku wyrażonego liczbą schodów lub pięter, po pokonaniu których, w opinii chorego, pojawi się duszność), spoczynkowa, czas trwania;

*stopień nasilenia bólu w klatce piersiowej oraz duszności opisuje się za pomocą skal (**CCS, NYHA**);

częstość oddawania moczu w nocy (początek nocy, czy nad ranem)

obrzęk wokół kostek, na podudziach (rano lub wieczór, upalne dni)

bóle łydek podczas chodzenia, maksymalny dystans chodzenia, czas trwania bólu po odpoczynku

potrzeba przyjmowania określonej pozycji

zaburzenia oddychania w czasie snu

żylaki podudzi

zimne dłonie lub stopy (bładość, sinica, zaczerwienienie)

zawroty głowy, zasłabnięcia, omdlenia, przy zmianie pozycji - szczególnie przy zmianie pozycji z leżącej na siedzącą lub stojącą (zaburzenia ortostatyczne),

zapytaj również o: ewentualny zawał serca w przeszłości, nadciśnienie tętnicze (maksymalną wartość ciśnienia tętniczego w przeszłości), zaburzenia rytmu serca, rozpoznane wady zastawek serca.

* Na koniec zapytaj czy Pacjent był badany w związku z powyższymi dolegliwościami lub zażywa związane z tym leki?

UKŁAD ODDECHOWY

Jeżeli Pacjent zgłasza dolegliwości z zakresu układu oddechowego, zapytaj o:

duszność - wysiłkowa, w spoczynku (*patrz także ukł. krążenia*)

kaszel - suchy/wilgotny , **odkrztuszanie plwociny**:

zabarwienie, ilość, obecność krwi

świsty przy oddychaniu

ból podczas oddychania (lokalizacja)

ból gardła, chrypka

ból uszu

palenie papierosów

**podobne dolegliwości występujące u współmieszkańców
zwierzęta domowe, klimatyzacja**

zapytaj również o: występowanie w przeszłości astmy,
zapalenia zatok, oskrzeli, płuc, gruźlicy, uczuleń / alergii:
egzemy, kataru siennego, polipów w nosie.

UKŁAD POKARMOWY

Jeżeli Pacjent zgłasza dolegliwości z zakresu układu
pokarmowego,
zapytaj o:

- **problemy związane z żuciem pokarmu**, zęby, język, dziąsła
- **problemy przy jedzeniu, dieta, apetyt**, nietolerancja posiłków
- **problemy z przelknięciem i pasażem pokarmu**, zwracanie pokarmu
- **zgaga, odbijanie**, bóle za mostkiem, wydzielanie śliny, ból przy pochylaniu się, uczucie pełności po posiłku
- **nudności, wymioty**: częstość, objętość, treść (pokarmowa, zalegająca, kałowa), wymioty krwią (krwiste, fusowate, treść pokarmowa z domieszką krwi)
- **ból lub uczucie dyskomfortu w jamie brzusznej** - lokalizacja, promieniowanie, związek z pokarmem, z oddawaniem moczu, stolca, z menstruacją
- **wzdęcie brzucha**, zatrzymanie wiatrów, powiększenie obwodu brzucha
- **stolec: częstość** oddawania (biegunka /zaparcie)
konsystencja twardy, miękki, wodnisty, tłuszczowy, ołówkowaty
objętość, zabarwienie, zapach
obecność krwi (świeżej krwi, na stolcu lub w stolcu), stolec smolisty, obecność **ropy lub śluzu**, pasożytów

parcie na stolec z oddaniem stolca lub bez
bóle (przed, w czasie i po defekacji)
nietrzymanie stolca, uczucie niepełnego wypróżnienia

- **rozpoznane żylaki odbytu** (tzw. guzki krwawnicze, hemoroidy)

zapytaj również o: operacje jamy brzusznej, zapalenia wątroby (WZW [wirusowe zapalenie wątroby] typu A/B/C/D, czy występowanie żółtaczk w przeszłości), chorobę wrzodową żołądka i(lub) dwunastnicy (leczenie, eradykacja *Helicobacter pylori*).

UKŁAD MOCZOWY

Jeżeli Pacjent zgłasza dolegliwości z zakresu układu moczowego,
zapytaj o:

- **oddawanie moczu (mikcja):** częstość mikcji, objętość moczu,

oddawanie moczu w nocy,

- **ból lub pieczenie** przy oddawaniu moczu:

przed, w czasie lub po mikcji,

oddawanie moczu kroplami, zmniejszenie średnicy strumienia moczu, zmniejszenie szybkości wypływu strumienia moczu, parcie na mocz, trudność w rozpoczęciu oddawania moczu, nietrzymanie moczu,

- **uczucie niepełnego opróżnienia pęcherza po mikcji**

- **zabarwienie i wygląd moczu** (przejrzysty lub mętny)

zapytaj również o: zapalenia pęcherza moczowego, odmiedniczkowe zapalenie nerek, operacje, kamice nerkową

Niezależnie od zgłaszanych dolegliwości.

- wszystkie Pacjentki po 55 r. życia zapytaj o ewentualne nietrzymanie moczu

- wszystkich Pacjentów po 55 r. życia zapytaj o ewentualne trudności związane z oddawaniem moczu (p. wyżej)

ŻEŃSKI UKŁAD ROZRODCZY

Pytania dotyczące tego układu **zadaje się każdej Pacjencie** bez względu na zgłoszone dolegliwości (tzw. wywiad ginekologiczny przeprowadzany przez każdego lekarza)

- **menstruacja**
 - pierwsza (wiek)**
 - czas trwania krwawienia, regularność**
 - bóle podczas menstruacji**
 - obfitość krwawienia**

data ostatniej menstruacji

krwawienie międzymiesiączkowe

wiek ustania krwawień miesięcznych,

krwawienie pomenopauzalne

dolegliwości związane z okresem pomenopauzalnym

(„uderzenia gorąca” itp.)

badanie ginekologiczne, cytologiczne (jak często, kiedy ostatnie)

ciąże

przebieg ciąży, towarzyszące patologie

liczba porodów

liczba poronień

stosowanie leków antykoncepcyjnych

operacje

Dodatkowe pytania wchodzą w skład wywiadu specjalistycznego przeprowadzanego w gabinecie ginekologa/seksuologa

- **upławy** wygląd, zabarwienie, zapach, ilość, towarzyszący świąd
- **życie seksualne:** satysfakcja, problemy lub zmiany, bóle w trakcie stosunku, utrata libido, vaginismus, problemy z osiągnięciem orgazmu (kiedy?, pierwotne czy wtórne?), **antykoncepcja,**

zabezpieczenie przed chorobami przenoszonymi drogą płciową,
krwawienie po stosunkach płciowych,
molestowanie seksualne *(tylko gdy istnieją uzasadnione powody aby je podejrzewać)*

MĘSKI UKŁAD ROZRODCZY

Jeżeli Pacjent zgłasza dolegliwości z zakresu układu rozrodczego,
zapytaj o:

wyciek z cewki moczowej wygląd, zabarwienie, zapach, ilość, świąd

- **obrzęki/guzki w okolicy pachwiny, w obrębie moszny**

Dodatkowe pytania wchodzą w skład wywiadu specjalistycznego przeprowadzanego w gabinecie androloga/seksuologa

życie seksualne: satysfakcja, problemy lub zmiany, ból w trakcie stosunku, utrata libido

zaburzenia wzwodu, problemy z osiągnięciem orgazmu
(kiedy?, pierwotne czy wtórne?)

zabezpieczenie przed chorobami przenoszonymi drogą płciową

molestowanie seksualne *(tylko, gdy istnieją uzasadnione powody, aby je podejrzewać)*

zapytaj również o: choroby przenoszone drogą płciową (chlamydia, rzeżączka, kiła), operacje (przepukliny pachwinowe, jąder), zaburzenia w oddawaniu moczu *(patrz ukł. moczowy)*

UKŁAD RUCHU

Jeżeli Pacjent zgłasza dolegliwości z zakresu układu ruchu, zapytaj o:

- **stawy: rozpoznane zapalenia, ból przy zapoczątkowaniu ruchu,**
poranna sztywność stawów, zmiany dolegliwości w ciągu doby
- **mięśnie: bóle mięśniowe, osłabienie,** cykliczność objawów, porażenie
- **kręgosłup: bóle** (promieniowanie bólu, nasilenie w czasie chodzenia, w pozycji stojącej, przy siedzeniu lub przy ruchach)
- **samoistne złamania**

zapytaj również o: urazy, złamania, operacje, rozpoznanie reumatoidalnego zapalenia stawów, ewent. rozpoznanie choroby zwyrodnieniowej stawów, osteoporozy

UKŁAD NERWOWY

Jeżeli Pacjent zgłasza dolegliwości z zakresu układu nerwowego, zapytaj o:

problemy dotyczące czytania, liczenia, pisania, mowy
zaburzenia pamięci

ból głowy: lokalizacja i charakter (pulsujący, ucisk, kłujący),
pora doby występowania bólu głowy (charakterystyczne dla guzów CSN bóle poranne z porannymi wymiotami),
dodatkowe objawy podmiotowe i przedmiotowe : nudności,
wymioty, rozbłyki światła

zawroty głowy, omdlenia lub uczucie omdlewania, tendencja do upadku

napadowa senność, śpiączka

urazy głowy

czucie: obniżenie czucia w kończynach górnych lub dolnych,
mrowienie w dłoniach lub stopach (drętwienie)

funkcje ruchowe: niedowład, porażenie kończyn dolnych lub górnych

zmysły: wzrok (ostrość wzroku, widzenie w ciemności, plamki, podwójne widzenie, pieczenie oczu, soczewki kontaktowe lub okulary)

słuch (szумы), **smak, węch**

zapytaj również o: występowanie drgawek, utratę przytomności, urazów głowy, nadużywanie alkoholu, substancji psychoaktywnych.

LEKI, ALERGIE

Zażywane leki

nazwa, dawka, od kiedy, kto przepisał

leki antykoncepcyjne

leki kupowane bez recepty - leki uspokajające, przeciwbólowe, przeczyszczające, inne

Alergie

- na leki (w tym antybiotyki)
- na materiały opatrunkowe, antyseptyki, substancje zawierające jod
- inne zidentyfikowane czynniki (pyłki, kurz)
- **objawy alergii** (czy alergia objawiała się np. biegunką i bólem brzucha czy wstrząsem)

UWAGA: Jeśli Pacjent jest uczulony na leki, należy zapisać to na pierwszej stronie historii choroby.

CZYNNOŚCI FIZJOLOGICZNE I ASPEKTY PSYCHOLOGICZNE

Po zebraniu wywiadu dotyczącego głównych dolegliwości zapytaj o czynności fizjologiczne, a także ewent. inne objawy (jeżeli nie zostały uwzględnione wcześniej w wywiadzie)

1. **aktywność codzienna, ograniczenie aktywności**
2. **zmęczenie bez określonej przyczyny**
3. **jakość snu, chrapanie**
4. **zmiany ciężaru ciała** (w jakim czasie), **zmiana apetytu**
5. **zmiany wyglądu zauważone przez Pacjenta lub osoby z otoczenia:** bladość, zażółcenie, porost włosów, łysienie, zmiana rozkładu tkanki tłuszczowej itp.

6. **spowolnienie, uczucie zimna lub ciepła**
7. **gorączka, dreszcze, poty nocne** (potrzeba zmiany pościeli)
8. samoistne **krwawienia** (z nosa, dziąseł, do stawów), **siniaki**
9. **świąd skóry** (gdzie?, kiedy?)
10. **nadmierne i/lub zbyt częste oddawanie moczu**,
oddawanie moczu w nocy,
wzmoczone przyjmowanie napojów, **uczucie pragnienia**
regularność oddawania stolca, krew lub śluz w stolcu

**W zakresie aspektów psychologicznych -
zadaj pytania o:**

1. zmiany nastroju: obniżony, podwyższony
2. zmiany emocji: nerwowość
3. zaburzenia orientacji i uwagi, apatia, spowolnienie
4. kłopoty i trudności, traumatyczne wydarzenia w życiu
5. częste konflikty w rodzinie
6. konflikty w pracy
7. usposobienie współmałżonka (rodziców)
8. rodzeństwo (kolejność urodzeń)
9. ogólna satysfakcja z życia

UŻYWKI

1. papierosy - czy Pacjent pali (ile sztuk, od kiedy, kiedy przestał?)
2. alkohol - ile dziennie?
 - narkotyki i substancje psychoaktywne -jakie?, jak często?, ile?

CHOROBY PRZEBYTE

pobyty w szpitalu - przyczyny, gdzie?, kiedy?

zabiegi chirurgiczne - jakie?, kiedy?, gdzie?, usuwanie zębów

przebyte choroby (szczególnie zakaźne, gruźlica)

poprzednie leczenie u innego lekarza z jakiego powodu?,
kiedy?, u kogo?

pobyty w innych krajach zwłaszcza tropikalnych (jeżeli
można podejrzewać związek z obecnymi dolegliwościami)

WYWIAD ŚRODOWISKOWY

- **praca** – aktualna lub poprzednia (**narażenie na czynniki szkodliwe w pracy**)
- **warunki mieszkaniowe**- o ile odpowiedź na pytanie będzie mieć znaczenie w postępowaniu klinicznym (urządzenia sanitarne, obecność windy w bloku)
- **zawód współmałżonka** (jeżeli ma znaczenie w procesie diagnostycznym), aktualne zatrudnienie

WYWIAD RODZINNY

- **choroby występujące w rodzinie** (szczególnie u krewnych pierwszego stopnia)
choroby układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienie tętnicze,
nowotwory, przewlekłe choroby płuc, cukrzyca,
choroby nerek, choroby tarczycy, inne
- **przyczyna śmierci rodziców i krewnych pierwszego stopnia** (jeśli informacja ta może być istotna dla oceny sytuacji Pacjenta)

**Na koniec zapytaj Pacjenta, czy chce jeszcze uzupełnić wywiad o dodatkowe informacje. Jeżeli nie, rozpocznij badanie przedmiotowe.*

BADANIE FIZYKALNE – ZASADY OGÓLNE

Kolejny rozdział daje ogólny pogląd na badanie fizykalne.

Po krótkim podsumowaniu wywiadu lekarskiego wyjaśnij

Pacjentowi, co obejmuje badanie.

Niektóre jego elementy mają na celu ustalenie rozpoznania lub

stopnia zaawansowania choroby. Inne, jeśli nie są

bezpośrednio związane z obecnym stanem zdrowia, służą

wykrywaniu chorób we wczesnym stadium ich rozwoju.

Przykładowo Pacjent z bólem palucha nie będzie rozumiał,

dłaczego osłuchujesz jego płuca.

Zwróć uwagę, że badanie fizykalne każdej okolicy, narządu, układu składa się w mniejszym lub większym stopniu z:

- **oglądania**
- **obmacywania (badania dotykiem, palpacji)**
- **opukiwania**
- **osłuchiwania**

Na podstawie badania fizykalnego i określenia **czynności układu nerwowego, wydolności układu oddechowego oraz krążenia** można określić tzw. **ogólny stan chorego** (dobry, dość dobry, średni, ciężki, bardzo ciężki)

Ogólne badanie fizykalne obejmuje:

1. Wstępną ocenę stanu Pacjenta
2. Badanie skóry
3. Badanie głowy i szyi (w tym: gruczołu tarczowego, oczu, jamy ustnej, gardła, nosa, uszu)
4. Badanie klatki piersiowej (badanie ścian klatki piersiowej, płuc, serca, gruczołu sutkowego)
5. Badanie brzucha (badanie narządów jamy brzusznej, pachwin, badanie *per rectum*, badanie gruczołu krokowego)
6. Badanie obwodowego układu naczyniowego (badanie tętnic, żył)
7. Badanie guzów
8. Badanie układu ruchu (kości, stawy, mięśnie)
9. Ogólne badanie neurologiczne

WSTĘPNA OCENA STANU PACJENTA

Określ:

pleć i wiek (szacunkowy wiek biologiczny jeśli nie ma danych z wywiadu)

stan przytomności (przytomny, spowolniały, przytomny, ale bez kontaktu, nieprzytomny); **orientacja** co do czasu, miejsca, osoby, **zachowanie**, nastrój, stosunek do ludzi i otoczenia, higiena osobista, ubranie (np. zaniedbany), wyraz twarzy (twarz maskowata, wyraz przygnębienia, wesołkowatość).*

czy Pacjent oddycha i czy zachowana jest akcja serca – jeżeli nie oddycha i(lub) brak akcji serca, lub jeżeli jest nieprzytomny - Pacjent wymaga pomocy w trybie natychmiastowym.

wygląd: nieprawidłowa postawa, proporcje ciała, rozwój seksualny (głos, piersi, owłosienie), aktywność ruchowa, ruchy (nadmierne, spowolnienie, drżenia)

stan odżywienia otyłość, wyniszczenie, rozmieszczenie tkanki tłuszczowej

zabarwienie skóry i błon śluzowych (wargi, dłonie): bladość, zaczerwienienie, **sinica, żółtaczka**

dusznosc (*zauważ, że jest to objaw subiektywny*) widoczne obrzęki, zranienia, plamy skórne

wzrost, ciężar ciała, temperatura ciała

* patrz również: Ogólne badanie neurologiczne

BADANIE SKÓRY

Należy uważnie obejrzeć całą dostępną badaniu powierzchnię skóry (w tym również owłosioną skórę głowy), zwracając szczególną uwagę na naturalne fałdy skórne oraz miejsca, gdzie dwie powierzchnie skóry przylegają do siebie (np. między palcami stóp).

Oceń:

- **zabarwienie** (bladość, sinica, zaczerwienienie, ocieplenie, wilgotność, sprężystość [napięcie – fałd skórny], zmiany skórne, blizny, wykwity, owrzodzenia, guzy, znamiona brawnikowe)
- **zmiany naczyniowe**
- **stan włosów i paznokci** (grzybica, zanokcica, paznokcie z pałeczkowatością palców, paznokcie typu szkiełka zegarkowego, łamliwość)
- **obecność obrzęków, blizn, guzków -- zbadaj je palpacyjnie i określ wielkość, lokalizację, konsystencję, ew. chęłbotanie, bolesność i tkliwość, barwę, ruchomość względem podłoża.**

Błony śluzowe

- **zabarwienie**
- **wilgotność**

BADANIE GŁOWY I SZYI

Oglądanie

- **kształt**
- **symetria i zakres ruchów**
- **obecność wola** (także podczas przełykania)
- **obrzęki**
- **wypełnienie żył szyjnych**

Obmacywanie

- **tętnice skroniowe** pulsowanie, elastyczność, bolesność
- **zatoki** czołowe, szczękowe, bolesność
- **chrząstka tarczowata krtani i początkowy odcinek tchawicy** - odchylenie od linii środkowej
- **gruczoł tarczowy** (badanie prowadzone jednoręcznie oraz dwuręcznie, w tym oburęcznie z za pleców Pacjenta. W czasie badania Pacjent utrzymuje głowę w pozycji neutralnej, a następnie odchyła ją ku tyłowi. Ruchomość oraz konsystencję gruczołu tarczowego oceniamy wydając Pacjentowi polecenie przełykania w czasie palpacji; należy opisać cechy gruczołu tarczowego, ew. obecność guzków, bolesności, tkliwości itp.)
- **tętnice szyjne** tętnienie (*UWAGA: badanie zawsze prowadź jednostronnie!!! kolejno po obu stronach*),
- **węzły chłonne** *opisz wszystkie badane grupy węzłów chłonnych*
 - przeduszne
 - zauszne
 - potyliczne
 - migdałkowe
 - podżuchwowe
 - podbródkowe
 - szyjne powierzchowne
 - szyjne tylne (karkowe)
 - szyjne głębokie
 - nadobojczykowe
 - podobojczykowe

Osluchiwanie

okolicy gruczołu tarczowego i naczyń szyjnych

OCZY

Oglądanie

okulary/soczewki kontaktowe

szczeliny powiek

- **wytrzeszcz**
- **spojówka i twardówka** zabarwienie, rąbek starczy na rogówce
- **żrenice**
 - kształt
 - symetria
 - reakcja na światło -- bezpośrednia, konsensualna
 - reakcja na zbieżność
- **ruchomość gałek ocznych**
- **pole widzenia**

Badanie oftalmoskopowe (gdy wskazane)

JAMA USTNA I GARDŁO

Oglądanie

przedsionek jamy ustnej, stan uzębienia, ujścia ślinianek, język, (wielkość, zabarwienie, struktura, brzegi: leukoplakia, owrzodzenia, ruchomość), **języczek, łuki podniebienne, migdałki i tylna ściana gardła**

zapach z ust

Obmacywanie

migdałki (przy użyciu szpatułki) *delikatnie uciśnij migdałki, obserwuj okolicę ujścia krypt migdałków*

NOS

Oglądanie

symetria

gra skrzydełek nosa (u Pacjenta z dusznością)

ew. rodzaj wydzieliny

Oceń drożność nosa.

USZY

Oglądanie

ucho zewnętrzne małżowina uszna, ujście przewodu słuchowego zewnętrznego, ew. rodzaj wydzieliny, ciała obce
badanie otoskopowe przewodu słuchowego zewnętrznego oraz błony bębenkowej

Obmacywanie

skrawek i przeciwskrawek małżowiny usznej, **wyrostek sutkowaty**

Dokonaj orientacyjnego badania słuchu (*patrz także: Badanie neurologiczne*)

Próby stroikowe - Webera, Rinnego

BADANIE KLATKI PIERSIOWEJ

ŚCIANA KLATKI PIERSIOWEJ

Oglądanie

Kształt klatki piersiowej

Kości: mostek, liczenie żeber, pozycja kręgosłupa, przestrzenie międzyżebrowe, symetria barków

symetria w spoczynku, przy ruchach

zakres i symetria ruchów oddechowych

wymiar przednio-tylny klatki piersiowej

kąt między łukami żebrowymi

guzy, obrzęki

Obmacywanie

cała powierzchnia klatki, szczególnie przyczepy żeber do mostka (bolesność)

badanie przewodzenia drżenia głosowego (badanie prowadzone symetrycznie [jednocześnie po obu stronach klatki piersiowej], całą powierzchnią dłoni, nad okolicami, w których osłuchuje się płuca poprzez delikatne umieszczenie dłoni na klatce piersiowej w czasie gdy Pacjent powtarza określony wyraz lub zdanie (np. czterdzieści cztery). W czasie fonacji na powierzchni klatki piersiowej powinno być wyraźnie wyczuwalne drżenie.

PŁUCA

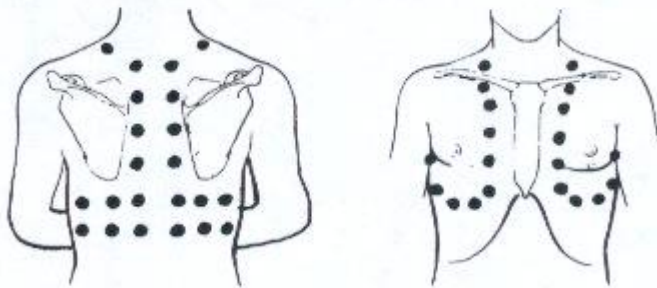
Oglądanie

- **częstość oddechu** (*nie mów Pacjentowi, że ją liczysz*)
- **typ oddychania i tor oddechu** piersiowy lub brzuszny, głębokie lub płytkie, regularność, oddychanie w charakterystyczny sposób (np. przez „zasznurowane” usta)

duszność w czasie mówienia, w pozycji leżącej, siedzącej
praca dodatkowych mięśni oddechowych, stabilizacja obręczy barkowej przy oddychaniu (*Pacjent podpira się, co umożliwia skuteczniejszą pracę dodatkowych mięśni oddechowych*), zaciąganie przestrzeni międzyżebrowych.

Opukiwanie

Zapamiętaj: opukiwanie należy wykonywać w odstępach około 3 cm; nad całymi polami płucnymi powinien być odgłos opukowy jawny (nie stłumiony).



Porównaj odgłosy opukowe uzyskane symetrycznie w następujących okolicach po prawej i lewej stronie:

strona grzbietowa

nadłopatkowo

przykręgosłupowo (międzyłopatkowo)

podłopatkowo (od linii kręgosłupowej do linii pachowej środkowej na 2 lub 3 poziomach)

strona brzuszna

nadobojczykowo (opukiwanie szczytów płuc)

podobojczykowo

przymostkowo

podstawy płuc: od linii środkowej przedniej do linii pachowej środkowej na 2 lub 3 poziomach

w linii pachowej środkowej od podstawy do szczytu pachy

Badanie ruchomości oddechowej przepony

(to znaczy określenie zmiany wysokości dolnej granicy płuc przy opukiwaniu po stronie prawej i lewej w czasie maksymalnego wdechu i wydechu). Wynik zaznacz na skórze i zmierz ruchomość w centymetrach.

po stronie grzbietowej: badanie w linii łopatkowej, w pozycji siedzącej lub stojącej, podczas maksymalnego wdechu i maksymalnego wydechu (należy wydać choremu polecenie wstrzymania oddechu); **wynik opisz w odniesieniu do poziomu kręgow)**

po stronie brzusznej: badanie w linii środkowo obojczykowej prawej, w pozycji leżącej na wznak (określa górną granicę stłumienia wątrobowego); wynik opisz w odniesieniu do przestrzeni międzyżebrowych)

Osluchiwanie

Miejsca osłuchiwania są identyczne jak miejsca opukiwania. Poproś Pacjenta, aby oddychał przez otwarte usta, nieco głębiej niż zazwyczaj.

- szmery oddechowe
- symetria
- charakter

Szmery oddechowe podstawowe:

- pęcherzykowy
- oskrzelowo-pęcherzykowy
- oskrzelowy
- tchawiczy

Szmery oddechowe dodatkowe:

1) rżenia

(niedźwięczne, krótkie [$<0,25$ s], przerywane szmery oddechowe, wywoływane przez nagłe wyrównanie ciśnienia gazów pomiędzy dwoma obszarami płucnymi; powstają podczas otwarcia wcześniej zamkniętych małych dróg oddechowych):

a) drobnobańkowe, tzw. TRZESZCZENIA (o wyższej częstotliwości) – przyczyny: zapalenie płuc, obrzęk płuc,

włóknienie płuc i in. (brzmia podobnie do dźwięku powstałego przez pocieranie włosów między palcami)

b) grubobańkowe (o niskiej częstotliwości) – przyczyny: np. rozstrzenie oskrzeli

2) świsty i furczenia

– dźwięczne szmery o charakterze ciągłym (>0,25 s), o częstotliwości wysokiej (świsty) lub niskiej (furczenia).

ŚWISTY (dźwięki o charakterze syczącym, świszczącym) powstają wskutek turbulentnego przepływu powietrza przez zwężone drogi oddechowe;

FURCZENIA wynikają głównie z obecności wydzieliny w drogach oddechowych.

a) świsty wdechowe – wskutek zwężenia dróg oddechowych położonych poza klatką piersiową; przyczyny: np. porażenie strun głosowych, zmiany zapalne krtani i tchawicy, ucisk na tchawicę z zewnątrz, ciało obce. STRIDOR jest szczególnie głośnym tonem o stałej częstotliwości; wskazuje na obturację krtani lub tchawicy, występuje też w dysfunkcji fałdów głosowych i wymaga wówczas różnicowania z astmą.

b) świsty wydechowe – zwężenie dróg oddechowych leżących wewnątrz klatki piersiowej; przyczyny: np. astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli, POChP, zachłyśnięcie treścią pokarmową, rzadziej zatorowość płucna, niewydolność serca

3) tarcie opłucnowe.

- **słyszalność:** szmery

- prawidłowe
- nadmierne
- ściszone
- zniesione

- **relacja do fazy oddechu** (wdech /wydech)

- **ich umiejscowienie**

- **ciągłość**

- **zanikanie lub zmiana charakterystyki po kaszlu lub oklepywaniu**

SERCE

Zwróć uwagę na występowanie:

1. duszności (w spoczynku i /lub w czasie wysiłku)
2. kaszlu
3. bladości lub sinicy
4. słyszalnych tonów serca (sztuczne zastawki lub szmery)

Oglądanie

Okolica serca i dużych naczyń:

tętnienie na powierzchni klatki piersiowej w okolicy serca i dużych naczyń

uderzenie koniuszkowe i dołek podsercowy

tętnienie w innych okolicach klatki piersiowej lub szyi

Obmacywanie

okolicy przedsercowej (całymi dłońmi)

uderzenie koniuszkowe (badanie dłonią i opuszką palca)

umiejscowienie - u Pacjenta leżącego (typowo V międzyżebrze w okolicy linii środkowo-obojęczykowej lub nieznacznie przyśrodkowo od niej)

inne cechy (najlepiej oceniać w ułożeniu częściowo lewo-bocznym)

średnica (1-2 cm)

amplituda (mała, jak delikatne klaśnięcie)

czas trwania (pierwsze dwie trzecie

skurczu)

- **tętnienie w innych okolicach klatki piersiowej lub szyi**

impuls prawej komory (okolica pod wyrostkiem mieczykowatym mostka - badamy **delikatnie** wsuwając palce pod wyrostek mieczykowaty)

- **tętno na tętnicach szyjnych** tętnienie, szmery

Pamiętaj nigdy nie uciskaj obu tętnic szyjnych równocześnie (możliwość wywołania odruchu z zatoki szyjnej), badaj tętno opuszkami 3 palców

Opukiwanie

- **lewa granica serca**, talia serca (opukuj kolejno od góry i lewej strony, posuwając się skośnie ku dołowi i stronie prawej)
- **na podstawie powyższych wyników postaraj się określić wielkość serca**

Osluchiwanie

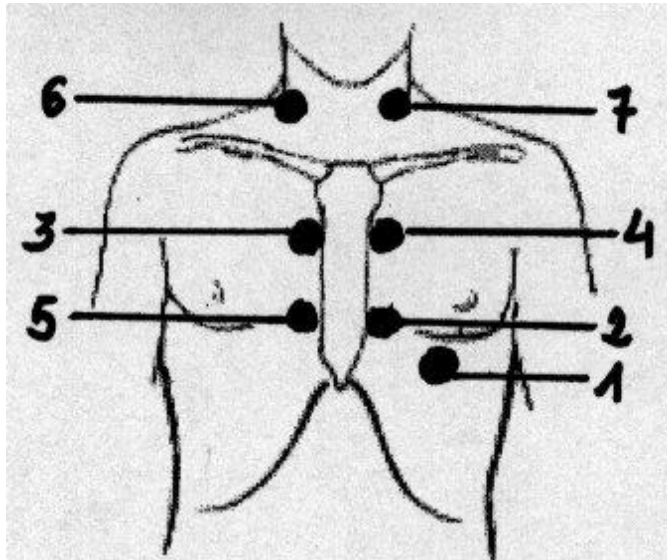
(Używaj zarówno lejka, jak i membrany słuchawek)
Wyczuwaj tętno na tętnicy szyjnej ew. promieniowej przy osłuchiwaniu serca dla łatwiejszego odróżnienia fazy skurczowej od rozkurczowej.

Pacjent w pozycji siedzącej:

osłuchuj:

- **w okolicy koniuszka** zastawka mitralna
- **w czwartej przestrzeni międzyżebrowej przymostkowo po stronie lewej (p. Erba)**
zastawka mitralna i trójdzielna
- **w drugiej przestrzeni międzyżebrowej przymostkowo po stronie prawej**
zastawka aortalna
- **w drugiej przestrzeni międzyżebrowej przymostkowo po stronie lewej**
zastawka płucna
- **w czwartej przestrzeni międzyżebrowej przymostkowo po stronie prawej**
zastawka trójdzielna

*zastawkę trójdzielną osłuchujemy w IV PMŻ po stronie lewej, może być słyszalna również w IV PMŻ po stronie prawej



- **tętnice szyjne***

** Dla lepszej słyszalności poproś, aby Pacjent dokonał całkowitego wydechu i wstrzymał na krótko oddech. Zapamiętaj: okresowo rób przerwy w osłuchiwaniu, aby pozwolić Pacjentowi na oddychanie*

Pacjent w pozycji siedzącej, pochylony do przodu osłuchuj:

- **w trzeciej i czwartej przestrzeni międzyżebrowej, przymostkowo po stronie lewej (niedomykalność zastawki aortalnej)**

Pacjent leżący w pozycji częściowo lewo-bocznej,

- **w okolicy koniuszka (zwężenie zastawki mitralnej, niedomykalność aortalna, trzeci i czwarty ton serca) w drugiej przestrzeni międzyżebrowej przymostkowo po stronie prawej, nad tętnicami szyjnymi (zwężenie zastawki aortalnej)**

Zwróć uwagę na:

- **rytm**
regularność- jeżeli nieregularny, czy można określić pewien wzorzec?
 czy nieregularność zmienia się wraz z oddychaniem?
 czy rytm jest całkowicie nieregularny?

- **tony serca podstawowe**

- rozróżnienie pierwszego (skurczowego) i drugiego (rozkurczowego) tonu serca (badanie tętna)
- głośność pierwszego tonu serca
- głośność drugiego tonu serca
- rozdwojenie drugiego tonu serca
 - w której fazie cyklu oddechowego słyszysz rozdwojenie?
 - czy jest rozdwojenie paradoksalne?

- **tony dodatkowe**

trzeci i czwarty ton, klik i ton kłapiący

- **szmery skurczowe lub rozkurczowe**

- głośność (ocena w skali 6-punktowej Lewina)
- umiejscowienie największej głośności szmeru
- promieniowanie (przenoszenie z punktu o największej intensywności do szyi lub pachy)
- ukształtowanie związane z intensywnością w czasie (crescendo, decrescendo, plateau, crescendo-decrescendo)
 - związek z tonami serca
 - szmer tarcia osierdziowego

GRUCZOŁY SUTKOWE

Opisz wg. kryteriów stosowanych dla guzów

Oglądanie

- **symetria:**

w pozycji siedzącej lub stojącej

przy pochylaniu się do przodu

podczas ruchu ramion

podczas opierania rąk na biodrach (czy widoczne guzy)

- **skóra: zabarwienie, owłosienie, struktura**

zagłębienia

skórka pomarańczy

blizny

owrzodzenia

widoczne naczynia żyłne

zaczerwienienie

- **brodawki sutkowe**
zmiany skórne
wciągnięcie
samoistny wyciek z sutka (wygląd, zabarwienie)

Obmacywanie

(Bez rękawiczek, chyba, że ma to uzasadnienie)

Dodatkowo obecność wydzieliny po delikatnej palpacji
symetria lewego i prawego gruczołu, kwadranty

Obmacywanie okolicznych węzłów chłonnych

- pachowe
- piersiowe
- podłopatkowe
- podbojczykowe
- nadobojczykowe

Opisz według kryteriów dla guzów, zwróć szczególną uwagę na bolesność i tkliwość.

BADANIE BRZUCHA

Zapamiętaj kolejność badania gdyż w tym wypadku jest inna niż zwykle (1 oglądanie, 2 osłuchiwanie, 3 obmacywanie, 4 opukiwanie)

Oglądanie

W pozycji leżącej i stojącej

- **kształt i symetria**
- **wysklepienie** poniżej/powyżej/w poziomie klatki piersiowej
- **okolica lędźwiowa** prawidłowa, poszerzona
- **skóra** blizny (rozstępy),zabarwienie, owłosienie, owrzodzenia, ubytki (przetoki skórne, wykwyty patologiczne, zmiany grzybicze, ropne, wysypki skórne, znamiona barwnikowe)
- **pępek**
- **ruchomość powłok brzusznych** przy oddychaniu, tętnienie, perystaltyka - stawianie się jelit, zniesienie brzuszego toru oddychania
- **obecność lub brak przepuklin**

- **obecność lub brak poszerzonych naczyń żylnych powłok brzusznych** (krążenie oboczne)
- **przymusowe ułożenie ciała**

Jeżeli Pacjent podaje dolegliwości w jamie brzusznej:

- poproś, aby pokazał bolesne miejsce
- zaobserwuj różne pozycje Pacjenta, specyficzne ułożenie ciała (podkurczone kończyny)
- zwróć uwagę czy ruchy przynoszą ulgę w bólu, czy Pacjent leży bez ruchu, co się dzieje przy pochylaniu się do przodu
- ból przy kaszlu lub w trakcie transportu.

Osluchiwanie

UWAGA: zwróć uwagę na temperaturę słuchawki.

perystaltyka

- **jakościowo (charakter zjawisk):** metaliczna (charakterystyczna dla niedrożności przewodu pokarmowego), przelewania, kruczenia

- **ilościowo:** leniwa, prawidłowa, żywa, brak perystaltyki szmery

- **aorta brzuszna**

- **tętnice biodrowe**

- **tętnice nerkowe** (można również osłuchiwać od tyłu)

Obmacywanie

Usiądź przy pacjencie po jego prawej stronie. Rozgrzej ręce myjąc je w ciepłej wodzie. Poleć Pacjentowi ugiąć kończyny dolne. Patrz na twarz Pacjenta: obserwuj jego reakcje w czasie badania. Rozpocznij badanie od miejsca, gdzie Pacjent nie odczuwa żadnych dolegliwości. Rozpocznij od badania powierzchownego, później głębokiego – badania szczegółowego poszczególnych narządów. Badaj całą dłońią, a nie czubkami palców.

Oceń:

- występowanie dolegliwości

- tkliwość przy obmacywaniu powierzchownym i głębokim

- bolesność (pojawianie lub nasilanie się przy szybkim odrywaniu dłoni uciskającej brzuch - jest to tzw. objaw Blumberga)
- bolesność po stronie przeciwległej do ucisku
- bolesność przy kaszlu, przy ruchach

- napięcie powłok brzusznych

Zmniejszone napięcie powłok brzusznych

Zwiększone napięcie powłok brzusznych

- zależne od woli

- obrona mięśniowa: uogólniona lub ograniczona

*(obrona mięśniowa to rodzaj odruchu obronnego; napinanie mięśni brzucha jest wówczas **niezależne od woli Pacjenta** - to podstawowa cecha tego objawu)*

- występowanie oporów patologicznych – guzy (lokalizacja, wielkość, bolesność, konsystencja, łączność z tkankami otaczającymi, ruchomość względem podłoża i skóry)

- przepukliny (pępek, blizny)
- przepuklina kresy białej

BADANIE SZCZEGÓŁOWE (GŁĘBOKIE) - narządy jamy brzusznej

- **Wątroba** (Badanie można prowadzić jedną ręką lub wspomagać palpację drugą ręką, rozpoczynając możliwie najniżej, posuwając się 1-1,5 cm w górę w linii środkowo obojczykowej. W trakcie badania chory dokonuje głębokich wdechów – wątroba jest ruchoma oddechowo)

Oceń wrażliwość wątroby i pęcherzyka żółciowego na wstrząsanie (**objaw Chełmońskiego**) przykładając dłoń w okolicy najpierw lewego a następnie prawego łuku żebrowego i delikatnie stopniując siłę uderzaj w nią pięścią drugiej dłoni. Objaw jest dodatni gdy występuje żywa bolesność po stronie prawej.

Oceń:

- wielkość
- konsystencję
- brzeg – (tępy, ostry)
- tkliwość

- **Pęcherzyk żółciowy:**

- wielkość
- bolesność
- **Objaw Murphy'ego**

- **Śledziona** (prawidłowo niewyczuwalna)

- **Nerki** (prawidłowo mogą być niebadalne; oceń obustronnie wrażliwość na wstrząsanie [**objaw Goldflamma**]: przykładamy dłoń przykręgosłupowo na wysokości Th10-Th12 (kął kręgosłupowo-żebrowy), a następnie delikatnie stopniując siłę uderzamy w nią pięścią drugiej dłoni)

- **Kątnica**

- **Okreźnica wstępująca**

- **Okreźnica zstępująca**

- **Esica**

- **Aorta**

Zawsze zwróć uwagę czy występują objawy:

- *Goldflama*
- *Chełmońskiego*
- *Blumberga, obrona mięśniowa*

Opukiwanie

UWAGA: rozpoczynaj badanie w obszarze, gdzie Pacjent nie odczuwa dolegliwości.

Orientacyjne - oceń rozkład wypuku jawnego i stłumionego nad całą jamą brzuszną

- objaw pluskania
- objaw chełbotania

Szczegółowe

wymiar wątroby (badanie stłumienia wątrobowego)

w linii środkowo obojczykowej prawej (płat prawy 6 - 12 cm)

również linia pachowa przednia

w linii przymostkowej (płat lewy 4 - 6 cm)

wypuk jawny czy stłumiony

bańka powietrza w żołądku

guzy

przesuwanie się stłumionego wypuku wraz ze zmianą pozycji Pacjenta przy badaniu - przy podejrzeniu płynu w jamie otrzewnej (wodobrzusze)

pęcherz moczowy

Sprawdź stłumienie nad wypełnionym pęcherzem moczowym lub powiększoną macicą.

PACHWINY

Opisz wg. kryteriów stosowanych dla guzów

Badanie w pozycji stojącej

Oglądanie

Poproś, aby Pacjent zakastał!

Jeżeli podejrzewasz przepuklinę pachwinową u mężczyzny obmacuj kanał pachwinowy poprzez moszną palcem wskazującym (w rękawiczce) i poproś Pacjenta, aby zakastał lub zaczął przeć.

Wskazane badanie w pozycji stojącej.

Lokalizacja guzów (nad czy pod więzadłem pachwinowym)
odprowadzalne czy nieodprowadzalne

Osluchiwanie

- tętnica udowa
- guzy

Obmacywanie

- tętnica udowa
- węzły chłonne
- guzy
- worek mosznowy

BADANIE PER RECTUM

Zauważ: Pacjent badany w pozycji leżącej.

Inne możliwości to pozycja na lewym boku i kolankowo-łokciowa.

Badający praworęczny stoi po prawej stronie.

Oglądanie

- szczeliny odbytu
- hemoroidy
- inne: zmiany zapalne, guzy, wypadanie odbytnicy, owrzodzenia, kłykciny, ropnie

Obmacywanie

zwieracz odbytu: napięcie, bolesność, opór patologiczny --
ruchomość, wielkość, lokalizacja, bolesność

błony śluzowe

wypełnienie bańki odbytnicy

zachyłek pęcherzowo-jelitowy (bolesność, obniżenie)

prostata:

- rozmiar
- rowek
- symetria
- konsystencja
- powierzchnia
- bolesność
- macica (patrz badanie ginekologiczne)

Wygląd stolca na rękawiczce

(krew czy śluz), stolec smolisty

GRUCZOŁ KROKOWY

Opisz wg. kryteriów stosowanych dla guzów

Oglądanie

- okolicy odbytu

Obmacywanie (badanie *per rectum*):

- wielkość
- konsystencja
- symetria lewego i prawego płata
- powierzchnia
- guzki w obrębie gruczołu
- tkliwość

BADANIE OBWODOWEGO UKŁADU NACZYNIOWEGO

TĘTNICE

Oglądanie

Zapamiętaj: porównaj prawą i lewą stronę.

- **obwód kończyny dolnej**
zmierz i zanotuj miejsce pomiaru w przypadku zaniku mięśniowego i obrzęku
- **skóra: zabarwienie, owłosienie, struktura**
 - temperatura: wyczuj grzbietem dłoni
 - zmiany troficzne
 - paznokcie (niewydolność naczyń)
 - zapalenie, owrzodzenia, zgorzel
 - wypełnianie się naczyń włosowatych
 - tętno włosowate

Obmacywanie

kończyna dolna

tętnica udowa *także osłuchaj*

tętnica podkolanowa w dole podkolanowym z ugiętym kolaniem

tętnica piszczelowa tylna za kostką przyśrodkową

tętnica grzbietowa stopy na grzbiecie stopy
zauważ zmienność anatomiczną

kończyna górna

tętnica ramienna

tętnica promieniowa

tętnica łokciowa

badanie tętna

- **częstość** *licz przez co najmniej 30 sekund*
- **miarowość** tętno regularne/nieregularne (nieregularne o pewnym podstawowym wzorze, całkowicie nieregularne, wpływ oddychania: większa częstotliwość w czasie wdechu; tętno paradoksalne: przy wdechu częstotliwość tętna ulega zmniejszeniu [np. tamponada serca, choroba obturacyjna płuc], tętno naprzemiennne: amplituda tętna

zmienia się naprzemiennie ze skurczu na skurcz
[niewydolność lewej komory])

- **jakość wypełnienia**

- związane z ciśnieniem tętna z (różnica ciśnień skurczowego i rozkurczowego)
- wypełnienie prawidłowe
- wypełnienie słabe („tętno nitkowate”) -- przy zmniejszeniu objętości wyrzutowej,
- tzw. tętno unoszące (np. w czasie gorączki)

Porównaj częstość tętna z częstością akcji serca. Różnica nazywa się deficytem tętna (wywołanym zaburzeniami rytmu serca). Porównaj tętno na prawej i lewej tętnicy promieniowej w tej samej pozycji.

Zmierz ciśnienie tętnicze (podczas pierwszego badania pacjenta: pomiar **w pozycji siedzącej i leżącej oraz stojącej** - ma to znaczenie np. w hipotonii ortostatycznej, ponieważ może ona współistnieć z podwyższonym RR w pozycji siedzącej i leżącej; pomiar **na obu kończynach**)

Pamiętaj o tzw. “cichej” (lub osłuchowej) przerwie: zanik słyszalności tonów (strefa ciszy), który może wystąpić pomiędzy ciśnieniem skurczowym i rozkurczowym. Nie rozpoznana przerwa w osłuchiwaniu może prowadzić do znacznego zaniżenia wartości skurczowego lub zawyżenia rozkurczowego ciśnienia tętniczego. Dlatego zawsze rozpocznij pomiar ciśnienia tętniczego stosując metodę palpacyjną.

ŻYŁY

***żyły i żyłki kończyn dolnych bada się u pacjenta stojącego**

Oglądanie

- **skóra: zabarwienie, owłosienie, struktura**
 - pigmentacja
 - łuszczenie się
 - inne zmiany troficzne

- **żylaki**

Obmacywanie

- **obrzęk** z dołkiem/ bez śladu przy ucisku
zmiierz obwód kończyny

ucieplenie

- **tkliwość** żyłaków, stwardnienia
Sprawdź objaw Homansa

BADANIE GUZÓW

Określ następujące cechy guza:

- **umiejscowienie**
- **wielkość** w cm
- **kształt**
- **konsystencja** wiotki, sprężysty, twardy (można porównać względem konsystencji otaczających tkanek)
zauważ, że twardy znaczy zbliżony do “konsystencji kości”
- **powierzchnia** gładka, nierówna
- **zabarwienie** (gdy można określić np. stan zapalny)
- **odgraniczenie** dobrze odgraniczone lub zlewające się z otaczającymi tkankami
- **ruchomość względem otaczających tkanek i skóry**
- **bolesność**
- **ocieplenie**
- **tętnienie**
- **chęłbotanie** (spowodowane obecnością płynu)

BADANIE UKŁADU RUCHU

W tym badaniu zwracasz uwagę na:

ruchomość czynną stawów – polecając Pacjentowi wykonać wszystkie możliwe ruchy w danym stawie;

ruchomość bierną stawów – badający wykonuje ruchy w poszczególnych stawach Pacjenta (do granicy bólu). Pacjent nie pomaga, rozluźnia mięśnie;

siłę mięśniową – stawiając opór dłońmi podczas wykonywania czynnego ruchu przez Pacjenta.

Zwróć uwagę na symetrię obserwowanych reakcji!

STAWY

Oglądanie

zabarwienie skóry nad stawem (ew. zaczerwienienie)

obrys stawu(ew. obrzęki)

czynność (ruchomość czynna i bierna, pełna lub ograniczona, bolesność przy ruchach)

Badane stawy:

ręce

stawy śródrečno-palcowe, międzypaliczkowe bliższe i dalsze

- ból
- obrzęk
- czynność
- szpary stawowe
- guzki Heberdena (obwodowo do szpar stawowych

dalszych stawów międzypaliczkowych)

- zimne kończyny
- palce pałeczkowate

badanie stóp -- jak wyżej.

Zwróć uwagę na staw śródstopno-palcowy palucha w dnie moczanowej.

BADANIE KRĘGOSŁUPA I PLECÓW

badanie w pozycji stojącej i podczas pochylania się do przodu

Oglądanie

- symetria przestrzeni międzyżebrowych
- proporcje tułowia i kończyn
- ustawienie wyrostków kolczystych
- ustawienie miednicy
- ocena kyfozy piersiowej i lordozy lędźwiowej
 - obecność skolioz
 - ruchomość kręgosłupa w poszczególnych odcinkach (do przodu/do tyłu/w bok/rotacja)

w tej pozycji możesz badać wszystkie odcinki kręgosłupa; podczas badania odcinka szyjnego zapewnij badanemu oparcie dla rąk

Obmacywanie

ból przy palpacji, opukiwaniu wyrostków kolczystych

możesz użyć młotka neurologicznego do zbadania lokalizacji bólu

ocena napięcia mięśni przykręgosłupowych i obecności bólu przy ucisku na mięśnie przykręgosłupowe

Objaw szczytowy (test kompresyjny) – badający wywiera ucisk na szczyt głowy pacjenta stojącego, z ustawieniem kręgosłupa szyjnego w pozycji neutralnej, ucisk nasila objawy korzeniowe.

Objawy prowokacyjne w zespole cieśni nadgarstka:

Objaw Phalena

Objaw Tinela

BADANIE UKŁADU MIĘŚNIOWO-STAWOWEGO (ORTOPEDYCZNE)

I Stan ogólny:

1. Statyczny – budowa ciała:

- a) typ budowy
- b) odżywienie (mierne, prawidłowe, nadmierne)
- c) proporcje (tułowia do kończyn – zachowane lub zaburzone)
- d) symetria (zaburzona, zachowana)
- e) postawa

2. Dynamiczny – odchylenia od czynności narządu ruchu jako całości.

Bada się sposób poruszania Pacjenta i określa cechy chodu.

- ✓ Fizjologiczny – dwunożny, naprzemienny, synchroniczny, symetryczny, izometryczny

- ✓ Nieprawidłowy – utykający, oszczędzający, spastyczny, koguci, szcudłowy, koszący, podskakujący, kaczkowaty, defiladowy itp.

II Stan miejscowy:

1. Oglądaniem – poszerzenie obrysu stawu, zaczerwienienie, asymetria itp.
2. Badaniem palpacyjnym – tkliwość, ucieplenie, ewentualnie tętno.
3. Zakres ruchomości stawów (na dokładną ocenę zakresu ruchomości stawów pozwala goniometr):

KOŃCZYNA GÓRNA:

1. **Staw ramiennie-łopatkowy = staw barkowy** – pozycja neutralna (zerowa) to ręce ułożone wzdłuż ciała
 - A) odwodzenie / przywodzenie – ręka wyprostowana do boku i góry
 - B) zgięcie / wyprost – ręka wyprostowana do przodu i góry
 - C) rotacja wewnętrzna („drapanie po plecach”) / rotacja zewnętrzna („ręce za głowę”)
2. **Staw łokciowy** – pozycja neutralna to łokieć wyprostowany, skierowany do przodu dłoniową powierzchnią.
 - A) zgięcie / wyprost
 - B) nawracanie (pronacja) / odwracanie (supinacja) – pozycja zerowa dla tych ruchów to przedramię ułożone z kciukiem skierowanym do góry
3. **Nadgarstek** – pozycja neutralna to ręka (jej grzbietowa powierzchnia) poziomo skierowana ku przodowi
 - A) zgięcie grzbietowe / zgięcie dłoniowe
 - B) odwodzenie / przywodzenie
4. **Ruchomość kciuka**
 - A) zgięcie / wyprost
 - B) odwodzenie / przywodzenie
 - C) ruchy przeciwstawne

5. Stawy śródrečno – palczkowe

A) zgięcie grzbietowe / zgięcie dłoniowe

B) przywodzenie / odwodzenie

6. Staw międzypalczkowy bliższy (PIP) i dalszy (DIP)

A) zgięcie / wyprost

KOŃCZYNA DOLNA:

1. Staw biodrowy

A) zgięcie / wyprost

B) odwodzenie / przywodzenie

C) rotacja wewnętrzna / rotacja zewnętrzna – bada się w pozycji zgięcia biodra i kolana pod kątem 90 stopni (jak do objawu Kerniga) rotując podudzie wewnątrz lub zewnątrz.

2. Staw kolanowy

A) zgięcie / wyprost

B) rotacja wewnętrzna / rotacja zewnętrzna. **UWAGA!!**
Tylko w zgiętym kolanie.

Objaw balotowania rzepki – badamy, gdy podejrzewamy obecność płynu w stawie (krew, ropa, płyn zapalny)

3. Staw skokowy

A) zgięcie grzbietowe / zgięcie podszwowe

B) pronacja (stopa zrotowana na zewnątrz) / supinacja (stopa do wewnątrz)

C) odwodzenie / przywodzenie

4. Stawy śródstopno – palcowe i międzypalczkowe

A) zgięcie grzbietowe / zgięcie podszwowe.

OGÓLNE BADANIE NEUROLOGICZNE

ocień stan przytomności (ocena wzorowana na skali

Glasgow):

- a. odpowiedź słowna
(logiczna/splątana/nieadekwatna/dźwięki niezrozumiałe/brak reakcji słownej)
- b. odpowiedź ruchowa (spełnia polecenia/ruchy celowe/ruchy obronne/reakcja zgięciowa na ból/reakcja wyprostna na ból/bez reakcji)
- c. otwarcie oczu (spontaniczne/na polecenie/na bodziec bólowy/bez reakcji)

dokonaj obserwacji wstępnych:

przy wejściu do gabinetu:

wygląd ogólny, chód

ruchy mimowolne (np. drżenie głowy, rąk, kurcz powiek, ruchy płasawicze, wokalizy)

Schemat badania neurologicznego:

1. Ocena funkcji poznawczych
2. Nerwy czaszkowe
3. Objawy piramidowe, siła mięśniowa, napięcie, odruchy ścięgniste, obj. Babińskiego
4. Objawy oponowe i rozciągowe
5. Ocena czucia
6. Zaburzenia równowagi (próba Romberga)
7. Ocena chodu.

• **ocień zdolność** czytania, pisania

• **ocień mowę**

Poproś Pacjenta o powtórzenie zdania, spełnienie polecenia
(dyzartria, afazja czuciowa, ruchowa)

• **zbadaj czynność nerwów czaszkowych**

a. nn. I, II, III, IV, VI, VIII, IX, X, XI

b. n. V – bolesność ujść nerwu

- badanie czucia powierzchniowego

dotyku/bólu/temperatury w zakresie unerwienia gałązek

nerwu (porównuj odpowiedź: strona P/L, ale też:
gałązka I vs. II, II vs. III po jednej stronie)
- ocena masy i siły mięśniowej mięśni żwaczy
odruch rogówkowy

c. n. VII – ocena masy i siły mięśniowej mięśni mimicznych twarzy (marszczenie czoła, mrużenie oczu, szczerzenie zębów - obserwuj symetrię twarzy); **odruch rogówkowy**

d. n. XII – ocena masy mięśniowej i ruchomości języka

- **ocena siły mięśniowej** poszczególnych grup mięśni [badamy grupy mięśniowe stawów barkowych, łokciowych, rąk (uścisk dłoni), stawów biodrowych, kolanowych oraz zgięcie grzbietowe i podeszwowe stopy, odwodzenie i przywodzenie stopy]

- **ocena napięcia mięśniowego**

[układ neurologiczny badamy razem z układem ruchu, tj. ruchomość bierną wraz z napięciem mięśni]

(przy biernych ruchach w dużych stawach): prawidłowe/ obniżone/ wzmożone typu scyzoryka

(spastyczne)/wzmożone typu plastycznego, typu koła zębatego (pozapiramidowe)

- **odruchy głębokie (ścięgniste)**

- z mięśnia trójgłowego
- z mięśnia dwugłowego
- kolanowy
- ze ścięgna Achillesa
- podeszwowy

W razie trudności pamiętaj o torowaniu odruchów: rozmowa, wykonywanie przez Pacjenta prostych operacji matematycznych w pamięci, np. odejmowanie od 100 po 7 – aż do wywołania odruchu; przy badaniu odruchów w kończynach dolnych – rozciąganie zaczepionych o siebie dłoni

- **zbadaj obecność objawów oponowych** (szczególnie, gdy Pacjent zgłasza gorączkę, ból głowy):

- **szttywność karku** (badanie w pozycji leżącej na wznak)

w czasie biernego [tzn. dokonywanego przez lekarza] zginania szyi pojawia się opór: podbródek nie może dotknąć klatki piersiowej, rotacja szyi jest możliwa

- **objawy Brudzińskiego I** (tzw. o. Brudzińskiego górny: w czasie dokonywania biernego zgięcia szyi pojawia się reakcja zgięciowa kończyn dolnych i/lub górnych) i **II** (tzw. o. Brudzińskiego dolny: w czasie uciskania na okolicę spojenia łonowego pojawia się reakcja zgięciowa kończyn dolnych),
- **objaw Kerniga**

- **ocena objawów rozciągowych:** z korzenia L5 i S1 – zginanie kończyny w stawie biodrowym przy leżeniu na wznak (**objaw Lasegue’a**), z korzenia L4 (rzadszy) – zginanie kończyny w stawie kolanowym przy leżeniu na brzuchu (**objaw Mackiewicza**)
- **ocena odruchów skórnych brzusznych** (na trzech poziomach, na obszarze unerwianym przez korzenie Th7-Th12)

* Osłabienie odruchów brzusznych jest elementem zespołu uszkodzenia drogi piramidowej (występuje w stwardnieniu rozsianym; jednostronnie po stronie połowiczego niedowładu spastycznego np. w zawale mózgu).

Wzmożenie odruchów brzusznych występować może w płasawicy, zaburzeniach nerwicowych.

- **układ czuciowy**
 - powierzchowny (dotyk/ból/temperatura)
 - głęboki (badanie czucia ułożenia/wibracji)

Próby mózdkowe:

- **ocena równowagi** – próba Romberga
(pamiętaj o zabezpieczeniu Pacjenta przed upadkiem do tyłu)
- **próba „tip-top”**
- **zbornosc ruchów:**

- kończyna górna: palec-nos
 - kończyna dolna: pięta-kolano
 - **ocena szybkości wykonywanych ruchów naprzemiennych - badanie diadochokinezy**
(nawracanie/odwracanie rąk)
- *adiadochokineza- tj. niezdolność wykonywania szybkich ruchów naprzemiennych, jest objawem zaburzonej funkcji mózdzku.

Pamiętaj o ocenie: chodu, wstawania z pozycji siedzącej, chodzenia na palcach i piętach.