



# PODRĘCZNIK SZKOLENIOWY DLA UCZESTNIKÓW/UCZESTNICZEK KURSU SPECJALISTYCZNEGO WYWIAD I BADANIE FIZYKALNE

## dla pielęgniarek i położnych

Opracowano w związku z realizacją projektu  
Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych  
w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój  
na lata 2014 – 2020 (PO WER 2014-2020)  
współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego,  
numer POWR.07.01.00-00-0004/22





# PODRĘCZNIK SZKOLENIOWY DLA UCZESTNIKÓW/UCZESTNICZEK KURSU SPECJALISTYCZNEGO WYWIAD I BADANIE FIZYKALNE dla pielęgniarek i położnych

Opracowano w związku z realizacją projektu  
Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych  
w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój  
na lata 2014 – 2020 (PO WER 2014-2020)  
współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego,  
numer POWR.07.01.00-00-0004/22

Warszawa 2022

ISBN 978-83-67664-05-9

## AUTORZY MATERIAŁÓW DYDAKTYCZNYCH

dr n. o zdr. Zofia Sienkiewicz  
mgr Jan Kachaniuk

## RECENZENT MATERIAŁÓW DYDAKTYCZNYCH

dr hab. n. o zdr. Mariusz Wysokiński



## SPIS TREŚCI

Wprowadzenie	4
I. Przygotowanie pielęgniarki/położnej do przeprowadzenia wywiadu i badania fizykalnego	6
1. Cele wywiadu i badania fizykalnego	6
2. Przygotowanie warunków do prowadzenia wywiadu i badania fizykalnego	6
II. Badanie podmiotowe osoby dorosłej	7
1. Zasady prowadzenia badania podmiotowego	7
2. Zakres informacji gromadzonych w zakresie badania podmiotowego	8
3. Wybrane determinanty skuteczności badania podmiotowego	8
4. Podstawowe parametry życiowe	14
5. Znaczenie skal i testów w ocenie stanu zdrowia pacjenta	14
6. Zakres informacji gromadzonych w zakresie badania podmiotowego	15
III. Badanie przedmiotowe osoby dorosłej	20
1. Podstawowe techniki badania fizykalnego	20
2. Zasady prowadzenia badania fizykalnego	21
IV. Ocena stanu zdrowia pacjenta na podstawie wyników badania podmiotowego i przedmiotowego	22
1. Objawy ogólnoustrojowe	22
2. Badanie układów i narządów organizmu człowieka chorego	26
2.1. Badanie skóry i jej wytworów	26
2.2. Badanie węzłów chłonnych	36
2.3. Badanie głowy i szyi	40
2.4. Badanie narządów zmysłu, jamy ustnej i gardła	46
2.5. Badanie fizykalne gruczołów piersiowych i dołów pachowych	58
2.6. Badanie układu oddechowego	62
2.7. Badanie układu sercowo-naczyniowego	67
2.8. Badanie jamy brzusznej, odbytu i gruczołu krokowego	75
2.9. Badanie żeńskich i męskich narządów płciowych	86
2.9.1. Badanie żeńskich narządów płciowych	86
2.9.2. Badanie męskich narządów płciowych	88
2.10. Badanie układu mięśniowo-szkieletowego	93
2.11. Badanie układu nerwowego	97
2.12. Badanie układu endokrynologicznego	103
V. Wykaz świadczeń zdrowotnych, do których jest uprawniona pielęgniarka, położna po ukończeniu kursu specjalistycznego Wywiad i badanie fizykalne	105
Załącznik nr 1 – Test sprawdzający badanie podmiotowe i przedmiotowe osoby dorosłej w zakresie zaburzonych funkcji narządów i układów	106
Załącznik nr 2 – Klucz odpowiedzi do testu	115
Załącznik nr 3 – Arkusz badania podmiotowego pacjenta – zaliczenie modułu I	116
Załącznik nr 4 – Arkusz badania przedmiotowego pacjenta	118
Literatura	120

## WPROWADZENIE

Badanie podmiotowe i przedmiotowe to podstawowe narzędzia badania pacjenta w trakcie diagnozowania jego stanu zdrowia. Badanie to stanowi podstawę do wyboru kolejnych metod diagnostycznych. Jest także istotne dla prowadzenia kontroli/monitoringu zmian w terapii/pielęgnowaniu.

**Badanie podmiotowe**, czyli wywiad, ma charakter działania zorganizowanego, planowego. Zwykle przebiega w sposób ustrukturyzowany, usystematyzowany, zgodny z ustalonym schematem, ale może mieć też postać rozmowy spontanicznej. Badanie to umożliwia gromadzenie informacji związanych ze stanem zdrowia pacjenta i jego sytuacją socjalną, będących podstawą rozpoznania jego potrzeb i postawienia diagnozy pielęgniarskiej wyznaczającej zakres niezbędnej opieki. Zakres zbieranych informacji pozyskiwanych w badaniu podmiotowym wyznaczony jest przez problem medyczny pacjenta. Wywiad jest narzędziem komunikowania się z pacjentem. Prawidłowo prowadzony umożliwia zdobycie zaufania pacjenta i zachęcenie go do współpracy.

**Badanie przedmiotowe (fizykalne)** według „Encyklopedii pielęgniarstwa” jest to „*systematyczne badanie całego ciała, poszczególnych jego narządów i ich czynności w zakresie dającym się ocenić za pomocą metod oglądania, dotykania (palpacji), opukiwania i osłuchiwania*”. Badanie to pozwala na uzupełnienie informacji z wywiadu o specyficzne dane dotyczące możliwości organizmu i jego zachowania. Jest integralną częścią oceny stanu zdrowia pacjenta. Umożliwia ocenę budowy struktur anatomicznych ciała oraz sprawdzenie ich funkcji. Rozwój współczesnego pielęgniarstwa wiąże się z poszerzeniem uprawnień pielęgniarskich, co również skutkuje zwiększeniem zakresu umiejętności klinicznych, w tym umiejętności dokonywania badania fizykalnego pacjenta. Dziś badanie przedmiotowe jest nieodzownym elementem przygotowania zawodowego pielęgniarki/położnej.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) określa kompetencje zawodowe pielęgniarki/położnej jako „*pojęcie złożone, o szerokim znaczeniu, obejmującym praktykę zawodową, opisujące zbiór umiejętności odzwierciedlających wiedzę, postawy oraz elementy psychomotoryczne*”. W ramach przyjętych szczegółowych wyznaczników kompetencji dotyczącej praktyki pielęgniarskiej/położniczej i podejmowania klinicznych decyzji, wypracowanych w 2006 roku w programie Tuning mieszczą się działania typowe dla badania przedmiotowego: dokonywanie wszechstronnej i systematycznej oceny z zastosowaniem odpowiednich metod, rozpoznawanie i interpretowanie objawów, umiejętność krytycznej oceny, a także interpretowania i syntezy informacji oraz danych klinicznych. Absolwenci kierunków pielęgniarstwo i położnictwo są przygotowani do realizacji świadczeń diagnostycznych obejmujących badanie fizykalne w zakresie określonym dla tych kierunków studiów<sup>1</sup>.

Od dnia 1 stycznia 2016 r.<sup>2</sup> nadano uprawnienia pielęgniarkom i położnym do ordynowania leków zawierających określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych **po uprzednim osobistym badaniu fizykalnym pacjenta**. Ponadto, pielęgniarki i położne, w ramach kontynuacji leczenia oraz zaopatrzenia w wyroby medyczne, mogą wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz receptę albo zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne **bez dokonania osobistego badania pacjenta**.

Umiejętność przeprowadzenia badania fizykalnego podmiotowego i przedmiotowego, zastosowania wiedzy oraz uzyskanych wyników oceny dla postawienia diagnozy pielęgniarskiej warunkującej dalsze działania pielęgniarki/położnej nabywają w ramach kształcenia podstawowego, kończąc kurs specjalistyczny „*Wywiad i badanie fizykalne*”, w ramach którego pielęgniarka/położna uzyskuje kompetencje w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych.

**Pielęgniarka/położna w zakresie wiedzy:**

- szczegółowo charakteryzuje i krytycznie analizuje, zakres i charakter badania podmiotowego i przedmiotowego pacjenta dorosłego z uwzględnieniem swoistości jego sytuacji zdrowotnej;
- przedstawia zasady gromadzenia informacji o sytuacji zdrowotnej pacjenta, dokumentowania wyników badania.

**Pielęgniarka/położna w zakresie umiejętności potrafi:**

- wykonać kompleksowe badanie podmiotowe i przedmiotowe pacjenta dorosłego z uwzględnieniem swoistości jego sytuacji zdrowotnej;
- krytycznie analizować, dokumentować informacje zgromadzone metodą badania podmiotowego i przedmiotowego oraz wykorzystywać dla potrzeb opieki pielęgniarskiej.



#### **Pielęgniarka/położna w zakresie kompetencji społecznych:**

- szanuje godność i autonomię pacjenta bez względu na jego wiek, płeć, niepełnosprawność, orientację seksualną oraz pochodzenie narodowe i etniczne;
- przestrzega zasad etyczno-deontologicznych w relacji z pacjentem, rodziną i współpracownikami;
- pogłębia wiedzę z obszaru wywiadu i badania fizykalnego.

Umiejętność przeprowadzenia badania podmiotowego i przedmiotowego przez pielęgniarkę/położną ma dużą wartość dla praktyki zawodowej. Umożliwia pełne rozpoznanie stanu zdrowia pacjenta. Obiektywizuje zbierane informacje. Pozwala określić niezbędny zakres informacji do ustalenia procesu pielęgnowania. Wpływa na poprawę jakości opieki, postawienie rzetelnej diagnozy pielęgniarstwa, planowanie, wdrażanie i ewaluację opieki. Nabycie umiejętności przeprowadzania badania podmiotowego i przedmiotowego zwiększa prestiż zawodu, rozszerza zakres kompetencji pielęgniarstwa, czyni nas pełnoprawnymi członkami zespołu terapeutycznego i bardziej efektywnymi opiekunami pacjenta.

<sup>1</sup> Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 755 ze zm.).

<sup>2</sup> Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2014 r., poz. 1136).

## **I. Przygotowanie pielęgniarki/położnej do przeprowadzenia wywiadu i badania fizykalnego**

Przed rozpoczęciem badania podmiotowego i przedmiotowego pacjenta wcześniej należy się starannie przygotować. Ważne jest podejście pielęgniarki/położnej do pacjenta, profesjonalne zachowanie, a także zadbanie o to, aby pacjent czuł się wygodnie i był zrelaksowany. Pielęgniarka/położna, przygotowując się do badania, powinna przeanalizować dokumentację medyczną pacjenta, wyznaczyć cele rozmowy i badania fizykalnego, przygotować warunki otoczenia, w którym będzie przeprowadzane badanie; przygotować niezbędny sprzęt i potrzebne narzędzia (skale, kwestionariusze), opracować sposób sporządzania notatki z prowadzonego badania, przygotować wzory niezbędnych druków – dokumentacji pielęgniarskiej.

Badanie pacjenta ma na celu poznanie jego stanu, ustalenie rozpoznania, wybór sposobu, zakresu terapii i opieki oraz monitorowania wyników. Szczegółowe cele badania są różne i zależą od wielu czynników. Istotne jest, czy pacjent jest badany po raz pierwszy, czy jest to kolejne badanie, z jakim rodzajem problemu medycznego zgłosił się badany.

### **1. Cele wywiadu i badania fizykalnego**

Celem badania może być:

- kompleksowa ocena, obejmująca elementy wywiadu i całościowe badanie przedmiotowe;
- ocena ukierunkowana na określony problem, oparta na wybranym zakresie i technikach badania, które są najistotniejsze w odniesieniu do problemu występującego u pacjenta i pozwalają na dokładność diagnostyczną;
- przesiewowe wykrywanie chorób i ich profilaktyka.

Wyznaczenie celu badania ma duże znaczenie dla skuteczności badania prowadzonego przez pielęgniarkę/położną oraz satysfakcji pacjenta z przeprowadzonego badania. Cel wskazuje na strukturę badania i wymagane techniki, określa zakres działań pielęgniarskich.

Przed rozpoczęciem wywiadu i badania fizykalnego zawsze wcześniej należy zapoznać się z dostępną dokumentacją medyczną pacjenta. Ułatwia to zbieranie informacji. Dokumentacja dostarcza często cennych informacji na temat przeszłości zdrowotnej pacjenta, wcześniejszych rozpoznań i sposobów leczenia/pielęgnowania. Na ich podstawie można określić zakres danych szczegółowych potrzebnych do oceny stanu zdrowia badanego i przygotować wstępną charakterystykę problemów pacjenta oraz zaplanować kwestionariusz pytań ukierunkowanych na uzupełnienie danych o pacjencie, jego rodzinie i środowisku.

### **2. Przygotowanie warunków do prowadzenia wywiadu i badania fizykalnego**

Pielęgniarka/położna powinna:

- Zapoznać się z dostępną dokumentacją medyczną (karta informacyjna, skierowanie do szpitala, karta pielęgnowania, historia choroby itp.).
- Określić potrzeby pacjenta w zakresie badania i wyznaczyć szczegółowe cele badania. Przemyślenie celów przed rozpoczęciem rozmowy/badania pozwoli na osiągnięcie równowagi między różnymi zadaniami realizowanymi wobec pacjenta w trakcie badania.
- Dokonać autorefleksji, czyli spojrzeć na siebie z dystansem, co pozwoli dostrzec w innym świetle własne działania i wprowadzić korektę niewłaściwych. Do każdego spotkania z pacjentem wnoszone są wartości, założenia i uprzedzenia. Należy zrozumieć, w jaki sposób nasze oczekiwania i reakcje mogą wpłynąć na współpracę z pacjentem w czasie badania lub co usłyszymy od pacjenta. Autorefleksja jest ważnym narzędziem samodoskonalenia i rozwoju zawodowego. Ocena siebie i własnych czynów pozwala poszukiwać odpowiedzi na pytania: „Co mogę w sobie zmienić?”, „Jakie są moje mocne, a jakie słabe strony?”.
- Wybrać odpowiednie miejsce do przeprowadzenia badania pacjenta. Powinno to być pomieszczenie, w którym jest dobre oświetlenie (najlepiej typu dziennego), temperatura (18 – 22° C) oraz wygodne siedzenie. Należy starać się zapewnić ciche i wolne od zakłóceń otoczenie. Warunki, w których będzie prowadzone badanie, muszą gwarantować maksymalną prywatność i komfort.
- Zgromadzić niezbędny sprzęt i narzędzia, jakie mają być zastosowane w badaniu. Pielęgniarka powinna sprawdzić, czy są one sprawne, zapoznać się z obowiązującymi procedurami ich wykorzystywania.

## II. Badanie podmiotowe osoby dorosłej

Badanie podmiotowe – *anamnesis* – wywiad, rozmowa z pacjentem. Wyróżnia się następujące rodzaje wywiadu: planowy (zamierzony), ukierunkowany na określony temat oraz spontaniczny (niezamierzony), rozmowa pozwalająca pielęgniarce na uzyskanie informacji cennych dla opieki pielęgniarskiej, których pozyskania nie zakładała wcześniej. Wywiad pielęgniarski może być prowadzony różnymi metodami. Jeśli stosuje się narzędzie wywiadu – kwestionariusz pytań – to realizuje się wywiad skategoryzowany. Natomiast, gdy rozmowa przebiega zgodnie z celem i zakresem treści, ale bez wcześniejszego zestawu pytań, to ma miejsce wywiad nieskategoryzowany. Wywiad może być bezpośredni – prowadzony przez pielęgniarkę z badanym pacjentem – lub pośredni – prowadzony przez pielęgniarkę z innymi osobami z otoczenia pacjenta, gdy wiek lub stan pacjenta uniemożliwia wywiad bezpośredni.

Dobrze przeprowadzony wywiad to w **80%** dobre poznanie pacjenta, pozostałych **20%** informacji o stanie zdrowia pacjenta dostarcza badanie fizykalne.

### 1. Zasady prowadzenia badania podmiotowego

Przy pierwszym spotkaniu z pacjentem pielęgniarka/położna powinna przedstawić się, podając imię i nazwisko oraz funkcję, jaką pełni. Do swego rozmówcy zawsze powinna zwracać się używając nazwiska i formy „Pan – Pani”, np. Panie Kowalski.

- Przed przystąpieniem do badania należy uzyskać zgodę pacjenta na przeprowadzenie badania, ocenić stan pacjenta w zakresie możliwości udzielania odpowiedzi na pytania.
- Należy określić cel (cele) wywiadu dla pacjenta i dla pielęgniarki/położnej.
- Należy nawiązać kontakt z rozmówcą poprzez pytania na tematy wolne.
- Wywiad należy rozpoczynać od spraw ogólnych, a następnie kolejno skupiać się na aktualnych szczegółowych dolegliwościach/problemach.
- Nie należy pytać pacjenta o kilka rzeczy w jednym czasie.
- Nie wolno krytykować i obwiniać rozmówcy, przerywać mu i zasypywać go nadmiarem pytań.
- Należy dostosować czas trwania wywiadu do stanu pacjenta, celu wywiadu i okoliczności.
- Powinno się unikać słownictwa zawodowego, wyjaśniać pojęcia niezrozumiałe dla pacjenta (jeśli to możliwe).
- Należy wykorzystywać zasady kontaktu terapeutycznego, nie zapominać o zwrotach, które wyrażają empatię.
- Powinno się utrzymywać podczas rozmowy kontakt wzrokowy ze swoim rozmówcą.
- Należy prowadzić badanie systematycznie, według schematu, tak aby nie pominąć ważnych elementów w sytuacji zdrowotnej chorego.
- Pielęgniarka powinna usiąść tak, aby za jej plecami nie było źródła światła (lampa, okno), aby pacjent dobrze widział mimikę twarzy rozmówcy, by nie utrudniać prawidłowej komunikacji.
- Należy unikać mówienia zbyt szybko, trzeba wyraźnie artykułować wyrazy, nie stosować wyrażen żargonowych lub niejasnych określeń.
- Zawsze należy upewnić się, czy pacjent siedzi wygodnie.
- Trzeba respektować prawa pacjenta do unikania odpowiedzi na zadane pytania, okazać życzliwość i troskę, nie okazywać niezadowolenia z jego milczenia.
- Pielęgniarkę/położną obowiązuje obserwowanie mimiki pacjenta, jego zachowania w trakcie wywiadu i odnotowywanie spostrzeżeń w dokumentacji pielęgniarskiej (najlepiej sporządzać notatki podczas rozmowy, ale nie zawsze jest to możliwe).
- Należy przestrzegać praw pacjenta do ochrony danych osobowych.

Tajemnicą są objęte wszystkie wiadomości o pacjencie i jego otoczeniu uzyskane przez pielęgniarkę/położną w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi. Śmierć chorego nie zwalnia od dochowania tajemnicy. Zwolnienie z zachowania tajemnicy może nastąpić:

- gdy pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy,
- jeśli zachowanie tajemnicy w sposób istotny zagraża zdrowiu lub życiu pacjenta lub innych osób, jeśli zobowiązują do tego przepisy prawa,



- gdy zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie, które są związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

## 2. Zakres informacji gromadzonych w zakresie badania podmiotowego

Badanie podmiotowe wg Calgary-Cambridge składa się z kilku etapów:

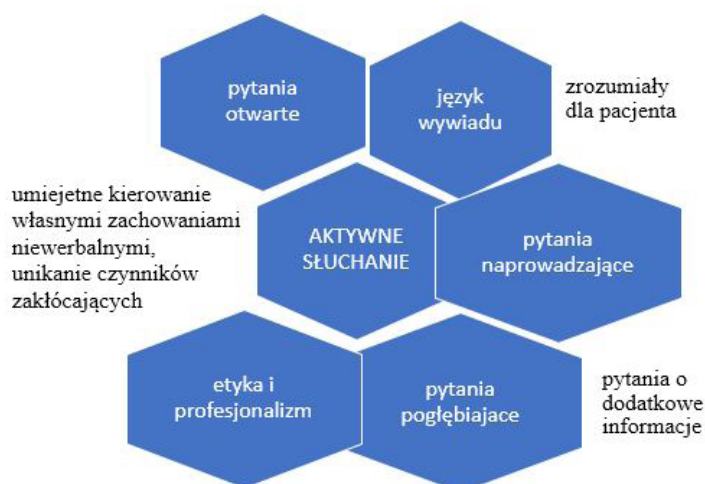
- **Rozpoczęcie wywiadu** (nawiązanie kontaktu: inicjowanie rozmowy – pytania otwarte; nawiązanie kontaktu na poziomie niewerbalnym – pozycja otwarta, rozluźniona, kontakt wzrokowy, z czasowym wycofywaniem; określenie aktualnego problemu; zachęcenie pacjenta do mówienia).
- **Zbieranie informacji** (określenie aktualnego, problemu/ów; identyfikacja problemów emocjonalnych i reagowanie na nie; interpretacja informacji uzyskanych od pacjenta; zrozumienie punktu widzenia chorego; usystematyzowanie informacji; omówienie problemu/ów; stosowanie różnych rodzajów pytań – otwarte, zamknięte, ułatwiające, itd., wykorzystanie technik aktywnego słuchania; robienie notatek – sygnalizowanie badanemu momentu rozpoczęcia i zakończenia rejestrowania informacji).
- **Budowanie zaufania** (uzyskanie informacji zwrotnej, aktywizowanie pacjenta – dzielenie się myślami o przebiegu rozmowy, postępowaniu diagnostycznym, używanie niewerbalnych komunikatów – komunikowanie empatii za pomocą otwartej pozycji ciała, dotyku; synchronizowanie werbalnej i niewerbalnej komunikacji; podtrzymywanie dobrego kontaktu – podkreślanie ważności, znaczenia wypowiedzi pacjenta: „Dziękuję za to, co mi Pan powiedział o swoich obawach...”).
- **Wyjaśnienie i planowanie** (dostosowanie odpowiednich informacji; pomoc we właściwym zrozumieniu i zapamiętaniu; uzyskanie wzajemnego zrozumienia przez poznanie punktu widzenia pacjenta; oznaczanie informacji: „Są trzy ważne rzeczy, które chciałabym powiedzieć. Pierwsza dotyczy... druga... a trzecia...”; planowanie dalszego postępowania przez wspólne podejmowanie decyzji; formułowanie i weryfikowanie hipotez diagnostycznych; ustalenie wspólnie z pacjentem planu działania – co, gdzie, kiedy?).
- **Zakończenie spotkania** (podsumowanie przebiegu rozmowy; przypomnienie o dalszym działaniu diagnostycznym, wynikającym z przyjętego planu działania; podziękowanie za współpracę i udzielone informacje).

## 3. Wybrane determinanty skuteczności badania podmiotowego

Zbieranie wywiadu jest zwykle pierwszą i często najważniejszą częścią spotkania z pacjentem. Prowadząc wywiad z pacjentem, pielęgniarka zawsze kontroluje język ciała, mimikę twarzy. Zachowanie zgodności komunikatów pozwala na:

- poprawne komunikowanie pielęgniarka–pacjent,
- obiektywizuje gromadzone dane,
- umożliwia weryfikację uzyskanych wcześniej informacji,
- daje pacjentowi poczucie bezpieczeństwa.

Ryc. 1. Determinanty badania podmiotowego.



### Język wywiadu

Język badającego (pielęgniarki/położnej) musi być zrozumiały dla osoby badanej.

Należy dostosować język do poziomu intelektualnego i możliwości werbalnych rozmówcy.

Nie musi to być język, którym sam badany się posługuje, ale trzeba unikać sztuczności oraz języka naukowego.

Pojęcia naukowe należy przekładać na język pojęć znanych badanemu, jednocześnie dbając, żeby nie zniekształcić pytania. Trzeba pamiętać, aby nie stosować zbyt wielu uproszczeń, gdyż przesadne uproszczenia mogą być interpretowane jako lekceważenie rozmówcy.

### Pytania otwarte

Wywiad należy rozpocząć od zadawania pytań otwartych, czyli takich, na które badany odpowiada własnymi słowami, budując odpowiedź w sposób według niego najodpowiedniejszy i mówiąc tak długo, jak chce.

Pytania otwarte pozwalają na:

- szeroki wybór odpowiedzi,
- całkowitą swobodę wypowiedzi,
- stworzenie nastroju zwyczajnej, codziennej rozmowy,
- łagodzenie trudności związanych z poruszaniem problemów drażliwych,
- uniknięcie atmosfery przesłuchania.

Posługiwanie się pytaniami otwartymi jest szczególnie korzystne na początku rozmowy, ma też znaczenie przy zmianie tematu oraz w poruszaniu problemów uchodzących za tematy „tabu”.

Przykłady pytań otwartych:

- Jak się Pan czuje?
- Co sprowadza Panią do szpitala?
- Co Pani robi, gdy odczuwa ból?
- Jakie są Pana oczekiwania?
- Proszę, niech Pani powie coś o swojej pracy.

Innym rodzajem pytań wykorzystywanych w wywiadzie są pytania wprost. Są one zaopatrzone w przewidzianą z góry odpowiedź: „tak”, „nie”, „czasami” itp. Upraszczają pracę pielęgniarki/położnej, jednak pytania te kryją w sobie niebezpieczeństwo podsunięcia pacjentowi już gotowej odpowiedzi, której być może nie udzieliliby, gdyby go pytać w inny sposób. Ograniczają wypowiedź pacjenta, uniemożliwiają poruszanie problemów istotnych dla badanego, a nie dostrzeganych przez pielęgniarkę/położną, uniemożliwiają pełne poznanie pacjenta, jego sytuacji, motywacji, sposobów postępowania.

Przykłady pytań wprost:

- Czy ma Pani męża?, zamiast: Proszę, niech Pani powie coś o swojej rodzinie.
- Czy czuje się Pani dobrze?, zamiast: Jak się Pani czuje?
- Bierze Pan wtedy paracetamol?, zamiast: Co Pan robi, gdy odczuwa Pan ból?

Pewną regułą/zasadą jest nie stosowanie pytań wprost w tematach „tabu” przed nawiązaniem bliższego kontaktu z pacjentem.

### Pytania naprowadzające

Pytania te informują rozmówcę, jakiej odpowiedzi od niego oczekuje pielęgniarka/położna lub jaką chciałaby otrzymać. Na ogół są oznajmieniem, a nie zapytaniem, są więc dopuszczalne tylko w sytuacjach oczywistych, np. „Czy odczuwa Pani ból po lewej stronie?”.

### Pytania pogłębiające

Są kategorią pośrednią między pytaniami otwartymi a pytaniami wprost. Charakterystyczną cechą pytań pogłębiających jest to, iż z jednej strony ograniczają pole odpowiedzi, a z drugiej – zachęcają pacjenta do udzielenia dodatkowych informacji. Pytania pogłębiające stosuje się zazwyczaj wtedy, gdy treści, które ma w swojej wypowiedzi poruszyć pacjent, są dla niego przykre, budzą opory, stawiają go wobec konieczności udzielenia odpowiedzi społecznie nieaprobowanej.

Przykłady pytań pogłębiających

- Czy jest coś, co chciałby Pan szczególnie podkreślić?
- Czy mogłaby Pani to bliżej wyjaśnić?
- Czy mógłby Pan powiedzieć coś więcej na ten temat?

Przeprowadzając wywiad z pacjentem, pielęgniarka/położna powinna rozpocząć od zadawania pytań dotyczących problemu, z jakim pacjent zgłosił się lub jaki pielęgniarka/położna sama zaobserwowała.

W rozmowie z pacjentem należy unikać pytań sugerujących, które zawierają w sobie odpowiedź lub wskazują, jaka odpowiedź byłaby pożądana przez pielęgniarkę, np. „Czy ból się zmniejszył?; A może zauważyła Pani krew w stolcu?”.

Należy pamiętać, iż pomimo niebezpieczeństwa wydłużenia czasu trwania wywiadu z pacjentem pielęgniarka/położna powinna zadawać różne rodzaje pytań, co umożliwi pełniejsze poznanie badanego.

**Sposoby zachęcania pacjenta do opowiedzenia o swojej sytuacji**

- **Ułatwianie** – są to: pozycja ciała, działania lub słowa pielęgniarki/położnej, które wyrażają zainteresowanie, np. pochylenie się do przodu, utrzymywanie kontaktu wzrokowego z badanym, wypowiedzenie słów „proszę kontynuować”.
- **Refleksja** – powtórzenie słowa lub zdania, które użył pacjent.
- **Klaryfikacja** – polega na zwerbalizowaniu zrozumienia wypowiedzi pacjenta, tzn. trzeba poprosić pacjenta o rozwinięcie jakiejś myśli, która jest dla pielęgniarki/położnej nie do końca jasna, o wyjaśnienie niezrozumiałych dla niej treści, np. poprzez podanie konkretnych przykładów.
- **Wyjaśnianie** – czyli zapytanie pacjenta, co miał na myśli, używając danego słowa lub zdania.
- **Empatia** – oznacza okazywanie poprzez słowa zrozumienia uczuć pacjenta.
- **Konfrontacja** – jest to stwierdzenie odnoszące się do zachowania bądź uczuć pacjenta nie wyrażonych słownie, najwyraźniej niezgodnych z tym, co komunikuje.
- **Interpretacja** – ujęcie w słowa tego, co wywnioskowała pielęgniarka/położna prowadząca wywiad na temat uczuć pacjenta lub znaczenia, jakie mają dla niego objawy, zdarzenia, sytuacje.

**Zastosowanie technik umiejętnego zbierania wywiadu**

Wywiad powinien mieć charakter rozmowy prowadzonej w określonym celu, w której pielęgniarka/położna jest osobą kontrolującą jej przebieg. Pielęgniarka/położna powinna być świadoma, iż ważnymi czynnikami umożliwiającymi zdobycie pełnych informacji są umiejętności czynnego (aktywnego) słuchania, wykorzystanie komunikacji niewerbalnej, zwrócenie uwagi na reakcje empatyczne, wzmacnianie pozycji pacjenta w relacji z pielęgniarką/położną, stosowanie w rozmowie podsumowań i informowanie pacjenta o przechodzeniu z jednego etapu rozmowy do kolejnego, stosowanie zasad partnerstwa w rozmowie.

**Aktywne słuchanie**

Umiejętność aktywnego słuchania opiera się na:

- akceptacji rozmówcy,
- pełnej tolerancji dla jego emocji,
- szanowaniu drugiej osoby.

Aktywne słuchanie:

- Pozwala wytworzyć poczucie wzajemnego zaufania, akceptowania drugiej osoby takiej, jaką ona jest. Może również dostarczać poczucia wsparcia.
- Zachęca do większej otwartości, zwierzenia się ze wszystkich problemów, co może uświadomić rozmówcy, gdzie tkwi źródło jego trudności.
- Pomaga pacjentowi na dokładne zanalizowanie i organizację swojej wypowiedzi, co zwiększa jego szanse na samodzielne rozwiązanie problemu.
- Umożliwia swobodne wypowiedzenie się na dany temat, „wyrzucenie” z siebie danego problemu, zmniejszając tym samym napięcie psychiczne.
- Daje możliwość konfrontacji wyobrażeń danej osoby z rzeczywistością oraz ich korekty, jest źródłem informacji zwrotnych.
- Pozwala prześledzić tok rozumowania pacjenta, jego sposób myślenia i wnioskowania.

Umiejętność aktywnego słuchania w dużej mierze polega na kontrolowaniu i odpowiednim kierowaniu swoimi zachowaniami niewerbalnymi (mimiką, gestami). Ważne jest w trakcie rozmowy:

- utrzymywanie kontaktu wzrokowego,
- przejawianie zainteresowania tym, co mówi pacjent (np. odpowiednią gestykulacją),
- zachęcanie do rozmowy,
- zadawanie dodatkowych pytań dotyczących tego, co mówi pacjent,
- krótkie powtarzanie niektórych elementów wypowiedzi pacjenta, parafrazowanie,
- powstrzymanie się od komentowania, udzielania rad,
- wyrażanie tolerancji,
- cierpliwość,
- nie przerywanie rozmówcy jego wypowiedzi,
- okazywanie empatii (postawieniu się na miejscu rozmówcy),
- przekazywanie uwag i zrozumienia postawą ciała, spojrzeniem, gestami.

Aktywne słuchanie jest niezwykle ważnym narzędziem okazywania pacjentowi empatii. Dobre opanowanie jego zasad powinno stanowić podstawowy element profesjonalnego przygotowania każdego przedstawiciela zawodów medycznych.

Duże znaczenie dla przebiegu zbierania informacji i skuteczności wywiadu ma wykorzystanie komunikacji niewerbalnej. Jeśli wypowiedź i towarzyszące jej zachowanie pacjenta wyrażają niekonsekwencję, zawsze w większym stopniu należy ufać treści przekazu niewerbalnego, zaś techniką rozstrzygającą bywa konfrontacja, czyli komentarz do wypowiedzi pacjenta (np. „Mówi Pan, że wszystko jest dobrze, a płacze?”). Niezawodnymi technikami niewerbalnymi są wzrok i dotyk. Techniki te ułatwiają komunikację, poprawiają kontakt, ale nie powinny być nadużywane i stosowane bez akceptacji pacjenta, gdyż wówczas mogą łatwo zaburzyć relację.

#### **Techniki wykorzystywane przy aktywnym słuchaniu**

- **Parafraza** – powtórzenie danej wypowiedzi w innej formie. Powinno się powiedzieć dokładnie to samo co rozmówca, ale własnymi słowami („Jeśli dobrze zrozumiałem, to...”, „Z tego, co Pan mówi, wynika, że...”, „Jeśli dobrze Panią rozumiem, to...”, „Jestem zdania, że...”).
- **Odzwierciedlanie uczuć** – polega na uświadomieniu rozmówcy jego własnych uczuć, co wbrew pozorom nie jest takie proste („Wydaje mi się, że jest Pan zdenerwowany, gdy o tym mówi”, „Zdaje się, że Panią rozłościłem”, „Mam wrażenie, że jest Pani zadowolona”, „Czuję, że Pan tym się przejmuje”).
- **Dowartościowanie**, czyli wzmacnianie pozycji pacjenta w relacji z pielęgniarką, położną czy lekarzem. Zwiększenie podmiotowości pacjenta ma dużą wartość dla skuteczności wywiadu, a w konsekwencji dla przebiegu terapii (opieki). Pacjent z dolegliwościami, mający różne trudności i nie zawsze pozytywne doświadczenia związane z kontaktem z pracownikami ochrony zdrowia, może być zagubiony, czuć się niepewnie. („Dziękuję Panu za to, co Pan powiedział”, „Doceniam to, co Pani zrobiła”, „Musiało to być dla Pana trudne, ale mimo to doskonale Pan sobie poradził”).

Słuchając pacjenta, pielęgniarka/położna sporządza listę problemów dotyczących pacjenta, a następnie zadaje pytania ukierunkowane na dany problem. Identyfikacja problemów na początku rozmowy umożliwi bardziej racjonalne wykorzystanie czasu i koncentrację na problemach priorytetowych. Pielęgniarka/położna powinna pamiętać o tzw. „zespolu ręki na klamce”, który polega na ujawnianiu przez pacjenta istotnych kwestii dopiero w ostatnim momencie spotkania.

Duże znaczenie dla umiejętnego zebrania wywiadu przez pielęgniarkę/położną ma komunikacja niewerbalna. Komunikacja bez udziału mowy odbywa się ciągle i dostarcza ważnych wskazówek, pozwala lepiej poznać pacjenta, jego problemy, daje wgląd w uczucia i emocje. Pielęgniarka/położna powinna pamiętać, iż wiele sygnałów niewerbalnych jest uniwersalnych, ale część ma powiązania kulturowe i ich stosowanie musi uwzględniać znaczenie gestów w różnych kulturach. Uświadomienie sobie form, zasad i sposobów komunikacji niewerbalnej umożliwi pielęgniarce/położnej wykorzystywanie w dialogu z pacjentem tej tak ważnej formy interakcji.

#### **Uwzględnienie czynników zakłócających przebieg wywiadu**

Istnieją sytuacje, które modyfikują przebieg wywiadu, są szczególnym wyzwaniem dla pielęgniarki/położnej oraz wymagają też specjalistycznych metod i technik badania chorego:

- **Pacjent milczący** – pacjenci często przestają na chwilę mówić, aby zebrać myśli, przypomnieć sobie szczegóły albo zastanowić się, czy lub co odpowiedzieć. W okresach milczenia ważne jest obserwowanie pacjenta pod kątem sygnałów niewerbalnych, takich jak trudności z opanowaniem emocji. Pacjenci z depresją lub otępieniem mogą tracić zwykłą spontaniczność wyrazu, udzielać krótkich odpowiedzi na pytania, a następnie zapadać w milczenie. Czasem milczenie może być odpowiedzią pacjenta na sposób, w jaki zadawane są pytania (np. zbyt szybkie zadanie wielu pytań, na które pacjent ma udzielić krótkich odpowiedzi).
- **Pacjent dezorientowany** – niektórzy pacjenci mogą prezentować dezorientujący zestaw licznych objawów, tzn. wydają się, że występuje u nich każdy objaw, o jaki badany pyta. Nieraz dezorientacja może wynikać z tego, że pielęgniarka/położna nie może znaleźć sensu w tym, co opowiada pacjent. Mimo że starannie formułowane są pytania, nie uzyskuje się jasnych odpowiedzi. Pacjent może opisywać objawy dziwnymi określeniami: „Mój żołądek zwija się jak wąż”, co może wynikać ze zmiany jego stanu psychicznego, takich jak np. psychoza, choroba psychiczna. Niektórzy pacjenci, chcąc wypełnić luki w pamięci, po prostu mogą zmyślać.
- **Pacjent częściowo lub całkowicie niezdolny do udzielania informacji** – od niektórych pacjentów nie udaje się zebrać wywiadów z powodu majaczenia spowodowanego ostrą chorobą, otępieniem lub innych problemów zdrowotnych i zaburzeń psychicznych. W takich okolicznościach zawsze należy ustalić, czy pacjent jest zdolny do podejmowania decyzji, czyli zrozumienia informacji związanych ze zdrowiem i podejmowania wyborów w kwestiach medycznych. Jeżeli pacjent jest zdolny do udzielenia informacji, należy uzyskać jego zgodę, zanim zacznie się rozmawiać z innymi osobami o jego zdrowiu. Najczęściej pacjent sam wskazuje osobę, która jest upoważniona do uzyskiwania i udzielania informacji o jego zdrowiu. Zawsze pacjenta należy zapewnić o poufności rozmowy i zachowaniu tajemnicy. W przypadku pacjentów, którzy są całkowicie lub częściowo niezdolni do udzielenia informacji lub podejmowania decyzji o swoim zdrowiu, informacje są udzielane przez członka najbliższej rodziny lub opiekuna prawnego.
- **Pacjent płaczący** – płacz wyznacza silne emocje, począwszy od smutku, a skończywszy na gniewie lub frustracji. Jeżeli pacjent jest na skraju płaczu, to pauza, delikatne dociekanie istoty problemu lub wyrażenie empatii stają się sygnałami przyzwalającymi pacjentowi na płacz. Jest on zwykle terapeutyczny. Należy podać pacjentowi chusteczkę i poczekać, aż się uspokoi i przestanie płakać. Większość pacjentów wkrótce odzyskuje spokój i można dalej z nimi rozmawiać.
- **Pacjent rozżłoszczony lub zakłócający spokój** – wielu pacjentów ma powód do złości i mogą kierować ten gniew na rozmówcę. Często gniew pacjenta jest odbiciem jego własnej frustracji lub bólu. Pacjentowi należy pozwolić wyrażać emocje, nie odwzajemniając ich własnym gniewem. Jeżeli pacjenci są rozgniewani, zakłócają spokój, należy wezwać personel ochrony, a samemu zachować spokój, sprawiać wrażenie akceptującego i unikać postawy konfrontacyjnej. Posłuchać należy uważnie, co mówi pacjent, następnie spokojnie zaproponować przejście do innego pomieszczenia, w którym można będzie swobodnie porozmawiać, wywołując mniejsze zamieszanie.
- **Pacjent gadatliwy** – gadatliwy, rozwlekłe opowiadający pacjent może być równie trudny, jak pacjent milczący czy dezorientujący. Pielęgniarka/położna powinna słuchać, co i jak mówi pacjent. Należy pozwolić pacjentowi na swobodną wypowiedź przez 5–10 minut, słuchając go uważnie. Następnie trzeba zadawać pytania ukierunkowane na szczegóły wypowiedzi pacjenta, starając się ograniczyć jego wypowiedź. Zadając pytania szczegółowe, nie wolno okazywać zniecierpliwienia. Jeżeli czas się kończy, pielęgniarka/położna powinna wyjaśnić potrzebę następnego spotkania.
- **Pacjent mający problemy z czytaniem** – są pacjenci, którzy mają problemy z czytaniem. Przyczyny takiego stanu bywają różne; bariera językowa, zaburzenia zdolności uczenia się, słaby wzrok, brak wykształcenia. Jeżeli pacjentowi przekazuje się jakąś instrukcję pisemną zawsze ocenić trzeba jego umiejętność czytania. Nie zawsze pacjent przyzna się do nieumiejętności czytania, dlatego trzeba zapytać pacjenta, czy w czymś nie potrzebuje pomocy i w czym ewentualnie można mu pomóc, np. w wypełnieniu ankiety czy kwestionariusza.
- **Pacjent głuchy i z innymi dysfunkcjami (niewidomy, o ograniczonej inteligencji)** – na początku rozmowy trzeba ustalić, jaką metodę komunikowania się preferuje pacjent/ka, która jest możliwa w sytuacji badanego. Należy wybrać sposób komunikowania się z pacjentem dostosowany do tego, który sam preferuje lub którego używa. W przypadku osoby głuchej, niedosłyszącej może to być język migowy (często potrzebny jest tłumacz), kwestionariusze czy pytania i odpowiedzi pisane. Te ostatnie sposoby potrzebują czasu i nie zawsze są wybierane. Zapytać trzeba pacjenta, czy ma i używa aparatu słuchowego, co bardzo ułatwia prowadzenie wywiadu. Wywiad

z osobą mającą upośledzony słuch wymaga spełnienia odpowiednich warunków: wyeliminować należy całkowicie szumy tła, jeżeli pacjent potrafi czytać z ust, usiąść należy naprzeciwko w dobrym oświetleniu, należy mówić powoli, wyraźnie, blisko ucha osoby niedosłyszącej, bez nadmiernej mimiki, ale korzystając z gestykulacji. W przypadku osoby niewidomej, niedowidzącej należy w pierwszej kolejności uzyskać informację o stopniu niedowidzenia. Rozpoczynając rozmowę, trzeba udzielić badanemu informacji o pomieszczeniu, w którym się znajduje. Nie wolno zbliżać się nigdy do pacjenta bezgłośnie. Należy opisywać swoje wrażenia wzrokowe, a jeśli to możliwe, należy korzystać z pomocy alfabetu Braille'a, kaset z nagraniami.

W przypadku osoby o ograniczonej inteligencji należy dostosować techniki wywiadu i zakres zbieranych informacji do możliwości pacjenta, a pozostałe dane niezbędne pozyskać od opiekuna prawnego lub faktycznego i innych źródeł informacji o pacjencie. Pokonywanie bariery językowej, jeżeli pacjent mówi innym językiem, wymaga tłumacza, który będzie obecny w czasie wywiadu. Zawsze należy zapytać pacjenta, czy wyraża zgodę na obecność innej osoby w czasie wywiadu.

#### Uwzględnienie kwestii związanych ze sferą:

- **Życia seksualnego** – praktyki seksualne mogą być bezpośrednio związane z objawami występującymi u pacjenta, a ich ocena miewa zasadnicze znaczenie dla ustalenia rozpoznania, jak i leczenia. Wielu pacjentów ma pytania i wątpliwości związane z różnymi aspektami seksualności, ale rozmawia bardziej swobodnie na te tematy tylko wówczas, jeżeli pielęgniarka/położna zapyta go o jego zdrowie seksualne. Pytania dotyczące zachowań seksualnych można zadawać w różnych momentach rozmowy. Można zapytać pacjenta o praktyki seksualne, zbierając informacje dotyczące dolegliwości ze strony poszczególnych układów i narządów.
- **Zdrowia psychicznego** – początkowo należy zadawać pytania otwarte: „Czy miał Pan jakieś problemy z chorobami o charakterze emocjonalnym lub psychicznym”, „Czy kiedykolwiek był Pan badany przez psychologa”, „Czy miał Pan przepisywane leki psychotropowe”. U pacjentów z depresją lub zaburzeniami toku myślenia, takimi jak schizofrenia, właściwe jest dokładne zebranie wywiadu. Wielu pacjentów ze schizofrenią czy innymi chorobami sprawnie funkcjonuje w społeczeństwie i bardzo otwarcie opowie pielęgniarkę/położną o swoich dolegliwościach, hospitalizacjach czy przyjmowanych lekach.

#### Uwzględnienie społecznych aspektów rozmowy z pacjentem:

- **Okazanie wrażliwości kulturowej** – skuteczne porozumiewanie się z pacjentami pochodzącymi z różnych środowisk jest ważną umiejętnością zawodową pielęgniarki, położnej, lekarza i każdego pracownika ochrony zdrowia. Unikać należy sytuacji, w których wiedza na temat określonych grup kulturowych prowadzi raczej do ich stereotypowego postrzegania zamiast rozumienia. Rozwijając umiejętności skutecznej rozmowy, należy dążyć do ukształtowania właściwego i świadomego podejścia klinicznego do wszystkich pacjentów pomimo różnic kulturowych. Uświadomienie sobie przez pielęgniarkę/położną jej własnych wartości i uprzedzeń, warunkuje jej osobisty rozwój umiejętności komunikacji pokonującej różnice międzykulturowe.

W budowaniu podstaw komunikacji z pacjentem ważne jest, aby zawsze pamiętać o trzech wymiarach wrażliwości kulturowej:

- **Samouświadomienie** – należy poznać własne uprzedzenia, wszyscy je mają.
- **Komunikowanie się z szacunkiem** – należy eliminować założenia dotyczące tego, co jest „normalne”. Trzeba dowiadywać się tego bezpośrednio od pacjentów – to oni są ekspertami w dziedzinach własnej kultury.
- **Partnerska współpraca** – powinno się budować relacje z pacjentami oparte na szacunku i obustronnej akceptacji planów.

**Etyka i profesjonalizm** – etyka medyczna, którą kierują się pielęgniarka, położna i lekarz w zachowaniach zawodowych, obejmuje określone zasady. Zasady te przyświecają im od zawsze i są ciągle aktualne w pracy z pacjentem. Podstawy etyki zawodowej w opiece nad pacjentem to: nieczynienie zła, czynienie dobra, autonomia, dyskrecja. W większości sytuacji, związanych z pracą z pacjentem, wystarczające jest zdroworozsądkowe poczucie dobra i zła, jednak nieraz podejmować trzeba decyzje wymagające odwołania się do etyki. Ważne jest postępowanie profesjonalne, zgodne z zasadami etycznymi. Zestaw norm i powinności ujęty w „Kodeksie etyki zawodowej pielęgniarki i położnej” pomaga pielęgniarkę/położną w wyborze właściwego postępowania wobec pacjenta. Profesjonalizm gwarantuje jakość działania (opieki), oznacza wykonywanie pracy kompetentnie, rzetelnie, etycznie. Budowanie

wizerunku zawodowego pielęgniarki/położnej jest ważnym czynnikiem wzmocnienia profesjonalizmu.

Istotą skuteczności badania podmiotowego jest znajomość i posiadanie przez pielęgniarkę/położną potrzebnych do tego umiejętności, takich jak:

- aktywne słuchanie: kontakt wzrokowy, otwarta postawa ciała, potakiwanie głową;
- potwierdzanie rozumienia przekazywanych informacji;
- zadawanie pytań stosownie do celu: pytania zamykające potrzebne do ustalenia faktów, pytania otwarte pozwalające na swobodną wypowiedź pacjenta, pytania wyjaśniające lub „sondujące” dla pogłębienia pozyskiwanych informacji;
- stosowanie podsumowań/streszczeń dla stwierdzenia: czy słowa pacjenta zostały dobrze zrozumiane, zebrania dotychczasowych faktów, czy zastanowienia, o co jeszcze zapytać pacjenta;
- pytanie pacjenta o jego przekonania, lęki;
- reagowanie na werbalne/niewerbalne sygnały wyrażane przez pacjenta.

#### **4. Podstawowe parametry życiowe**

Badanie podstawowych parametrów życiowych obejmuje pomiar ciśnienia tętniczego krwi, częstości rytmu serca, częstości oddechów, temperatury ciała oraz bólu. Są to pomiary, które powinny być wykonane zwykle na początku spotkania z pacjentem. Pielęgniarka po dokonaniu pomiarów powinna je ocenić pod kątem prawidłowości lub nie. Wyniki nieprawidłowe wymagają powtórzenia (ponownych pomiarów). Można je wykonać w różnym czasie badania podmiotowego i fizykalnego pacjenta, w czasie badania układu krążenia, klatki piersiowej i płuc. Pielęgniarka/położna musi znać techniki i procedury wykonania poszczególnych pomiarów, umieć je zastosować u pacjenta. Odczytany wynik powinna zinterpretować, porównując go z przyjętą normą dla wieku, płci i rodzaju zaburzeń. Przy ocenie poszczególnych parametrów należy pamiętać o czynnikach, które mogą mieć wpływ na ich wartość. Jeżeli np. wartości ciśnienia tętniczego są nieprawidłowe, należy badanie powtórzyć pod koniec badania chorego, kiedy czynnik emocjonalny zostanie zminimalizowany. Trzeba zwrócić uwagę, czy nie występują dodatkowo jakieś zjawiska (zespoły) fałszujące rzeczywisty wynik, jak np. nadciśnienie „białego fartucha” oznaczające wyższe wartości ciśnienia tętniczego podczas pomiaru w gabinecie niż w domu pacjenta. Pomiar parametrów życiowych daje możliwość diagnostyki stanu zdrowia pacjenta, jest też narzędziem kontroli (monitoringu) pojawiających się zmian, zarówno pozytywnych, jak i ewentualnych zaburzeń. Pomiary te mogą też wskazywać na potrzeby zmian w działaniach wobec pacjenta, np. ocena natężenia bólu pomoże określić ilość niezbędnego leku w terapii bólu.

Wszystkie uzyskane wyniki pielęgniarka/położna dokumentuje, zgodnie z zasadami w obowiązujących w placówce wzorach dokumentacji, autoryzując wpis.

#### **5. Znaczenie skal i testów w ocenie stanu zdrowia pacjenta**

Skale nie mogą zastąpić szczegółowego wywiadu oraz badania fizykalnego pacjenta. Niemniej jednak ich przydatność w diagnostyce stanu zdrowia pacjenta jest bardzo duża. Narzędzia te obiektywizują pomiar, umożliwiają pogłębienie diagnostyki i poszerzenie zbioru informacji. Są pomocne w ocenie wyników terapii i przebiegu choroby oraz służą jako narzędzie rokownicze. Uzupełniają podstawowe informacje chorobowe zebrane podczas badania podmiotowego o specyficzne dane dotyczące możliwości funkcjonowania organizmu i charakterystyczne cechy zachowania pacjenta. Stosowanie skal (klinimetria) pozwala ocenić: stan zdrowia pacjenta, uwzględniając czynniki psychiczne i społeczne, skuteczność interwencji terapeutycznych, stosowanych leków, wykonywanych zabiegów terapeutycznych, sensowność podejmowania kosztownych procedur medycznych, a nawet skuteczność działania opieki zdrowotnej.

W praktyce zawodowej pielęgniarki/położnej wykorzystuje się różne skale, kwestionariusze, testy w zależności od celu badania, sytuacji zdrowotnej badanego, ale także umiejętności wykonującego badanie i obowiązujących aktów prawnych. Dostępne dziś w praktyce zawodowej pielęgniarki/położnej narzędzia wykorzystywane w ocenie stanu zdrowia można podzielić na grupy: służące badaniu przesiewowemu (*screening*), np. w kierunku niedożywienia, oraz pozwalające na pogłębioną analizę stanu pacjenta (*assessment*), np. stopnia odżywienia, skale uszkodzeń, np. do oceny stanu chorych z chorobami neurologicznymi, czy skale funkcjonalne, np. do oceny sprawności i niezależności pacjenta, albo też skale jakości życia.

Wprowadzanie skal jako narzędzi diagnostycznych do praktyki pielęgniarskiej jest bardzo korzystne, jednakże wymaga spełnienia określonych warunków:

- określenia podstaw legislacyjnych określających nie tylko narzędzia, ale zasady ich stosowania,
- wskazania wzorów narzędzi i ich upowszechnienia,
- przygotowania i przeprowadzenia szkoleń w zakresie postępowania się skalami w diagnostyce.

Szersze wykorzystanie skal i innych narzędzi pomiarowych w codziennej pracy z pacjentem (nie tylko dla potrzeb badań naukowych, ale dla diagnostyki stanu zdrowia pacjenta) przyczyni się do poprawy metodyki pracy, umożliwi porównywanie wyników pomiaru nie tylko u pacjenta, ale między różnymi pacjentami. Może być cennym instrumentem doskonalenia jakości opieki pielęgniarskiej/położniczej,

## 6. Zakres informacji gromadzonych w zakresie badania podmiotowego

Zakres gromadzonych danych jest różny i zależy od wielu czynników, a przede wszystkim od sytuacji pacjenta, etapu pracy i celu badania. Pozyskane w wywiadzie dane tworzą bank informacji, na podstawie których pielęgniarka/położna może poznać podmiot opieki (pacjenta i jego rodzinę), wyznaczyć kolejne techniki badawcze niezbędne w dalszym diagnozowaniu pacjenta.

Warunkiem uzyskania potrzebnych informacji jest umiejętność pielęgniarki/położnej właściwego doboru metod i sposobów gromadzenia informacji o badanym oraz współpraca z nim. W zbiorze danych o pacjencie powinny być: dane personalne, osobowe źródła informacji, dane dotyczące głównego problemu zdrowotnego, informacje o stanie zdrowia pacjenta w sytuacji zdarzenia nagłego, dane dotyczące obecnego stanu zdrowia (dolegliwości ze strony poszczególnych narządów i układów), informacje dotyczące rodziny oraz dane charakteryzujące cechy sytuacji psychosocjalnej pacjenta i jego rodziny.

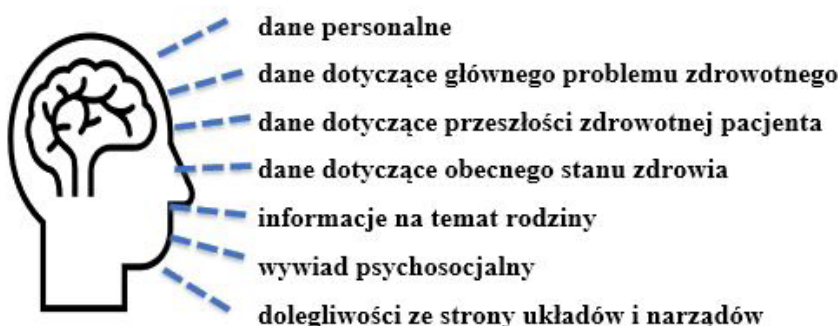
Zakres informacji gromadzonych w zakresie badania podmiotowego powinien pozwolić pielęgniarence/położnej na określenie (Ryc. 2):

- cech charakterystycznych dla stanu poszczególnych układów i narządów zmysłów oraz
- ograniczeń i obciążeń istotnych dla pacjenta, jak również związanego z tym samopoczucia jego i członków jego rodziny, ponadto
- zachowanych prawidłowości i sprawności funkcjonalnej (czynnościowej) badanego pacjenta.

### Dane personalne:

- wiek,
- płeć,
- miejsce urodzenia,
- stan cywilny,
- zawód,
- wyznanie,
- skierowanie,
- ubezpieczenie zdrowotne,
- numer PESEL.

Ryc. 2. Zakres informacji zawartych w badaniu podmiotowym





Dane informujące, od kogo zbierany jest wywiad – źródłem informacji może być:

- sam pacjent,
- rodzina/opiekunowie,
- dokumentacja medyczna oraz
- bezpośrednie spostrzeżenia pielęgniarki.

Dane dotyczące głównego problemu zdrowotnego – zidentyfikowanie i nazwanie poszczególnych objawów i dolegliwości jest działaniem niewystarczającym. Dla potrzeb zgromadzenia wszystkich niezbędnych danych pozwalających na szczegółową charakterystykę rozpoznanych zaburzeń (dysfunkcji) należy pogłębić wywiad. W dalszym badaniu pielęgniarka/położna może posłużyć się schematami: OLD CART (Tabela 1) oraz FIFE (Tabela 2) Zastosowanie tych schematów wydłuża wywiad, ale ma dużą wartość diagnostyczną. Ponadto pozwala na znaczne zaoszczędzenie czasu na późniejszym etapie pracy z pacjentem.

Tabela 1. System (schemat) OLD CART, informacji o dolegliwościach, objawach.

O ( <i>onset</i> ), początek	Od kiedy pacjent odczuwa daną dolegliwość, czy pojawiła się nagle, czy ma związek z wykonywaniem jakiejś czynności, o jakiej porze dnia występuje?
L ( <i>location</i> ), lokalizacja	Gdzie zlokalizowana jest dana dolegliwość, należy poprosić pacjenta o pokazanie miejsca występowania dolegliwości
D ( <i>duration</i> ), czas trwania	Jak długo pacjent odczuwa daną dolegliwość?
C ( <i>characteristics</i> ), charakter dolegliwości	Jaki ma charakter dana dolegliwość, czy np. ból, który pacjent odczuwa, jest ostry, tępy, ćmiący, piekący lub pulsujący, przeszywający, opasujący, narastający, pojawia się nagle czy powoli, jest okresowy czy stały?
A ( <i>aggravating</i> ), czynniki pogarszające	Czy są i jakie czynniki, które pogarszają/nasilają dany objaw/dolegliwość?
R ( <i>relieving factors</i> ), czynniki łagodzące	Czy są i jakie czynniki, które zmniejszają dany objaw/dolegliwość?
T ( <i>treatment</i> ), zastosowane leczenie	Co pacjent stosował w domu, aby zmniejszyć dolegliwość, czy brał leki, czy stosował zimno lub ciepło, metody ludowe?

Tabela 2. Schemat FIFE, strategia pozwalająca na lepsze poznanie pacjenta, jego choroby i doświadczeń z nią związanych.

F ( <i>Feelings</i> ), uczucia	Związane z chorobą/problemem, a zwłaszcza obawy, wątpliwości. Pacjenta należy zapytać: „Czy ma Pan jakieś szczególne obawy lub wątpliwości?” „Czego Pan najbardziej się boi?” „Czy ma Pan jakieś szczególne obawy i niepokoje w tej chwili?”
I ( <i>Ideas</i> ), idee	Pomysły wyjaśnienia sprawy. Pacjenta należy zapytać o jego spostrzeżenia, dotyczące charakteru i przyczyn problemu, np.: „Jak Pan myśli, co może być przyczyną tej choroby?” „Co według Pana mogło spowodować te zaburzenia/tę chorobę?” „Co Pan sądzi o bólu?” „Jaki jest najlepszy sposób eliminowania bólu?”
F ( <i>Function</i> ), funkcjonowanie pacjenta w chorobie i z chorobą	Wpływ choroby na życie codzienne, wprowadzone zmiany w funkcjonowaniu. Przykłady pytań: „W jaki sposób choroba zmieniła Pana funkcjonowanie w ciągu dnia?” „Jakie zmiany spowodowała choroba?” „Z czego (z jakich funkcji) musiał Pan zrezygnować z powodu swojej choroby?” „Jakie cele ma Pan teraz w swoim życiu?” „W jaki sposób choroba wpływa na Pana cele?” „W jaki sposób choroba wpływa na Pana relacje/kontakty z bliskimi/z ludźmi ważnymi w Pana życiu?”
E ( <i>Expectations</i> ), oczekiwania dotyczące lekarza, pielęgniarki i choroby.	Przykładowe pytania: „Czego oczekuje Pani od lekarza/pielęgniarki/położnej?” „Co mogę dla Pana zrobić dzisiaj?” „Czy ma Pan jakieś oczekiwania co do tego, jak lekarze mogą pomóc?” „Czego Pan oczekuje w zakresie leczenia/pielęgnowania?” „Jakie są Pana oczekiwania dotyczące tego, co może się zdarzyć w tej chorobie?”

### Informacje o stanie zdrowia pacjenta w sytuacji zdarzenia nagłego

Gromadzenie informacji celem kompleksowego poznania pacjenta w sytuacji zdarzenia nagłego powinna pielęgniarka prowadzić według schematu SAMPLE:

**S** – *symptoms* – objawy

**A** – *allergies* – uczulenia

**M** – *medication* – medykamenty (przyjmowane leki)

**P** – *past medical history/pregnancy* – przebyte choroby/ciąża

**L** – *last meal* – ostatni posiłek

**E** – *environment/Events preceding the incident* – środowisko/wydarzenia poprzedzające wypadek

#### Dane dotyczące przeszłości zdrowotnej pacjenta

• **choroby przebyte w dzieciństwie** – takie jak odra, różyczka, świnka, krztusiec, ospa wietrzna, gorączka reumatyczna, szkarlatyna i polio, choroby wieku dojrzalego (4 kategorie chorób):

– choroby internistyczne – cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, WZW, astma, zakażenie wirusem HIV,

– problemy ginekologiczno-położnicze – przebieg miesiączek, metody antykoncepcji, aktywność seksualna,

– problemy psychiatryczne – czas występowania, hospitalizacje, leczenie,

– choroby chirurgiczne – przebyte zabiegi operacyjne (daty i rodzaje operacji), wypadki i urazy, pobyty w szpitalu.

Informacje dotyczące przeszłości zdrowotnej pacjenta są niezwykle istotne do stwierdzenia, czy objawy występujące obecnie mają związek z przeszłością zdrowotną pacjenta, czy jest to problem zupełnie nowy.

#### Dane dotyczące obecnego stanu zdrowia (dolegliwości ze strony poszczególnych narządów i układów):

• przyjmowane leki, w tym środki domowe, leki kupowane bez recepty, witaminy/mikroelementy, leki pożyczone,

- alergie,
- stosowane używki: produkty tytoniowe (rodzaj, ilość i okres stosowania – wywiad należy pogłębić, stosując test diagnostyczny), alkohol, środki psychoaktywne, narkotyki,
- nawyki żywieniowe,
- badania przesiewowe – próby tuberkulinowe, cytologia wymazu z szyjki macicy, mammografia, kał na krew utajoną, poziom cholesterolu (wyniki i daty ich wykonania),
- szczepienia – przeciwko tężcowi, krztuścowi, błonicy, polio, odrze, różyczce, śwince, grypie, ospie wietrznej, WZW typu B, pneumokokom,
- rytm snu, zaburzenia snu – niedrożność dróg oddechowych, zespół bezdechu. Konsekwencja tego to: senność podczas dnia, bóle głowy, lęk, depresja,
- aktywność fizyczna (regularność), wypoczynek,
- zagrożenia środowiskowe – fizyczne, biologiczne, chemiczne (dom, szkoła, miejsce pracy),
- czynniki związane z bezpieczeństwem (np. używanie pasów bezpieczeństwa w samochodzie, noszenie stabilnego obuwia, kaski rowerowe, filtry przeciwsłoneczne, wykrywacze dymu i czadu).

#### **Informacje dotyczące rodziny (wywiad rodzinny):**

- wiek i stan zdrowia rodziców lub wiek i przyczyna śmierci rodziców, rodzeństwa, współmałżonka, dzieci, innych krewnych,
- występowanie takich chorób, jak: cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, udar, hipercholesterolemia, choroby nerek, tarczycy, gruźlica, zapalenie stawów, niedokrwistość, alergia, astma, bóle głowy, padaczka, choroby psychiczne, alkoholizm, narkomania. Należy pytać o rodzinne występowanie raka: sutka, jajnika, okrężnicy, gruczołu krokowego. Inne choroby uwarunkowane genetycznie (np. skaza krwotoczna),
- czy u kogoś z rodziny występowały objawy takie, jakie występują obecnie u badanego pacjenta?
- występowanie w rodzinie samobójstw, depresji.

#### **Informacje dotyczące danych psychosocjalnych (wywiad psychosocjalny):**

- sytuacja w domu – osoby ważne dla pacjenta (rodzina, przyjaciele),
- rytm życia codziennego,
- wyznanie (światopogląd), o ile ma to znaczenie,
- znaczące doświadczenia życiowe (dorastanie, szkoła, służba wojskowa, praca, sytuacja finansowa, małżeństwo, przejście na emeryturę),
- rodzaj wykonywanej pracy, warunki socjalne,
- pogląd na teraźniejszość i przyszłość.

#### **Dolegliwości ze strony poszczególnych narządów i układów:**

- **Ogólne parametry życiowe:** oddech, ciśnienie tętnicze krwi, temperatura ciała, masa ciała, zmiany ciężaru ciała w ostatnim okresie: „Czy jakieś ubrania nie są ciasniejsze/luźniejsze niż przedtem?”, męczliwość, osłabienie.
- **Skóra:** zmiany skórne – wysypki, guzki, owrzodzenia, świąd, suchość skóry, zmiana zabarwienia – zmiany wielkości i koloru, zmiany dotyczące paznokci i owłosienia.
- **Głowa:** bóle, urazy, zaburzenia równowagi itp. „zawroty głowy”, tj. uczucie falowania, zapadania, kołysania lub ściągania w bok.
- **Narządy zmysłów:**
  - **oczy** – ostrość wzroku, stosowanie okularów lub soczewek kontaktowych, zaczerwienienie, ból, nadmierne łzawienie, podwójne lub niewyraźne widzenie, plamy i plamki, migoczące światło, jaskra, zaćma;
  - **uszy** – słuch, szum w uszach, zawroty głowy, ból, wyciek, infekcja, jeżeli słuch jest uszkodzony, czy pacjent stosuje aparat słuchowy;
  - **nos** – częste przeziębienia, „zatkanie” nosa, wydzielina, świąd, katar sienny, krwawienia z nosa, problemy z zatokami.
- **Jama ustna i gardło:** stan zębów i dziąseł, krwawienia z dziąseł, protezy zębowe i ich dopasowanie, bolesność języka, owrzodzenie, częste bóle gardła, chrypka, ostatnie badanie jamy ustnej.
- **Szyja:** guzy, powiększone węzły chłonne, wole, ból lub sztywność szyi (karku),
- **Gruczoły piersiowe:** guzki, dyskomfort lub ból, wyciek z brodawki sutkowej, samobadanie gruczołów piersiowych.
- **Układ oddechowy:** kaszel (suchy, wilgotny), płwocina (charakter – kolor, ilość), krwioplucie, świsty, ból opłu-

cnowy, zapalenie oskrzeli, rozedma, astma oskrzelowa, zapalenie płuc, gruźlica, ostatnie zdjęcie RTG lub inne badanie płuc.

- **Układ krążenia:** dyskomfort lub ból w klatce piersiowej, kołatanie serca, duszność (w pozycji leżącej, napadowa, nocna), nadciśnienie tętnicze krwi, niskie ciśnienie krwi, przebyte rzuty gorączki reumatycznej, szmery w sercu, wyniki EKG lub innego badania serca.
- **Obwodowy układ krążenia:** chromanie przestankowe, kurcze mięśni nóg, żylaki, zakrzepy w żyłach, obrzęk stóp, łydek, kończyn, zmiany zabarwienia dystalnych części palców rąk lub palców stóp podczas ekspozycji na zimno, obrzęk limfatyczny.
- **Układ pokarmowy:** stan zębów i dziąseł, problemy z połykaniem, zgaga, apetyt, nudności, wymioty, zarzucanie treści pokarmowej, krwawe wymioty, niestrawność, nietolerancje pokarmowe.
- **Wypróżnienia:** częstość, rytm (zmiany), ból podczas defekacji, zabarwienie, objętość stolca, krwawienia z odbytu, czarne lub smoliste stolce, guzki krwawnicze, zaparcia, biegunki, bóle brzucha, nietolerancja pokarmowa, nadmierne odbijanie lub oddawanie gazów.
- **Żółtaczka:** dolegliwości ze strony wątroby lub pęcherzyka żółciowego, zapalenie wątroby, rodzinne występowanie polipów lub raka okrężnicy.
- **Badania przesiewowe w kierunku raka gruczołu krokowego:** stężenie antygenu swoistego dla prostaty – PSA (data ostatniego badania), badanie per rectum.
- **Badania przesiewowe w kierunku polipów i raka okrężnicy:** sigmoidoskopia, kolonoskopia, badanie kału na krew utajoną (6-krotne próbkowanie), poradnictwo w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową: stosunki analne.
- **Układ hematologiczny:** niedokrwistość, łatwe powstawanie siniaków lub krwawień, przetoczenia krwi w przeszłości i ewentualne reakcje na nie.
- **Układ endokrynologiczny:** nietolerancja zimna lub gorąca, nadmierna potliwość, cukrzyca, nadmierne pragnienie lub głód, wielomocz, nadczynność tarczycy, niedoczynność tarczycy.
- **Układ moczowy:** częstość oddawania moczu, wielomocz, krwiomocz, oddawanie moczu w nocy, pieczenie/ból przy oddawaniu moczu, uczucie parcia na pęcherz moczowy, zmniejszony lub słaby strumień moczu, niemożność natychmiastowego oddania moczu, nietrzymanie moczu (inkontynencja), zakażenia układu moczowego, obecność kamieni.
- **Układ płciowy żeński:** wiek pierwszej miesiączki, charakter cykli miesięczkowych (regularność, częstość i czas trwania, obfitość krwawień miesięczkowych), występowanie krwawień międzymiesiączkowych, napięcia przedmiesiączkowego, zespół napięcia przedmiesiączkowego, wiek wystąpienia menopauzy, objawy menopauzalne, krwawienia pomenopauzalne, badania cytologiczne, wydzielina z pochwy, upławy, świąd sromu, owrzodzenia, guzki, choroby przenoszone drogą płciową i sposób ich leczenia, czynniki ryzyka AIDS, zapobieganie, liczba ciąż, porodów i poronień (samoistnych i sztucznych), powikłania związane z ciążą, metody planowania poczęć (naturalne, antykoncepcja), aktywność seksualna i satysfakcja z niej, preferencje seksualne, problemy (np. bolesne stosunki płciowe).
- **Układ płciowy męski:** przepukliny, wyciek z cewki moczowej lub owrzodzenie prącia, ból jąder lub obecność badalnego tworów, ból lub obrzęk moszny, choroby przenoszone drogą płciową i sposób ich leczenia, samobadanie jąder, zachowania seksualne, orientacja seksualna, aktywność seksualna i satysfakcja z niej, metody antykoncepcji.
- **Układ mięśniowo-szkieletowy:** bóle mięśni lub stawów, ograniczenie ruchomości stawów, sztywność stawów, dna moczanowa, bóle kręgosłupa – lokalizacja (bóle okolicy szyjno-piersiowej i okolicy lędźwiowo-krzyżowej), objawy towarzyszące – obrzęk, zaczerwienienie, ból, tkliwość, sztywność, osłabienie, ograniczenie ruchomości lub aktywności ruchowej (pora występowania – rano, wieczorem).
- **Układ nerwowy:** bóle głowy, zawroty głowy, podwójne widzenie, dyzartria, ataksja, omdlenia, utraty przytomności, napady padaczkowe, osłabienie siły mięśniowej, niedowłady, porażenia, drętwienie, mrowienie, drżenie, ruchy mimowolne, niepokój ruchowy nóg.
- **Stan psychiczny:** nerwowość, napięcie, nastrój (obniżenie, podwyższenie, myśli samobójcze), pamięć (ewentualne zaburzenia).

## Wywiad zawodowy

Pytając pacjenta o pracę zawodową, zawsze należy rozważyć zagrożenia i czynniki wpływające na jego bezpieczeństwo w miejscu pracy.

**Wywiad zawodowy dotyczyć powinien w szczególności:** chronologii zatrudnienia, środowiska i warunków pracy (hałas, mikrourazy, kontakt z substancjami chemicznymi), urazów i chorób zawodowych, hobby i innych zainteresowań, układu rozrodczego.

Na tym etapie prowadzonego wywiadu ważne jest rozważenie związków zdrowia i stanów zdrowotnych z warunkami pracy. Myślenie musi być nakierowane na znaczenie środowiska w oddziaływaniu krótko- i długoterminowym.

## III. Badanie przedmiotowe osoby dorosłej

Badanie przedmiotowe daje pielęgniarce/położnej możliwość obiektywnej oceny funkcjonowania poszczególnych narządów i układów u badanego pacjenta. Pozwala to ustalić występujące u pacjenta odchylenia od normy, umożliwia ocenę i zróżnicowanie występujących dolegliwości oraz objawów chorobowych. Badanie zalicza się do grupy badań przesiewowych, które wskazują kierunek i zakres pogłębionego badania specjalistycznego w zakresie kompleksowego diagnozowania osoby badanej.

### 1. Podstawowe techniki badania fizykalnego

Badanie fizykalne pacjenta opiera się na wykonywaniu czterech klasycznych technik: oglądania (łac. *obductio*), obmacywania /palpacji (łac. *palpatio*), opukiwania (łac. *percussio*) i osłuchiwania (łac. *auscultatio*).

Badając poszczególne układy lub narządy pacjenta, stosuje się zawsze powyższe techniki w podanej kolejności, z wyjątkiem badania jamy brzusznej. W przypadku badania jamy brzusznej kolejność badania jest następująca: oglądanie, osłuchiwanie, opukiwanie i palpacja. Wiąże to się z potrzebą wysłuchania dźwięków perystaltycznych i ruchów jelit rzeczywistych, jakie są w jamie brzusznej w momencie badania, a nie po wcześniejszym jego obmacaniu.

**Oglądanie** jest to uważna obserwacja szczegółów wyglądu pacjenta, jego zachowania, w tym wyrazu twarzy, nastroju, budowy i postawy ciała, stanu pielęgnacji ciała. Oglądanie daje możliwość oceny rozwoju fizycznego, jakości odżywienia, stanu narządów, stawów oraz mięśni i występujących zmian troficznych, czy zniekształceń, zmian skórnych (wybroczyny lub siniaki), ruchów oczu, zabarwienia gardła, symetrii klatki piersiowej, kształtu brzucha, obręzków kończyn dolnych oraz rodzaju chodu.

**Opukiwanie** pozwala na stwierdzenie występowania różnych zmian na podstawie tzw. odgłosu opukowego w poszczególnych jamach ciała, jak i w tkankach. Służy do lokalizowania narządu za pomocą lekkiego, ale ostrego uderzenia narządu, aby określić jego pozycję, wymiar oraz wykryć występowanie płynu lub powietrza w jamach ciała. Wibracja jest różna ponad płynem, powietrzem. Technika badania polega na krótkim dwukrotnym uderzeniu palcem ręki, zwykle środkowym, zwanym młoteczką, w dystalną część palca, zwanego kowadełkiem (zwykle jest to środkowy palec 3 palca lewej ręki), który jest przyłożony do badanej powierzchni (klatka piersiowa, brzuch). Odgłos opukowy może być:

- **stłumiony** (jak np. na udzie, nad wątrobą, nad sercem) – świadczy o obecności zwartej bezpowietrznej tkanki. Odgłos opukowy jest krótki, wysoki i cichy,
- **jawny** (jak w normalnych warunkach nad płucami) – świadczy o obecności prawidłowo powietrznej tkanki płucnej. Odgłos opukowy jest niezbyt głośny, niski i ton jest dość długo słyszalny,
- **nadmiernie jawny** (u dzieci prawidłowy) – u dorosłych świadczy o nadmiernej powietrzności (rozedma i odma płuc). Odgłos opukowy jest głośniejszy niż w jawnym, ton jest długo słyszalny o dudniącym charakterze,
- **bębunkowy** (jak na brzuchu) – świadczy o obecności przestrzeni wypełnionej gazem np. nad żołądkiem lub jelitem wypełnionym powietrzem. Odgłos opukowy jest niezbyt głośny i ton jest długo słyszalny, wyższy niż rezonans.

Za pomocą opukiwania określić można, czy tkanki w zasięgu opukiwania są wypełnione powietrzem, płynem, czy mają spoisty charakter. Dotyczy to warstwy 5–7 cm w głąb od miejsca opukiwania. Opukiwaniem można ocenić między innymi:

- wielkość serca, wątroby, płuc (wielkość i ruchomość),
- obecność płynu lub powietrza w jamie opłucnej,

- bezpowietrzność miększu płucnego (guz, zapalenie),
- wypełnienie pęcherza moczowego.

**Obmacywanie/palpacja** jest to badanie za pomocą dotyku powłok ciała lub narządów. Wykonuje się ucisk za pomocą dłoniowej powierzchni palców lub opuszkami palców w celu oceny obszarów uniesienia, zagłębienia, ciepłoty lub bolesności skóry, oceny węzłów chłonnych, tętna, kształtu i wielkości narządów wewnętrznych i nieprawidłowych mas, a także trzyczęści w stawach. Rozróżnia się 3 techniki badania palpacyjnego (obmacywania). Badanie palpacyjne płytkie (palpacja lekka) – stosuje się ją np. przy badaniu brzucha. Amplituda ucisku podczas takiego badania wynosi 1–2 cm, stosuje się ucisk lekki, za pomocą paliczków ręki dominującej.

Badanie palpacyjne głębokie (palpacja głęboka) – służy do oceny narządów znajdujących się głęboko w jamie brzusznej. Amplituda ucisku wynosi do 5 cm. W przypadku badania pacjenta otyłego używa się siły większej, wówczas amplituda ucisku wynosi 7–8 cm.

Badanie palpacyjne oburęczne (palpacja oburęczna) – służy do badania narządów miednicy mniejszej, wątroby, śledziony, nerek.

W czasie badania palpacyjnego należy zwrócić uwagę na sześć elementów:

- rozmiar narządu (kształt, konsystencję, ruchomość, występowanie zgrubień, guzowatości),
- ilość i jakość tętna,
- występowanie bólu,
- temperatura i wilgotność skóry,
- obrzęki i gromadzenie się płynów w okolicy badanego narządu,
- wibracje.

**Osluchiwanie** pomaga rozpoznać charakterystyczne zjawiska i cechy parametrów dla prawidłowych oraz nieprawidłowych funkcji narządów/organizmu. Osluchiwanie polega na osłuchiwaniu narządu za pomocą stetoskopu (w zależności od celu badania używa się membrany lub lejka). Podczas osłuchiwania poszczególnych części ciała można wysłuchać trzy różne jakości dźwięku:

- ton (wysoki lub niski),
- intensywność (głośność dźwięku),
- trwanie (czas trwania dźwięku).

Osluchując pacjenta, ocenia się charakterystyczne dźwięki powstające w sercu, płucach, jelitach. W sercu obejmuje to dźwięki powstające podczas zamykania 4 zastawek oraz napływu krwi do komór, a także szmery. Osluchiwanie umożliwia również wykrywanie szmerów naczyniowych, czyli dźwięków wynikających z turbulencji przepływu krwi w tętnicach. Osluchiwanie jest też ważną techniką pozwalającą pielęgniarce/położnej na zbadanie obecności lub nie szmerów jelitowych w jamie brzusznej pacjenta.

## 2. Zasady prowadzenia badania fizykalnego

Każde badanie, także badanie fizykalne (przedmiotowe), wymaga przestrzegania pewnych zasad, które warunkują prawidłowe jego przeprowadzenie oraz zadowolenie pacjenta z całego procesu diagnozowania.

Obowiązujące zasady to:

- przed rozpoczęciem badania zawsze wcześniej należy skompletować potrzebny sprzęt do badania fizykalnego, są to: lupa, latarka, szpatułka, gaziki, oftalmoskop, tablicę pseudoizochromatyczną Ishihary, tablicę Snellena do oceny ostrości wzroku, ciśnieniomierz do badania RR dla osoby dorosłej, otoskop, wziernik do nosa, kamerton, miarę krawiecką, młotki neurologiczne, monofilament, zestaw zapachów do oceny węchu, igłę jednorazową, probówki z ciepłą i zimną wodą, skalę i kwestionariusze do oceny poszczególnych cech, rękawiczki jednorazowego użytku, środek do dezynfekcji oraz inne w zależności od potrzeb, a wymienione w Załączniku nr 2<sup>1</sup>. Wyposażenie w sprzęt i środki dydaktyczne do realizacji kursu specjalistycznego: *Wywiad i badanie fizykalne*;

1 Zawarte w programie kursu specjalistycznego *Wywiad i badanie fizykalne* dla pielęgniarek i położnych. Zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia w dniu 14 grudnia 2016 r.

<https://ckppip.edu.pl/wp-content/uploads/2020/10/Wywiad-i-badanie-fizykalne.pdf>.

- pacjentowi zawsze należy przedstawić cel badania, wyjaśnić jego przebieg i uzyskać zgodę pacjenta na badanie; wiedza o badaniu i świadomie wyrażona zgoda pacjenta na przeprowadzenie badania fizykalnego warunkuje jego dobrą współpracę podczas badania;
- zawsze należy zapewnić maksimum intymności podczas badania;
- przeprowadzając badanie, stosując różne techniki w badaniu, wcześniej należy uprzedzić pacjenta o zamiarze wykonania danej czynności;
- pacjentowi należy udzielić wyraźnych instrukcji, jak ma się zachowywać w czasie badania, gdyż większość pacjentów chętnie współpracuje podczas badania, jeśli rozumie wykonywane czynności;
- pomieszczenie, w którym wykonywane ma być badanie fizykalne, powinno mieć odpowiednią temperaturę, czyli 18–22 stopnie Celsjusza oraz dobre oświetlenie, najlepiej dzienne;
- paznokcie powinny być wcześniej obcięte krótko i opilowane, a przed przystąpieniem do badania ręce należy umyć w ciepłej wodzie;
- badanie zawsze zaczyna się od ogólnej obserwacji pacjenta, a następnie przechodzi się do badania poszczególnych układów lub narządów z przestrzeganiem schematu: „od góry do dołu” (głowa, kończyny górne, kończyny dolne, klatka piersiowa, brzuch, okolica odbytu, narządy płciowe);
- podczas wykonywania kompleksowego badania fizykalnego zawsze należy odsłaniać tylko te części ciała, które są w danej chwili badane;
- zawsze należy przestrzegać w badaniu kolejności stosowania technik: oglądanie, palpacja, opukiwanie, osłuchiwanie, z wyjątkiem badania brzucha, gdzie obowiązuje kolejność: oglądanie, osłuchiwanie, opukiwanie i palpacja;
- jeżeli pacjent jest zestresowany, należy podjąć rozmowę na inne tematy, zadawać pytania, na których pacjent skupi się, odpowiadając, aby odwrócić uwagę i zmniejszyć stres;
- badanie zawsze należy przeprowadzać, stojąc z prawej strony badanego pacjenta;
- po przeprowadzonym badaniu należy udokumentować jego wyniki;
- w czasie badania należy przejawiać w stosunku do pacjenta życzliwość, stwarzać atmosferę zaufania i zrozumienia;
- badanie wykonywać delikatnie, z poszanowaniem osoby pacjenta, jego intymności i godności podczas badania;
- należy zagwarantować pacjentowi prawo do ochrony danych osobowych.

#### **IV. Ocena stanu zdrowia pacjenta na podstawie wyników badania podmiotowego i przedmiotowego**

##### **1. Objawy ogólnoustrojowe**

Wiele chorób – we wczesnym okresie rozwoju, a także w ich przebiegu, obok typowych objawów narządowych, daje objawy ogólnoustrojowe. Ich rozpoznanie powinno mieć miejsce już podczas badania ogólnego. Ocena ogólna badanego rozpoczyna się od pierwszych chwil kontaktu pielęgniarki z pacjentem i obejmuje obserwację zachowania, wyglądu, wyrazu twarzy, nastroju, postawy i chodu oraz pomiar podstawowych parametrów życiowych: ciśnienia tętniczego, częstości rytmu serca, częstości oddechów, wielkości temperatury ciała oraz lokalizacji, charakteru i natężenia bólu. Uzyskane wyniki badania pacjenta należy zinterpretować, czyli przeanalizować je pod kątem wielkości ich występowania u pacjenta i porównać z zakresem prawidłowych wartości tych parametrów. Trzeba również zwrócić uwagę na występowanie różnych dolegliwości u pacjenta. Należy ustalić ich obecność i omówić z badanym charakterystyczne, niepokojące objawy odnoszące się do ogólnego stanu zdrowia, takie jak: ból, zmęczenie i osłabienie, gorączka, nocne poty, duszność, zmiany masy ciała w ostatnich miesiącach, brak łaknienia, utratę apetytu czy złe samopoczucie. Zgromadzone dane, wgląd w nie będą bardzo pomocne w diagnostyce różnicowej.

**Ból** to bardzo ważny objaw wielu schorzeń. Poznanie właściwości i cech bólu, określenie początku, umiejscowienia, dróg promieniowania, charakteru i nasilenia, oraz czynników nasilających i łagodzących ból pozwala na lepsze zdiagnozowanie stanu zdrowia pacjenta i rozpoczęcie właściwego leczenia czy pielęgnowania. Oceniając ból, celem pogłębienia wywiadu i rozszerzenia informacji podstawowych, pielęgniarka powinna posłużyć się skalą, co znacznie poprawia diagnozowanie, a tym samym wpływa na poprawę opieki nad pacjentem. **Zmęczenie** jest niecharakterystycznym objawem o wielu możliwych przyczynach.

Oznacza uczucie znużenia lub utraty energii opisywanych przez pacjentów na wiele sposobów. Jeżeli zmęczenie nie jest związane z takimi sytuacjami, jak: ciężka praca, przedłużony stres, wymaga dalszej oceny. Zmęczenie jest częstym objawem depresji i stanów lękowych. Może występować także w zaburzeniach hormonalnych (niedoczynność tarczycy, niewydolność nadnerczy, cukrzyca, niedoczynność przysadki) oraz w zakażeniach (zapalenie wątroby, mononukleozą zakaźną, gruźlica). Może również towarzyszyć takim schorzeniom, jak: niewydolność serca, przewlekła choroba płuc i nerek, zaburzenia gospodarki elektrolitowej, niedokrwistość, nowotwory, niedożywienie. Ze zmęczeniem łączy się osłabienie.

**Oslabienie** jednak różni się od zmęczenia. Oznacza rzeczywiste osłabienie siły mięśniowej. Szczególnie ważnym symptomem jest to zlokalizowane w określonych obszarach neurologiczno-anatomicznych (np. kończyny), wówczas sugeruje możliwość neuropatii lub miopatii. Prowadząc badanie ogólnego stanu zdrowia pacjenta, trzeba również zapytać o występowanie gorączki i stanów podgorączkowych.

**Gorączka** oznacza nieprawidłowy wzrost temperatury ciała. Zawsze należy wziąć pod uwagę błędy techniczne pomiaru, oraz charakter opisywanych przez pacjenta objawów: rozpalony, niezwykle gorący, nadmierne poty, dreszcze lub odczuwane zimno. Opis objawów subiektywnych musi być potwierdzony przez pielęgniarkę badaniem pacjenta i stwierdzeniem istnienia objawów obiektywnych.

Tabela. 3. Przedziały wartości temperatury.

Temperatura	Wartość w °C
Hipotermia	poniżej 35
Temperatura subnormalna	35,0–36,0
<b>Temperatura normalna (prawidłowa)</b>	<b>36,1–37,0</b>
Stan podgorączkowy	37,1–38,0
Gorączka niska	38,1–38,5
Gorączka umiarkowana	38,6–39,5
Gorączka znaczna	39,6–40,5
Gorączka wysoka	40,6–41
Hiperpireksja	>41,0

*Źródło: Podstawy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunku pielęgniarstwo i położnictwo. T.I. Założenia teoretyczne pod redakcją Barbary Ślusarskiej, Danuty Zarzyckiej, Kazimiery Zahradniczek.*

**Nocne poty (pocenie nocne)** mogą być objawem różnych chorób – od banalnego przeziębienia poprzez sarkoidozę, brucelozę, aż po nowotwory. **Objawy te** mogą zdarzyć się po wypiciu zbyt dużej ilości alkoholu, przejeździe, czy z powodu zbyt wysokiej temperatury w sypialni. Mogą także być skutkiem przyjmowania niektórych leków, przede wszystkim przeciwgorączkowych i napotnych. Również leki sterydowe mogą powodować nocne pocenie się. Zdarzają się też infekcje wywołujące nocne poty, takie jak: zapalenie wsierdza, zapalenie szpiku, ropnie. Nocne poty może także powodować nadczynność tarczycy, hipoglikemia, menopauza oraz bezdech senny obturacyjny. Podczas badania ogólnego ocenę należy poddać styl życia badanego ze zwróceniem uwagi na sposób odżywiania się i wysiłek fizyczny, a szczególnie zachowania niekorzystne (niepożądane) oraz ich skutki: masę ciała i ciśnienie tętnicze.

#### Ocena ciśnienia tętniczego

Do rozpoznania nadciśnienia tętniczego należy obliczyć średnią z co najmniej 2 prawidłowo wykonanych pomiarów ciśnienia krwi, w pozycji siedzącej w czasie 2 lub więcej wizyt. Uzyskany wynik powinien być potwierdzony pomiarem na drugim ramieniu.



Tabela 4. Klasyfikacja nadciśnienia tętniczego, dla osób dorosłych powyżej 18. roku życia, według Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, stosowana w Polsce.

Kategoria ciśnienia	skurczowe (mm Hg)	rozkurczowe (mm Hg)
Optymalne	< 120	< 80
Prawidłowe	< 130	< 85
Wysokie prawidłowe	130-139	85-89
<b>Nadciśnienie tętnicze</b>		
Stopień 1 (łagodne)	140-159	90-99
„Graniczne”	140-149	90-94
Stopień 2 (umiarkowane)	160-179	100-109
Stopień 3 (ciężkie)	180 i więcej	110 i więcej
Izolowane skurczowe nadciśnienie	140 i więcej	< 90

Źródło: Przewodnik Batesa po badaniu przedmiotowym i podmiotowym. Wydanie polskie pod redakcją prof. dr. hab. n. med. Zbigniewa Gacionga oraz dr. n. med. Piotra Jędrusika, Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny, s. 118.

#### Ocena masy ciała

Oceniając masę ciała badanego, należy dokonać pomiaru ciężaru ciała i określić charakterystyczne cechy, ustalić wskaźnik BMI oraz współczynnik WHR.

**BMI** (Body Mass Index), czyli Wskaźnik Masy Ciała charakteryzuje relację pomiędzy masą ciała a wzrostem. Obliczając BMI, można określić ilość tkanki tłuszczowej w organizmie.

Wskaźnik Masy Ciała oblicza się wg wzoru:

$$\text{BMI} = \frac{\text{masa ciała [kg]}}{\text{wzrost}^2 \text{ [m}^2\text{]}}$$

U osób o BMI przekraczającym 25 kg/m<sup>2</sup> stwierdza się nadwagę, przy BMI od 30 kg/m<sup>2</sup> występuje otyłość. Im wyższy wskaźnik BMI, tym większa zapadalność na różne schorzenia. Dotyczy to szczególnie takich chorób, jak:

- nadciśnienie tętnicze,
- choroba niedokrwienna serca,
- hiperlipidemia,
- cukrzyca typu II,
- zespół zaburzeń oddychania w czasie snu,
- niektóre nowotwory złośliwe (rak jelita grubego, rak piersi, rak trzonu macicy).

**Należy pamiętać, iż BMI nie jest wiarygodnym wskaźnikiem zagrożenia chorobami dla poniższych grup osób:**

- kobiety ciężarne,
- sportowcy oraz osoby o rozbudowanej tkance mięśniowej,
- rosnące dzieci,
- osoby w starszym wieku.

Tabela 5. Zakresy wartości BMI.

Niedowaga	< 18,5
Norma	18,50 (20) – 25
Nadwaga	> 25
Okres przed otyłością	25 – 30,0
I stopień otyłości	30 – 35
II stopień otyłości	35 – 40
III stopień otyłości	> 40

Otyłość oznacza, że występuje nadmiar masy tkanki tłuszczowej w stosunku do fizjologicznie pożądaných proporcji między różnymi składnikami ciała, upośledzający stan zdrowia. U osób z nadwagą lub otyłością stosuje się WHR wskaźnik otyłości (*waist to hip ratio*).

WHR wskaźnik otyłości oblicza się wg wzoru:

$$\text{WHR} = \frac{\text{Obwód talii [cm]}}{\text{Obwód w biodrach [cm]}}$$

#### Typy otyłości

**Otyłość androidalna** trzewna („typ jabłka”), dotyczy szczególnie mężczyzn.

Charakteryzuje się przede wszystkim zwiększeniem wymiaru obwodu ciała na poziomie pępka w stosunku do obwodu ciała na poziomie krętarzy większych.

Iloraz obwodu na poziomie pępka (obwód talii) do obwodu na poziomie krętarzy jest równy lub większy od 0,8 u kobiet; i równy lub większy od 1,0 u mężczyzn.

**Otyłość gynoidalna** pośladkowo-udowa („typ gruszki”), występująca częściej u kobiet.

Charakteryzuje się przede wszystkim zmniejszeniem wymiaru obwodu ciała na poziomie pępka w stosunku do obwodu ciała na poziomie krętarzy większych.

Iloraz obwodu na poziomie pępka (obwód talii) do obwodu na poziomie krętarzy jest mniejszy u kobiet od 0,8; u mężczyzn od 1,0.

Interpretacja wyników: **WHR współczynnik otyłości**

#### Dla kobiet

WHR  $\geq$  0,8 – świadczy o otyłości typu „jabłko”

WHR < 0,8 – świadczy o otyłości typu „gruszka”

#### Dla mężczyzn

WHR  $\geq$  1 – świadczy o otyłości typu „jabłko”

WHR < 1 – świadczy o otyłości typu „gruszka”

**Niedowaga** jest definiowana przez wartość współczynnika BMI w zakresie 17,5–18,5. U niemowląt i dzieci do określenia masy ciała odpowiedniej dla wieku, płci i wzrostu używa się specjalnych siatek centylowych.

#### Przyczyny niedowagi

Niedowaga jest stanem nienaturalnym dla organizmu człowieka. Może wynikać z procesów chorobowych i stanowić ich przyczynę. Niedowaga jako skutek utraty masy ciała może być objawem:

- chorób pasożytniczych,
- zaburzeń wchłaniania produktów pokarmowych,
- zaburzeń endokrynologicznych (np. nadczynności tarczycy),

- chorób metabolicznych (cukrzyca typu 1 wiąże się między innymi z nagłą i znaczną utratą masy ciała – przed włączeniem leczenia insuliną).

Niedowaga często pojawia się u ludzi z chorobami rozrostowymi (nowotwory), może także towarzyszyć przewlekłym chorobom zakaźnym. Niedowaga towarzyszy także anoreksji, bulimii i innym zaburzeniom o podłożu psychologiczno-psychicznym. Dokonując oceny masy ciała badanego, należy uszczegółowić wywiad z pacjentem w obszarze stylu jego żywienia. Trzeba zwrócić uwagę na ilość, rodzaj i częstotliwość spożywanych produktów. Ustalić typowy dla pacjenta sposób ich przyjmowania i porównać stosowany styl żywienia z zaleceniami lekarza lub dietetyka obowiązującymi badanego. Ważne jest, aby znać wymagania dietetyczne w stanie zdrowia badanego i wiedzieć, czy stosowany przez niego styl żywienia jest zgodny z obowiązującą go dietą.

Przejawiana aktywność bio-psycho-społeczna przez badanego ma duże znaczenie dla jego zdrowia. Pomiar poziomu aktywności jest istotnym działaniem w diagnostyce stanu zdrowia i wiąże się z analizą codziennych zachowań badanego. Do oceny aktywności można stosować skale, co obiektywizuje pomiar i umożliwia pełniejsze rozpoznanie stanu pacjenta. Aktywność życia codziennego (*Activity of daily living*) jest jednym z ogniw schematu czterech A: analgezy (*Analgesia*), aktywność życia codziennego (*Activity of daily living*), działania niepożądane (*Adverse effects*), nieprawidłowe działania związane z lekami (*Aberrant behaviors*), stosowanego w ocenie kompleksowej stanu zdrowia w aspekcie rozpoznawania objawów ogólnoustrojowych.

Wiedza odnośnie zażywanych przez badanego leków stanowi istotny element rozpoznania stanu pacjenta. Stosowane leki mogą zmieniać obraz zmian, wywoływać objawy niezwiązane z rozwijającym się schorzeniem. Badając pacjenta, trzeba zwrócić uwagę na działania niepożądane, które mogą być skutkiem przyjmowanych leków. Trzeba ustalić cechy charakterystyczne wywołane przyjmowanym lekiem.

Pytania wywiadu należy także ukierunkować na występowanie nieprawidłowości w zakresie przyjmowania zleconych leków lub stosowania środków bez zlecenia lekarza. Ważne jest, by ustalić, czy badany stosuje się do zleceń, czy nie zmienia dawek leków, czy nie łączy leków przyjmowanych z niewłaściwymi produktami, jak np. sok. Oceniając stan zdrowia badanego, należy dokonać analizy wybranych objawów w aspekcie ryzyka rozwoju określonych patologii. Jednym z istotnych obszarów analizy jest ocena zespołu objawów wskazujących na wczesne objawy choroby nowotworowej. Określa się je mianem czujności onkologicznej:

- C – częste zaburzenia w oddawaniu stolca i moczu,
- Z – zmiana, owrzodzenie, które się nie goi,
- U – udowodnione nietypowe krwawienie lub wydalina,
- J – jakikolwiek guzek lub stwardnienie w piersi, lub w innym miejscu,
- N – nieuzasadnione chudnięcie lub zaburzenia połykania,
- O – odmienny wygląd znamienia lub brodawki,
- Ś – silny, dokuczliwy kaszel,
- Ć – ciągła chrypka<sup>2</sup>.

Kolejnym zestawem objawów branych pod uwagę w ocenie stanu zdrowia są cechy procesu zapalnego: zaczerwienienie (rubor), obrzmienie (tumor), ból (dolor), ocieplenie (calor), utrata funkcji (functio laesa) (częściowa lub całkowita) danego narządu.

## **2. Badanie układów i narządów organizmu człowieka chorego**

### **2.1. Badanie skóry i jej wytworów**

W przypadku chorób skóry i dolegliwości z nimi związanych badanie rozpoczyna się od wywiadu z pacjentem, dzięki któremu można określić, czy choroba jest ograniczona do skóry, czy też jest objawem schorzenia ogólnoustrojowego, a następnie ustalić istnienie ewentualnych problemów. Dzięki wywiadowi można uzyskać ważne informacje pomocne w postawieniu rozpoznania. W wywiadzie należy pytać o warunki socjalne pacjenta, o kontakt z chemikaliami lub toksynami w pracy lub w domu, np. o stosowanie rękawic w czasie zmywania naczyń oraz odkurzania czy sprzątania. Pytać trzeba o stosowane leki, w tym antybiotyki, które dość często powodują skutki skórne, o zastosowanie nowych kosmetyków, mydła czy dezodorantów. W rozmowie z pacjentem zwraca się uwagę na jego hobby (ogrodnictwo, budowanie modeli, fotografia), podróże badanego po świecie, a także o ukąszenia owadów. Ważne jest stwierdzenie, czy zmiany skórne nie mają charakteru sezonowego.

---

2 Deptała A.: Onkologia w praktyce. PZWL, Warszawa 2006.

Zmiany skórne mogą występować w przebiegu chorób ogólnoustrojowych, np. chorobom infekcyjnym często towarzyszą osutki, infekcja paciorkowcowa może być połączona z typową wysypką (szkarlatyna), bolesnością i zaczerwienieniem węzłów chłonnych na powierzchni wyprostnej (rumień guzowaty) lub łuszczycą krostkową. W przypadkach skórnych infekcji drożdżakowych pacjent często cierpi z powodu swędzącej wysypki lub owrzodzeń języka, a kobiety z powodu upławów. Infekcja *Candida albicans* często następuje po cyklu leczenia antybiotykami o szerokim spektrum działania. Światło słoneczne także może powodować skórne wysypki. Kontakt z chorobami wenerycznymi może być przyczyną zmian skórnych wokół narządów płciowych, dlatego zawsze należy zapytać o stosunki płciowe homo- i heteroseksualne. Na koniec wywiad należy ukierunkować na informacje dotyczące stosowania na skórę miejscowo kortykosteroidów, które mogą zmieniać wygląd wykwitów skórnych, co znacznie utrudnia rozpoznanie.

W badaniu przedmiotowym za pomocą techniki oglądania i obmacywania bada się skórę i jej wytwory. Techniki te pozwalają na ocenę zmian zabarwienia skóry i określenie charakteru tych zmian (kształt: linijne, geograficzne, skupione, pełzające, obrączkowate, lokalizacja oraz objawy towarzyszące). Na występowanie zmian skórnych wpływ mają takie mechanizmy patofizjologiczne, jak zaburzenia genetyczne, immunologiczne, zaburzenia w przepływie krwi przez skórę, zmiany w składzie krwi, czy obecność różnych substancji.

Wiele chorób skóry ma typową dla siebie lokalizację anatomiczną:

- trądzik występuje na twarzy, górnej połowie klatki piersiowej i plecach,
- łuszczyca na kolanach i łokciach (poza innymi obszarami),
- zakażenia drożdżakami (*Candida*) na obszarach przylegających,
- wyprysk atopowy na powierzchniach zgięciowych,
- róża – kończyny dolne, twarz,
- liszajec zakaźny – twarz, okolice jamy ustnej, nosa,
- bielactwo – twarz, grzbiety rąk, okolice narządów płciowych.

Przeprowadzając badanie, określa się charakter występujących zmian, które mogą być:

- linijne – linijne znamie barwnikowe,
- geograficzne – np. ziarniniak grzybiasty,
- skupione – skupione zmiany w opryszczce,
- pełzające – grzybica ciała,
- obrączkowate, łukowate – obrączkowate zmiany w grzybicy twarzy.

#### Zmiany barwnikowe łagodne:

##### Plamy *café au lait* (ang. *café au lait spot*)

Plamy *café au lait* – wrodzone wykwity skórne o charakterze plam, których nazwa pochodzi z francuskiego i oddaje ich jasnobrązową barwę przypominającą kawę z mlekiem (*café au lait*). Pojedyncze plamy *café au lait* są częste i nie wiążą się z żadną patologią. Liczne plamy są charakterystyczne dla niektórych chorób genetycznych lub mogą stanowić cechę dziedziczną autosomalnie dominującą. Występowanie w obrazie klinicznym plam *café au lait* w ilości 6 i więcej plam, każda o średnicy >1,5 cm, sugeruje nerwiakowłóknikowatość (małe, ciemniejsze plamki nie mają związku z tą chorobą).

##### Łupież pstry

Łupież pstry to powierzchniowe zakażenie naskórka. Jest to odmiana grzybicy skóry, którą wywołuje kontakt z drożdżakami z gatunku *Pityrosporum ovale*. Charakterystycznymi objawami łupieżu pstrego są żółtobrunatne plamy, które pojawiają się na klatce piersiowej, plecach i karku, szczególnie w okresie dojrzewania. Bardzo rzadko choroba ta występuje u dzieci. Plamy skórne są niepodatne na działanie promieni słonecznych, a zatem zawsze pozostają one „pstre”.

##### Bielactwo

Bielactwo to nie tyle choroba, co defekt skóry, który polega na braku pigmentu w skórze, włosach i tęczówce oczu. Brak melaniny nie powoduje u chorego bólu, a jedynie rozprzestrzeniające się białe plamy, często o ciemnych brzegach. Przypuszcza się, że czynnikiem powodującym powstanie bielactwa jest zaburzenie mechanizmu odpornościowego, a także dziedziczność. Ryzyko zachorowania na bielactwo wzrasta też u osób ze schorzeniami

tarczycy oraz cukrzycą. Bielactwo nie boli. Dotknięty tym schorzeniem człowiek funkcjonuje normalnie, jedyną niedogodnością są pojawiające się na skórze charakterystyczne białe plamy.

### **Sinica**

Sinica – objaw charakteryzujący się sinym, niebieskawym zabarwieniem skóry i błon śluzowych ciała z powodu zwiększonej ilości hemoglobiny odtlenowanej we krwi włośniczkowej (>5 g/dl) lub obecnością hemoglobiny patologicznej (najczęściej methemoglobiny (>0,5 g/dl)).

Wyróżnia się sinicę **centralną** i **obwodową**, które można różnicować za pomocą objawu Lewisa. Objaw Lewisa: masując energicznie płatek ucha chorego, badający powoduje napływ zwiększonej ilości krwi dzięki pobudzeniu tętna włośniczkowego. W przypadku sinicy obwodowej krew, poza częściami dystalnymi, jest prawidłowo utlenowana, zatem sinica płatek ucha ustępuje. W sinicy centralnej masaż płatek ucha nie zmienia jego zabarwienia. W celu wykluczenia hipoksemii należy wykonać gazometrię lub pulsoksymetrię.

**Sinica centralna** – spowodowana jest zmniejszeniem wysycenia hemoglobiny krwi tętniczej tlenem lub obecnością hemoglobiny patologicznej. Zauważa się niebieskawe zabarwienie skóry oraz błon śluzowych (głównie warg, języka oraz jamy ustnej). Sinica centralna pojawia się wówczas, gdy ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej wynosi <60 mm Hg, a wysycenie hemoglobiny tlenem <85%.

**Sinica obwodowa** – spowodowana jest zmniejszeniem perfuzji tkanek na obwodzie. Obserwuje się niebieskawe zabarwienie skóry, obecne jedynie na dystalnych częściach ciała. Wyniki gazometrii pozostają w normie.

### **Żółtaczka**

Żółtaczka – objaw polegający na zażółceniu skóry, błon śluzowych i białkówki oczu wskutek nagromadzenia się bilirubiny w surowicy krwi i tkankach organizmu. Prawidłowy poziom bilirubiny (całkowitej) w surowicy krwi człowieka wynosi 0,3–1,0 mg/dl.

**Karotenemia** (wysokie stężenie karotenu we krwi) objawia się pomarańczowym kolorem skóry, w której barwnik odkłada się, gdy dziecko je za dużo marchwi lub pije nadmierne ilości soków. W karotenemii zażółcenie nie obejmuje białówek.

### **Rumień**

Rumień to zaczerwienienie skóry będące wynikiem rozszerzenia się powierzchniowych naczyń krwionośnych lub stanu zapalnego „jak po spoliczkowaniu”. Rumień może wystąpić z różnych powodów, takich jak: emocje, przegrzanie czy alergie, ale może być również oznaką różnych chorób. Rumień może występować jako: rumień wielopostaciowy, rumień zakaźny, rumień nagły, rumień lombardzki, czyli pelagra, rumień dłoni, rumień guzowaty i inne.

### **Zmiany barwnikowe złośliwe:**

#### **Czerniak skóry (łac. *melanoma malignum*)**

Czerniak skóry jest nowotworem złośliwym wywodzącym się z melanocytów znajdujących się w warstwie podstawnej naskórka, a także w tęczówce i naczyniówce oka. Większość tych nowotworów rozwija się w skórze, a około 10% ma umiejscowienie w innych narządach. Czerniak skóry występuje w Polsce rzadko (około 4% wszystkich złośliwych nowotworów skóry). Jest nowotworem o wysokim stopniu złośliwości. Każdego roku w Polsce rejestruje się 3 tysiące nowych zachorowań. Za najważniejsze i najlepiej poznane czynniki ryzyka zachorowania na czerniaka skóry uważa się:

- intensywne działanie promieniowania ultrafioletowego, naturalnego (światło słoneczne) oraz sztucznego (np. solaria),
- ciężkie oparzenia słoneczne w dzieciństwie lub młodości,
- mała zawartość barwnika w skórze lub jego brak – albinizm,
- znamiona melanocytowe barwnikowe (posiadanie 50 lub większej liczby zmian barwnikowych),
- określony typ fenotypu: jasna skóra, blond lub rude włosy,
- niebieskie oczy, piegi,
- immunosupresja (chemioterapia, zakażenie wirusem HIV).

Tabela 6. Model oceny ryzyka czerniaka HARMM.

Czynnik ryzyka	Zwiększenie ryzyka czerniaka (x razy)
Czerniak rozpoznawany w przeszłości	3,3
Wiek powyżej 50 lat	1,2
Brak regularnych wizyt u dermatologa	1,4
Zmiana wyglądu znamienia	2,0
Płeć męska	1,4
<b>Liczba czynników ryzyka</b>	<b>Zwiększenie prawdopodobieństwa czerniaka</b>
0 - 1	1,0
2	1,7
3	2,5
4 - 5	4,5

Źródło: GoldbergMS, Doucette JT, Lim HW i wsp. Risk factors for presumptive melanoma in skin cancer screening: American Academy of Dermatology National Melanoma/Skin Cancer Screening Program experience 2001-2005 za: Bickley L. S., Gaciąg Z., Jędrusik P. (red. wyd. pol.): Przewodnik Batesa po badaniu przedmiotowym i podmiotowym. Termedia, Poznań 2010, s. 166.

#### 5 czynników różnicujących zmianę nowotworową:

- A – asymetria (asymetria jednej strony zmiany barwnikowej w stosunku do drugiej),
- B – brzegi (nieregularne brzegi, szczególnie nierówne, wcięte lub nieostre),
- C – kolor (ciemny, niebieski, czarny, może mieć wiele kolorów),
- D – wymiar/rozmiar (powyżej 5 mm),
- E – rozwój (zmiana rozmiaru, kształtu lub koloru, zmiana swędząca lub krwawiąca).

#### Różnicowanie zmian skórnych

Zmiany pierwotne (są wynikiem procesu chorobowego w skórze):

- płaska zmiana zabarwienia, niewyczuwalna palpacyjnie,
- wyniesione, lite twory, wyczuwalne palpacyjnie,
- ograniczone powierzchowne wyniesienia skóry utworzone przez płyn między warstwami skóry.

#### Płaska zmiana zabarwienia, niewyczuwalna palpacyjnie

- Plamka – średnica poniżej 1 cm: piegi, wybroczyny.
- Plama – średnica powyżej 1 cm: bielactwo, nerwiakowłókniakowatość, łupież pstry.
- Ostuda (tzw. plamy wątrobiane) – występują często u kobiet w ciąży, są to plamy barwnikowe umiejscowione zwykle na twarzy (czasem też na narządach płciowych zewnętrznych).

#### Wyniesione, lite twory, wyczuwalne palpacyjnie

- Grudka – średnica do 0,5 cm: trądzik.
- Płytki/tarczki – średnica powyżej 1 cm, uniesiona zmiana o płaskiej powierzchni: żółtak płaski na powiece.
- Guzek – średnica poniżej 0,5 cm, uniesiona zmiana, twardsza od grudki, umieszczona głębiej w skórze: torbiel naskórkowa.
- Guz – średnica znacznie przewyższająca 0,5 cm.
- Bąbel – przejściowy, o różnie dużej powierzchni, stan obrzęku skóry np. po ukąszeniu komara.

#### Ograniczone powierzchowne wyniesienia skóry utworzone przez płyn między warstwami skóry

- Pęcherzyk – do 0,5 cm średnicy, wypełniony płynem surowicznym: odra.

- Pęcherz – powyżej 0,5 cm: oparzenie II stopnia.
- Krosta – wypełniona wydzieliną ropną: zmiana trądzikowa w okresie późniejszym tworzenia się.

**Zmiany wtórne** (rozwijają się z wykwitów pierwotnych):

- przerwanie ciągłości skóry,
- zmiana wytwórcza,
- inne zmiany.

**Przerwanie ciągłości skóry** – zmiana wtórna

- **Otarcie** – wilgotny obszar, niekrwawiący, po np. zdarciu pęcherza.
- **Owrzodzenie** – zmiana głębsza, może krwawić i wytwarzać bliznę, np. owrzodzenie podudzi w przewlekłej niewydolności żylniej.
- **Pęknięcie** – liniowy rozczep skóry, najczęściej na pięcie.
- **Rozstępy** – na skórze brzucha, pośladków, ramion, występują w chorobie Cushinga (żywo czerwone), w ciąży, w otyłości.

**Zmiana wytwórcza – zmiana wtórna**

- **Skorupa** – sucha zmiana po ewakuowanej płynnej wydzielinie: strup.
- **Strup** – powstaje w wyniku zasychania na powierzchni skóry płynu wysiękowego albo ropnej treści pęcherzyków i pęcherzy lub na podłożu nadżerek i owrzodzeń.
- **Łuska** – jest to złuszcząca się warstwa rogowa. Powstaje jako zejście stanu zapalnego bądź w następstwie nadmiernego rogowacenia – cienki płatek złuszczonego się naskórka: łupież.

**Inne zmiany wtórne**

- **Martwica (nekroza)** – ciąg zmian zachodzących po śmierci komórki.
- **Bliznowacenie, blizna** – powstaje w następstwie uszkodzenia skóry właściwej i zastąpienia jej tkanką łączną włóknistą.
- **Atrofia (zanik)** – stopniowe zmniejszanie się objętości komórki, tkanki, narządu lub części ciała.
- **Nadżerka** – jest to ubytek naskórka powstający w wyniku jego zniszczenia (np. maceracja), ustępujący bez pozostawienia blizn.
- **Przczos** – jest to nadżerka powstająca w skórze uprzednio nie zmienionej, najczęściej pod wpływem drapania (np. w przebiegu świerzbu, wszawicy).

**Trądzik**

Trądzik charakteryzuje się wielopostaciowością. Występuje u 85% młodzieży. Trądzik jest zaburzeniem dotyczącym mieszków włosowo-łojowych, w których dochodzi do: proliferacji keratynocytów w ujściu mieszków, stymulowanego przez androgeny zwiększonego wytwarzania łoju, który wraz z keratynocytami zatyka ujście mieszka. Dodatkowymi czynnikami przyczyniającymi się do występowania trądziku są: kosmetyki, wilgoć, obfite pocenie oraz stres. Może przybierać formę małych krostek lub dużych, zbitych grudek.

**Trądzik – zmiany pierwotne i wtórne**

Do pierwotnych zmian niezapalnych zalicza się poszerzone mieszki włosowe, na podłożu których mogą się tworzyć mikrozaskórniki, zaskórniki.

Zaskórniki – zamknięte i otwarte – czarne oraz białe punktowe zmiany w miejscu ujść mieszków włosowych. Odmiana ta lokalizuje się przede wszystkim w obrębie skóry twarzy.

Wtórne zmiany zapalne to grudki, krosty, ropnie i zatoki z przetokami.

**Trądzik skupiony**

Trądzik skupiony – objawia się zmianami w postaci głębokich nacieków i torbieli ropnych, niekiedy zlewających się, oraz licznych, bardzo dużych zaskórników. Gojenie następuje poprzez mostkowate, nierówne i przerosłe blizny. Charakterystyczne jest to, że ta odmiana występuje prawie wyłącznie u mężczyzn, poza miejscami typowymi zmiany zajmują również okolice pachowe, pachwinowe i pośladki.

**Zmiany naczyniowe skóry i plamice**

**Pajęczek naczyniowy**

Są to teleangiektazje, czyli rozszerzone małe naczynia, które mają kolor czerwony lub niebieskawy. Kształt – naczynko centralne, niekiedy uniesione, otoczone przez rumień i promieniście ułożone nóżki. Tętnienie często widoczne w środku pajęczka, po przyciśnięciu szkiełkiem, przyciśnięcie środka pajęczka powoduje jego zblednięcie. Rozmieszczone są na twarzy, szyi, ramionach, górnej połowie tułowia, niemal nigdy poniżej pasa.

Występować mogą w chorobach wątroby, ciąży, niedoborze witaminy B, występują także u niektórych osób w warunkach prawidłowych.

#### **Pajęczek żylny**

Są to teleangiektazje, czyli rozszerzone małe naczynia, które mają kolor czerwony lub niebieskawy. Najczęściej mają kolor niebieskawy. Wielkość mają zmienną, od bardzo małej do ok. 5–10 cm. Kształt także zmienny. Może mieć kształt pająka lub linii, nieregularny, kaskadowy. Tętnienie jest nieobecne. Przyciśnięcie środkowej części nie powoduje zblednięcia, ale rozlany ucisk powoduje zblednięcie żyłek. Rozmieszczone są najczęściej na kończynach dolnych, w pobliżu żył, także na przedniej części klatki piersiowej. Często towarzyszą zwiększonemu ciśnieniu w żyłach powierzchownych i żyłakach.

#### **Naczyniak**

Zmiana o charakterze naczyniaka ma kolor jasno- lub rubinowoczerwony, z wiekiem może stać się brązowy. Wielkość naczyniaka może mieć od 1 do 3 mm. Może mieć kształt okrągły, płaski lub nieznacznie wyniosły, może być otoczony przez jasną obwódkę. Tętnienie jest nieobecne. Może występować częściowe zblednięcie, zwłaszcza jeżeli do ucisku użyto płasko przyłożonej szpilki. Naczyniaki najczęściej są rozmieszczone na tułowiu oraz na kończynach. Rozmiar i liczba naczyniaków zwiększa się wraz z wiekiem pacjenta.

#### **Wybroczyny/ plamica**

Wybroczyny to zmiany o wielkości 1–3 mm, głęboko czerwone lub czerwono-fioletowe, z czasem blednące. Większe zmiany o charakterze wybroczyn występują w plamicy. Wybroczyny mają zaokrąglony, niekiedy nieregularny, płaski kształt. Tętnienie jest nieobecne. Uciśnięcie bez efektu. Rozmieszczenie – zmienne.

#### **Podbiegnięcia krwawe/sinice**

Mają kolor fioletowy lub fioletowo-niebieski, przechodzący z czasem w zielony, żółty i brązowy, różną wielkość, są większe niż wybroczyny, >3 mm. Kształt mają zaokrąglony, nieregularny, zwykle są owalne, mogą zawierać położony centralnie podskórny płaski guzek (krwiak). Tętnienie jest nieobecne. Uciśnięcie w czasie badania bez efektu. Rozmieszczenie – zmienne.

#### **Zmiany skórne w wybranych chorobach**

**Łuszczyca** – przewlekła, nawracająca choroba układowa mediowana immunologicznie, w której procesy zapalne charakteryzują się obecnością objawów skórnych – łuszczących się wykwitów. Łuszczyca jest schorzeniem uwarunkowanym genetycznie o dziedziczeniu wielogenowym. Charakterystycznym objawem łuszczycy są owalne bądź okrągłe, czerwono-brunatne lub zaróżowione, płaskie grudki o wyrazistych brzegach i zróżnicowanej wielkości pokryte srebrzystą lub srebrzystoszarą, nawarstwiającą się łuską, powstałą w wyniku zrogowacenia ognisk chorobowych. Zmiany mają czasem tendencję do zlewania się. Wykwity występują najczęściej na skórze prostowników kończyn (głównie łokci i kolan), okolicy kości krzyżowej, okolicy pośladkowej, na owłosionej skórze głowy oraz skórze stóp i dłoni.

**Ospa wietrzna** – uogólniona, swędząca, pęcherzykowa wysypka (pęcherzyki na zaczerwienionej podstawie, „kropla rosy na płątku róży”), zaczynająca się na tułowiu i szerząca się obwodowo, zmiany występują rzutami i są w różnych stadiach gojenia. Okres wylęgania wirusa wynosi 10–21 dni, średnio 14 dni. Zakaźność dla otoczenia pojawia się po upływie od 24 do 48 godzin od zakażenia i trwa do przyschnięcia pęcherzyków (średnio 7 dni). Wysypka początkowo przybiera formę grudek ulegających przemianie w pęcherzyki, następnie powstają krostki, które po kilku dniach zasychają w strupy.

**Pokrzywka** to choroba, w przebiegu której na skórze, pod wpływem zadziałania jakiegoś czynnika, tworzą się wypukłe blade bąble otoczone zaczerwienieniem. Bąble te przypominają zmiany, które powstają pod wpływem kontaktu skóry z pokrzywą – stąd nazwa. Pokrzywka powoduje silny świąd lub pieczenie skóry, jest niebolesna i ustępuje bez pozostawienia blizn czy przebarwień skóry. U około połowy chorych pokrzywce może towarzyszyć tzw. obrzęk naczynioruchowy. Obrzęk ten dotyczy tkanek podskórnych, może dotyczyć ust, powiek, rąk, stóp, niekiedy genitaliów. Zwykle jest bardziej nasilony po jednej stronie ciała, a skóra jest niekiedy zaczerwieniona. Często u chorych na pokrzywkę obserwuje się tzw. dermatografizm – czerwone przebarwienie skóry w wyniku jej zarysowania.



#### **Przyczyny pokrzywek:**

- leki (penicylina, opiaty, nlpz),
- pożywienie, konserwanty,
- antygeny wziewne, pokarmowe, kontaktowe,
- reakcje potransfuzyjne,
- zakażenia bakteryjne, grzybicze, wirusowe, pasożytnicze,
- owady,
- choroby tkanki łącznej,
- nowotwory, białaczki,
- czynniki fizyczne.

#### **Rogowacenie słoneczne**

Powierzchnowe, spłaszczone grudki pokryte suchą łuską. Często mnogie, mogą być okrągłe lub nieregularne; różowe, cieliste lub szarawe. Pojawiają się na eksponowanej na słońce skórze starszych osób o jasnej karnacji. Chociaż są łagodne, rocznie w 1 zmianie na 1000 rozwija się rak kolczystokomórkowy (na którego wskazują: szybki wzrost, stwardnienie, zaczerwienienie u podstawy i owrzodzenie).

#### **Rogowacenie łojotokowe**

Często spotykane, łagodne, żółtawe lub brązowe uniesione zmiany, które są w dotyku tłuste i aksamitne, wyglądające na przylepione. Typowo są liczne i rozmieszczone symetrycznie na tułowie starszych osób, lecz mogą występować na twarzy i w innych miejscach. U osób rasy czarnej, często u młodszych kobiet mogą występować pod postacią małych, silnie pigmentowanych grudek na policzkach i skroniach.

#### **Rak podstawnokomórkowy**

Rak podstawnokomórkowy, wywodzi się z najgłębszej, czyli podstawnej warstwy naskórka. Chociaż złośliwy, rośnie powoli i rzadko daje przerzuty (80% nowotworów skóry). Występuje najczęściej u osób o jasnej karnacji, w wieku 40 lat i starszych. Zwykle pojawia się na głowie i szyi (najczęściej twarz). Początkowy przejrzysty guzek powiększa się, co powoduje wytworzenie się zmiany z zapadniętym środkiem i twardym, uniesionym brzegiem. Są perłowobiałe i przezroczyste. Często widoczne są poszerzone naczynia.

#### **Rak kolczystokomórkowy**

Wywodzi się z górnej warstwy naskórka, stanowi ok. 16% wszystkich nowotworów skóry. Zazwyczaj występuje na eksponowanej na słońce skórze osób w wieku powyżej 60 lat. Może rozwinąć się na podłożu rogowacenia słonecznego (często pokryte są skorupą lub łuską). Zazwyczaj rośnie szybciej niż rak podstawnokomórkowy. Mają wygląd zaczerwienionej zmiany zapalnej lub owrzodzenia. Często zajęte są twarz lub grzbietowa strona rąk. Cechy opisu zmian na skórze

Każdą zmianę rozpoznaną na skórze należy opisać wg niżej wymienionych cech:

- typ,
- lokalizacja,
- kształt,
- średnica,
- zabarwienie,
- wypukłość,
- owłosienie.

#### **Zmiany patologiczne w obrębie tkanki podskórnej:**

**Guz** – obrzmienie, wzniesienie, wzniesienie – ogólnie każde nietypowe uwypuklenie, opór przy palpacji, odgraniczone ognisko w badaniu obrazowym, o nieznanym (tzn. niezdiagnozowanym) pochodzeniu.

**Tłuszczak** – jest rodzajem guza, nieokreślonej wielkości oraz kształtu, jest bezbolesny, przesuwalny, zbudowany jest zazwyczaj z tkanki tłuszczowej otoczonej torebką łącznotkankową. Guzy te zaliczane są do nowotworów niezłośliwych.

**Włókniak** – łagodny nowotwór powstający z tkanki łącznej. Wyróżnia się włókniaki miękkie i włókniaki twarde.

#### **Badanie obrzęków**

Obrzękiem nazywa się zwiększenie ilości wody w przestrzeni pozakomórkowej, pozanaczyniowej. Obrzęk (łac. *oedema*) powstaje na skutek zaburzenia równowagi między czynnikami dążącymi do zatrzymania płynu w naczyniach oraz czynników prowadzących do przedostawania się płynu poza ich światło. Wyróżnia się:

- obrzęki miejscowe – pochodzenia zapalnego, w wyniku zaburzeń w odpływie chłonki, zaburzeń w odpływie żylnym, alergiczne,
- obrzęki uogólnione – pochodzenia sercowego, wątrobowego, nerkowego, endokrynnego, z niedoboru białek, występujące u ciężarnych, polekowe.

#### **Przyczyny obrzęków**

Do najczęstszych przyczyn obrzęków należy niewydolność serca. Zwykle obrzęki tego typu ulokowane są w najniższej położonych częściach ciała, czyli u człowieka siedzącego lub stojącego będą to obrzęki kończyn dolnych. Pacjenci zwykle zauważają obrzęki po południu lub pod koniec dnia – ustępują one rano. Jest to związane z tym, że płyn układa się w najniższych partiach ciała, w związku z czym w trakcie leżenia rozkłada się równomiernie po całym ciele. Obrzęk może być związany ze specyficznym uszkodzeniem nerek i ubytkiem specjalnych białek – albumin. Dzieje się tak w zespole nerczycowym oraz kłębkowych zapaleniach nerek. Stwierdza się wtedy obrzęki w innych częściach ciała, np. charakterystycznym objawem są obrzęki powiek. Obrzęki mogą być wywołane niską produkcją albumin, co obserwuje się w chorobach wątroby. Albuminy to białka, które utrzymują płyn w naczyniach krwionośnych i zapobiegają jego przechodzeniu do tkanek. Bywają również obrzęki spowodowane innymi przyczynami, np. długotrwałym unieruchomieniem lub niską aktywnością fizyczną (szczególnie podczas letnich dni, kiedy temperatura jest wysoka). Obrzęki wywołują także leki blokujące kanały wapniowe stosowane w nadciśnieniu.

#### **Obrzęki uogólnione**

Obrzęki uogólnione są związane zazwyczaj z chorobą ogólnoustrojową i są bardziej rozległe niż obrzęki miejscowe.

**Obrzęki pochodzenia sercowego** wynikają z niewydolności serca. Prawa komora serca staje się niewydolna, pompuje mniej krwi, co wywołuje zastój krwi na obwodzie, w odcinku żylnym krążenia, a także hipoperfuzję narządową z powodu zmniejszonej objętości wyrzutowej. Zastój krwi w żyłach prowadzi do przechodzenia płynu z naczyń do przestrzeni śródmiąższowej, co zazwyczaj wywołuje obrzęki w okolicy kostek (lub okolicy łądźwiowej u pacjentów leżących).

**Obrzęki pochodzenia wątrobowego** pojawiają się zwykle w wyniku nadciśnienia wrotnego. Obrzęki pochodzenia wątrobowego powstają także w wyniku zmniejszenia ilości wytwarzanych przez wątrobę białek, które we krwi biorą udział w utrzymywaniu tak zwanego ciśnienia onkotycznego.

**W chorobach nerek** dochodzi do uszkodzenia błony filtracyjnej kłębuszków nerkowych i do wydalania białka z moczem. Obrzęki pochodzenia nerkowego są dość charakterystyczne – miękkie, łatwo przesuwalne, opisywane jako ciastowate – po uciśnięciu ich palcem pozostaje dołek.

**W ciąży**, poza przyczynami hormonalnymi, przyczyną obrzęków często jest ucisk rosnącej macicy na naczynia żyłne (żyłę główną dolną lub żyły biodrowe) i wzrost ciśnienia w żyłach kończyn dolnych.

#### **Obrzęki miejscowe**

Bardzo często występującym rodzajem obrzęków miejscowych są **obrzęki zapalne**. Stan zapalny tkanki powoduje wydzielanie przez komórki szeregu cytokin zapalnych, które wpływają między innymi na wzrost przepuszczalności naczyń włosowatych, przedostawanie się osocza do przestrzeni pozakomórkowej pozanaczyniowej i powstanie obrzęku.

**Obrzęki spowodowane utrudnionym odpływem chłonki** powstają w wyniku zapalenia naczyń chłonnych w przebiegu infekcji lub ich zamknięcia, np. w przebiegu choroby nowotworowej. Masywne obrzęki wywołane niedrożnością naczyń chłonnych nazywane są **stoniowaczną**.

Dużą grupą obrzęków umiejscowionych są obrzęki kończyn wywołane tak zwaną **niewydolnością żylną**, kiedy to uszkodzenie zastawek żył kończyn dolnych powoduje zastój krwi, wzrost ciśnienia w żyłach i w końcu przenikanie płynu do tkanek śródmiąższowych, co klinicznie objawia się obrzękiem. Jest to jedna z najczęściej występujących przyczyn obrzęków. Pacjenci skarżą się na uczucie ciężkości nóg i puchnięcie nóg wieczorem, po całym dniu pracy lub po dłuższym przebywaniu w pozycji stojącej.

**Obrzęki alergiczne** (obrzęk naczynioruchowy Quinckego) to rodzaj obrzęku, który umiejscawia się zwykle na twarzy i jest związany z reakcją alergiczną, która powoduje uwalnianie histaminy oraz innych substancji i wzrost przepuszczalności naczyń krwionośnych.

## **Badanie włosów**

Przyczyny zmniejszenia lub braku owłosienia:

- cechy konstytucjonalne,
- uwarunkowania genetyczne,
- toksyczny wpływ niektórych leków,
- zmiany zapalne skóry,
- urazy fizyczne,
- oparzenia,
- choroby autoimmunologiczne,
- choroby wyniszczające.

## **Przyczyny wypadania włosów**

- czynniki mechaniczne (wycieranie się włosów o poduszkę u noworodków, niewłaściwe uczesanie, np. koński ogon, czy wyrywanie włosów – trichotillomania),
- czynniki toksyczne (zatrucia talem, arsenem, rtęcią itd.),
- choroby zakaźne (ostre choroby gorączkowe, kiła wtórna),
- choroby układowe (toczeń rumieniowaty),
- leki (cytostatyki, leki immunosupresyjne, leki przeciwrtarczycowe, środki przeciwkrzepliwe),
- choroby włosów (grzybica),
- choroby owłosionej skóry głowy (liszaj płaski, twardzina ograniczona, toczeń rumieniowaty krążkowy),
- zaburzenia gospodarki hormonalnej (androgeny, hormony tarczycy),
- inne choroby (łuszczyca, atopowe zapalenie skóry).

## **Typy utraty włosów:**

**Łysienie plackowate** jest chorobą dotykającą mieszki włosowe o podłożu autoimmunologicznym. Cechuje się występowaniem przejściowych lub trwałych ognisk wyłysienia, w obrębie których skóra nie jest zapalnie zmieniona. Wyraźnie odgraniczone okrągłe lub owalne obszary ubytku włosów, zazwyczaj u młodych dorosłych i dzieci. Nie ma widocznego łuszczenia się. Postęp choroby może doprowadzić do całkowitej utraty owłosienia skóry głowy, brwi, rzęs, włosów łonowych i pozostałego owłosienia.

**Trichotillomania** – niemożność powstrzymania się od wyrywania włosów. Ubytek włosów spowodowany ciągłym skubaniem lub wykręcaniem włosów. Łodygi włosów są połamane i różnią się długością. Występuje najczęściej u dzieci, często w warunkach stresu w rodzinie lub innego stresu psychospołecznego. Czynność wyrywania włosów poprzedzana wzrastającym napięciem, a po jej zakończeniu następuje uczucie ulgi lub zadowolenia. Niekiedy przymusowi wyrywania włosów towarzyszy **trichofagia**, czyli przymus ich zjadania.

**Grzybica głowy** – choroba wywołana przez dermatofity – grzyby, które rosną na skórze, włosach i paznokciach. Grzybica owłosionej skóry głowy najczęściej dotyka dzieci do 10. roku życia, ale sporadycznie spotyka się ją również u dorosłych. Może dotyczyć włosów skalpu, brwi, rzęs oraz brody. Można się nią zarazić od zwierzęcia lub od drugiego człowieka. Okrągłe, pokryte łuską obszary wyłysienia. Włosy są złamane tuż nad powierzchnią skóry. Zwykle spowodowana przez zakażenie grzybicą strzygącą. Imituje łojotokowe zapalenie skóry.

**Hirsutyzm** – jest to występowanie nadmiernego owłosienia typu męskiego (włosy szorstkie, ciemne i grube na twarzy, klatce piersiowej, brzuchu, okolicy sromu) u kobiet. Jego główną przyczyną najczęściej są:

- podwyższone stężenie androgenów,
- predyspozycje genetyczne i wzmożona wrażliwość mieszków włosowych na androgeny (hirsutyzm idiopatyczny),
- stosowanie leków hormonalnych: androgeny, pochodne progesteronu (najczęściej środki antykoncepcyjne) lub steroidy,
- przestrojenie hormonalne organizmu w czasie ciąży oraz w okresie pokwitaniowym,
- występowanie nowotworów hormonalnie czynnych (niektóre guzy jajnika, rak nerki oraz rak tarczycy).

W diagnostyce bardzo istotny jest wywiad, w tym rodzinny ukierunkowany na cechy miesięczkowania oraz określenie czynników wywołujących schorzenie. Istotnym elementem jest także badanie przedmiotowe pozwalające na stwierdzenie męskiego typu owłosienia.



## **Badanie paznokci**

Typy zniekształceń i zmian paznokci:

### **Palce pałeczkowate**

Jest to kolbkowaty obrzęk tkanek miękkich u podstawy paznokcia połączony z utratą prawidłowego kąta między paznokciem a bliższym wałem paznokcia. Kąt ten ulega zwiększeniu do 180 i więcej stopni, a łożysko paznokcia staje się gąbczaste lub pływające. Mechanizm jest nieznan, ale obejmuje rozszerzenie naczyń ze zwiększeniem przepływu krwi do dystalnej części palców i zmiany w tkance łącznej prawdopodobnie z powodu hipoksji, zmian unerwienia, genetycznych lub działania płytkopochodnego czynnika wzrostu.

Palce pałeczkowate obserwuje się w:

- wadach wrodzonych serca,
- śródmiąższowych chorobach płuc,
- chorobach zapalnych jelit,
- nowotworach.

Palce pałeczkowate (Dobosza) – powstają przez przerost kostno-okostnowy paliczków na skutek niedotlenienia.

### **Bruzdy poprzeczne (Linie Beau)**

Bruzdy płytek paznokci, zazwyczaj obustronnie, mające postać jednolitych rowków przebiegających poprzecznie, równoległe do siebie, przez płytkę paznokciową. Spowodowane są zatrzymaniem wzrostu płytki przez chorobę układową albo działanie toksycznych substancji. Zazwyczaj najwyraźniejsze są na paznokciach paluchów i kciuków. Czas wystąpienia choroby może być oszacowany poprzez zmierzenie odległości tej linii od łożyska paznokcia (paznokcie rosną ok. 1 mm w ciągu 6–10 dni). Obserwowane są w ciężkich chorobach, po urazach i po ekspozycji na zimno w przypadku współistniejącej choroby Raynauda.

### **Pasma Messa**

Białe pasma w obrębie płytki paznokciowej palców dłoni i stóp. Ich występowanie może wiązać się z:

- zatruciem arsenem lub talem,
- niewydolnością serca,
- pelagrą (niedobór niacyny),
- niewydolnością nerek,
- niedokrwistością sierpowatokrwinkową.

Przesuwają się bliżej końca płytki paznokciowej w miarę jego wzrostu.

### **Zanokcica (paronychia)**

Jest to ostre zapalenie skóry dookoła paznokcia. Zapalenie ropne związane z zakażeniem wałów paznokciowych, wokół paznokci palców dłoni lub stóp.

Niezależnie od przyczyny powoduje następujące objawy:

- pulsujący ból palca nasilający się po opuszczeniu kończyny,
- bolesny, czerwony obrzęk wału paznokciowego,
- wyciek treści ropnej pod wpływem ucisku z wału paznokciowego,
- czasem pod paznokciem jest widoczna ropa,
- zielonkawe zabarwienie paznokcia w przypadku zakażenia bakteriami z rodzaju *Pseudomonas*,
- zwykle nie występują objawy ogólne (np. gorączka, dreszcze).

### **Wgłobienie płytek (koilonychia)**

Mogą pojawić się w przebiegu:

- niedoboru żelaza,
- niedokrwistości,
- niedożywienia,
- zaburzeń hormonalnych,
- wchłaniania jelitowego,
- marskości wątroby i zakażeniach bakteryjnych.

Natomiast u małych dzieci nie muszą świadczyć o chorobie i traktowane są jako fizjologia.

### **Krwawienia pod płytką paznokciową**

Krwiak podpaznokciowy powstaje najczęściej w wyniku tępego urazu paznokcia. Objawia się jako czerwona lub sinobrazowa plama. Jest to nagromadzenie wynaczynionej krwi w następstwie urazu paznokcia i naczyń położonych pod płytką paznokciową. Krwiak przesuwa się w miarę wzrostu paznokcia. Krwiaki zajmujące więcej niż połowę płytki powinny być usunięte chirurgicznie.

Zakaźne zapalenia wsierdza cechuje się także krwotokami podpaznokciowymi na rękach i nogach.

### **Paznokcie Terry'ego (paznokcie kredowe)**

Płytki paznokciowe stają się białe, o wyglądzie matowego szkła, dystalnie czerwono-brązowe z zanikiem obłączka. Dystalna (dalsza) część zmienionego paznokcia szerokości 1–2 mm jest **różowa**, część proksymalna (bliższa) ma barwę **białą**. Zmiany płytki paznokciowej występujące niekiedy w przebiegu hipalbuminemii lub marskości wątroby, niewydolności serca i cukrzycy.

### **Bielactwo paznokci (białe plamy)**

Plamki tworzą się na płytce wskutek urazów macierzy w trakcie wzrostu paznokcia. W wyniku bezbolesnego stłuczenia powstaje kieszonka powietrzna. Jedynym więc sposobem będzie delikatniejsze traktowanie paznokci. Zakrzywienie widocznych zmian przypomina krzywiznę skórki i bliższego wału paznokcia. Plamki znikają wraz ze wzrostem paznokcia. Białe plamki mogą być oznaką niedoboru witamin czy innych składników mineralnych. Może być to objaw niedoboru wapnia, magnezu, cynku czy potasu. Białe plamki zakamuflować można lakierem.

### **Naparstkowanie**

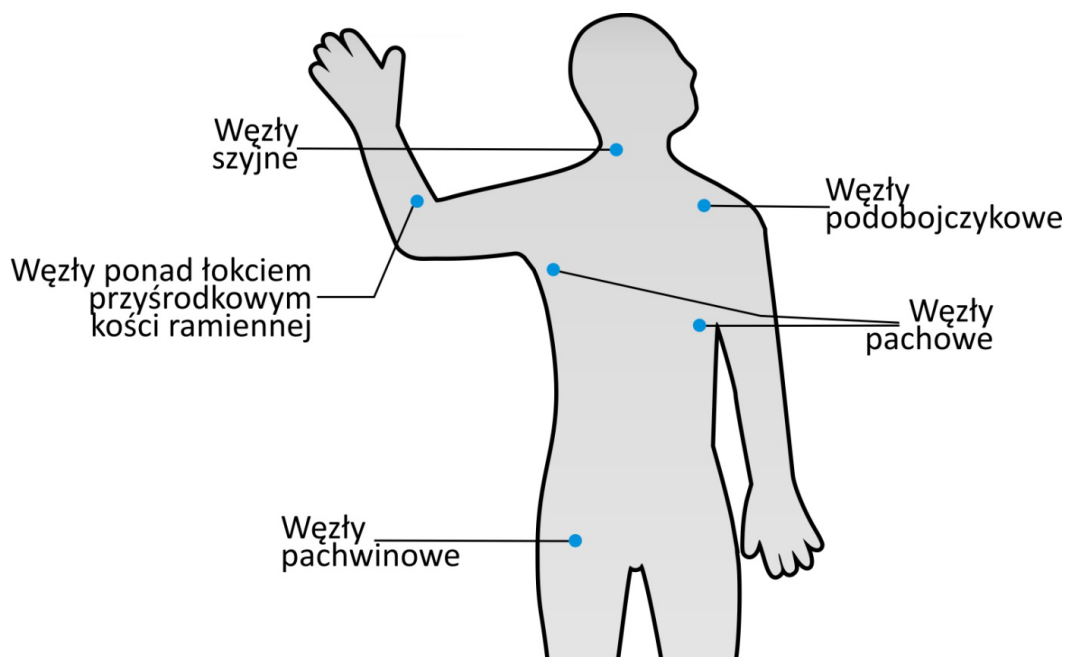
Punktowe dołki w płytce paznokcia wywołane nieprawidłowym wytwarzaniem powierzchniowej warstwy płytki paznokcia przez bliższą macierz paznokcia. Na płytce widoczne są małe wgłębienia (jak w naparstku). Zazwyczaj związane są z łuszczycą, ale obserwowane także w:

- zespole Reitera,
- sarkoidozie,
- łysieniu plackowatym,
- miejscowym atopowym lub chemicznym zapaleniu skóry.

## **2.2. Badanie węzłów chłonnych**

Niezmiernie ważnym elementem badania węzłów chłonnych jest wywiad. W wywiadzie należy zapytać pacjenta, jak długo są powiększone węzły, czy towarzyszą im inne objawy: gorączka, kaszel, poty dzienne i nocne, wysypka, utrata masy ciała. Pacjenta należy zapytać także o szczepienia ochronne, przyjmowanie surowicy, dietę, kontakt ze zwierzętami, kontakt z chorymi na choroby zakaźne, ukąszenia, narażenie na czynniki środowiskowe, zachowania wysokiego ryzyka. Ważne jest ustalenie, jakie leki przyjmuje chory, gdyż niektóre mogą prowadzić do powiększenia węzłów chłonnych. Szczególnie istotne jest, czy pacjent przyjmuje następujące leki: allopurinol, atenolol, kaptopril, karbamazepina, preparaty złota, hydralazyna, penicyliny, fenytoina, chinidyna, bisep-tol. W rozmowie z pacjentem należy ustalić, czy w ostatnim czasie nie występowały u niego zakażenia, choroby o podłożu immunologicznym i endokrynologicznym, czy inne objawy mogące sugerować chorobę nowotworową.

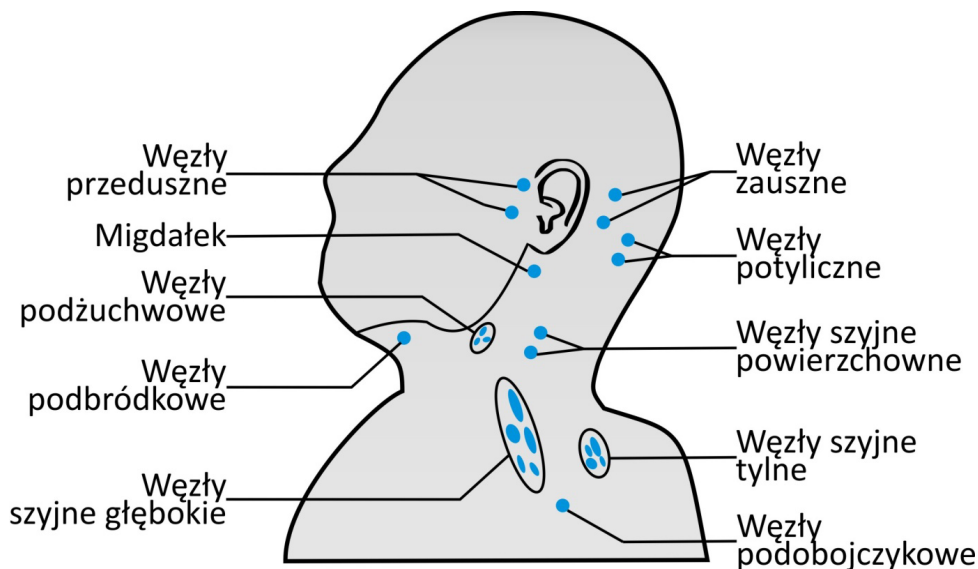
Ryc. 3. Badanie węzłów chłonnych.



W badaniu przedmiotowym należy zwrócić uwagę przede wszystkim na charakterystykę powiększonych węzłów chłonnych i ich lokalizację oraz towarzyszące odchylenia w przeprowadzonym badaniu fizykalnym, w tym przede wszystkim dotyczące śledziony. Oglądając badaną okolicę ciała, zwrócić należy uwagę na kształt i umiejscowienie zgrubienia, zmianę zabarwienia skóry oraz ocenić bolesność widocznej zmiany. Należy pamiętać o tym, że dzieci i młodzi dorośli częściej reagują hiperplazją układu chłonnego, nawet na drobne antygeny. Dlatego powiększone węzły chłonne u pacjentów < 30. r.ż. są w 80% zmianami łagodnymi, a u osób > 50. r.ż. tylko w 40% mają taki charakter.

Za pomocą badania palpacyjnego należy określić: liczbę powiększonych, wyczuwalnych węzłów chłonnych, rozległość obszaru, lokalizację, wielkość, kształt, ucieplenie, spoistość, konsystencję, odgraniczenie od otoczenia, przesuwalność względem podłoża i bolesność. Zbadać należy wszystkie dostępne grupy węzłów chłonnych. Należy ocenić ponadto miejscowe objawy zapalne, powiększenie wątroby i śledziony, uszkodzenia skóry, rumień, świąd, zmiany stawowe.

Ryc. 4. Regionalne węzły chłonne szyi.



### **Węzły chłonne szyi**

Powiększone węzły chłonne na szyi (synonim: limfadenopatia szyjna) mogą być objawem wielu stanów patologicznych i poważnych chorób. Powiększone węzły chłonne szyi definiowane są jako zwiększenie wymiarów tkanki węzłowej powyżej 1 cm średnicy. Najczęściej u podłoża limfadenopatii szyjnej leżą infekcje, choroby autoimmunologiczne oraz nowotwory złośliwe. Węzły chłonne są miejscem namnażania się komórek układu odpornościowego (limfocytów), biorących udział w wykrywaniu i zwalczaniu patogenów. Jeżeli obecna jest infekcja, to węzły chłonne powiększają się na skutek znacznie większej niż w warunkach prawidłowych produkcji limfocytów.

**Limfadenopatię szyjną może wywołać zakażenie** zlokalizowane w obrębie zatok przynosowych, górnych dróg oddechowych lub gardła. Do najczęstszych patogenów powodujących limfadenopatię szyjną należą:

- wirusy – wirus Epsteina-Barr (wywołujący mononukleozę zakaźną), wirus opryszczki zwykłej, wirus różyczki, wirus HIV, adenowirusy, wirus odry;
- bakterie – gronkowce, paciorkowce, pałeczka tularemii, prątek gruźlicy, krętek blady, maczugowiec błonicy;
- grzyby – histoplazmoza;
- chlamydie – ziarniak weneryczny;
- pasożyty – toksoplazmoza;
- riketsje – dur zaroślowy.

**Grupą chorób mogących powodować limfadenopatię szyjną** są nowotwory złośliwe. Proces rozrostowy może być początkowo umiejscowiony w samych węzłach chłonnych lub też węzły chłonne mogą być lokalizacją przerzutów nowotworowych. Biorąc powyższe pod uwagę, nowotwory złośliwe możemy podzielić na:

- pierwotne – chłoniak Hodgkina, chłoniaki nieziarnicze, ostra białaczka limfoblastyczna, przewlekła białaczka limfocytowa,
- przerzutowe – rak nosogardła, rak krtani, rak gardła, rak jamy ustnej.

Szereg chorób reumatycznych, schorzeń autoimmunologicznych oraz zaburzeń układu odpornościowego może manifestować się poprzez powiększenie szyjnych węzłów chłonnych. Należy tutaj wymienić:

- toczeń rumieniowaty układowy,
- mieszaną chorobę tkanki łącznej,
- reumatoidalne zapalenie stawów,
- nadwrażliwość na niektóre leki.

Spośród chorób układu dokrewnego, **związanych z powiększeniem szyjnych węzłów chłonnych**, na uwagę zasługują:

- nadczynność tarczycy,
- zapalenie tarczycy,
- niedoczynność nadnerczy.

Powiększone węzły chłonne w obrębie szyi należy rozpatrywać pod kątem ich:

- struktury (spoistości) – twarda konsystencja może wskazywać na etiologię nowotworową, natomiast miękka konsystencja sugeruje etiologię zapalną (infekcyjną);
- bolesności podczas badania palpacyjnego – tkliwość znacznego stopnia jest charakterystyczna dla etiologii zapalnej, rzadko natomiast występuje w przypadku procesów rozrostowych;
- ruchomości względem podłoża, tkanki podskórnej i skóry – jeśli podczas badania palpacyjnego przesuwalność powiększonych węzłów chłonnych jest ograniczona lub całkowicie zniesiona, to fakt ten przemawia za etiologią nowotworową.

### **Węzły chłonne piersi**

Badanie węzłów chłonnych stanowi integralną część samobadania piersi. Jest bezbolesne. Samodzielna kontrola węzłów chłonnych pachowych polega na lekkim ucisku skóry dołu pachowego (prawą pachę badamy lewą ręką, lewą pachę prawą ręką), przy opuszczonej kończynie górnej. Podnoszenie kończyny do góry powoduje napięcie mięśni piersiowych i utrudnia dojście do głębszych partii tkanki podskórnej pachy.

Węzły pachowe często są wyczuwalne w badaniu palpacyjnych. Dopóki są niewielkie, ok. 1 cm, pojedyncze i ruchome – nie budzą obaw onkologicznych. **Niepokoić powinny węzły twarde, nieruchome i w pakietach.** Do powiększenia się węzłów chłonnych może dojść najczęściej w stanach zapalnych np. skóry podrażnionej podczas depilacji lub w uogólnionych infekcjach. Węzły zmienione zapalnie zwykle są bolesne podczas ucisku, mogą

osiągać duże rozmiary (do 3–4 cm). Podejrzenie infekcji wymaga wdrożenia leczenia przyczynowego, nie zwalnia jednak z badania węzłów chłonnych. Węzły chłonne są pierwszą stacją, do której rak piersi może dać przerzuty, dlatego w każdym przypadku guza piersi niezbędna jest ocena układu chłonnego pachy.

#### **Węzły chłonne nadkłykciowe**

Chłonka z powierzchni łokciowej przedramienia, IV i V palca dłoni oraz przyległej powierzchni palca III pierwotnie spływa do węzłów nadkłykciowych. Leżą one na przyśrodkowej powierzchni ramienia, w odległości ok. 3 cm powyżej łokcia. Węzły chłonne nadkłykciowe badamy palcami umieszczonymi w zagłębieniu między mięśniami dwu- i trójgłowym w odległości ok. 3 cm powyżej nadkłykcia przyśrodkowego. U większości zdrowych osób węzły nadkłykciowe są trudne lub nawet niemożliwe do wymacania. Jeżeli jednak wymacujemy węzeł nadkłykciowy powiększony, to najczęściej może być on spowodowany miejscowym lub odległym zakażeniem, a także może występować w przypadku uogólnionej limfadenopatii.

#### **Węzły chłonne pachwinowe**

Powiększone węzły chłonne w okolicy pachwinowej i podpachwinowej są najczęściej następstwem procesów zapalnych, ale zdarzają się także przyczyny nowotworowe. Nieswoiste **zapalenia węzłów chłonnych** tej okolicy często są spowodowane zranieniami, otarciami na stopie i palcach oraz – o czym warto przypomnieć – wrastającym paznokciem palucha. Zapalenia nieswoiste mają również swoje źródło w procesach zapalnych krocza, narządów płciowych, odbytnicy i dna miednicy. Bywają następstwem wad rozwojowych tych okolic, stanów po zabiegach operacyjnych niedrożności odbytu, choroby Hirschsprunga, pęcherza neurogennego, jak również stulejki czy spodziectwa. Swoiste **zapalenia węzłów chłonnych** okolicy pachwinowej są następstwem zakażenia prątkami gruźlicy, podobnie jak w okolicy pachowej. Należy także w określonych przypadkach brać pod uwagę możliwość zakażenia krętkiem błędym wywołującym kiłę.

**Powiększenie węzłów chłonnych** okolicy pachwinowej ma miejsce także w zakażeniu wirusem opryszczki typu 2, gdy zmiany pęcherzykowe umiejscowione są na zewnętrznych narządach płciowych. Okolica pachwinowa może być także punktem wyjścia nowotworów pierwotnych węzłów chłonnych, jak również przerzutów nowotworowych z narządów miednicy mniejszej i krocza.

Każde **powiększenie węzłów chłonnych** okolicy pachwinowej wymaga konsultacji lekarskiej. W przypadku stwierdzenia zmiany o charakterze zapalnym konieczne jest zastosowanie antybiotykoterapii. Należy szczególnie podkreślić **konieczność dokładnego badania okolicy krocza i narządów miednicy** mniejszej, łącznie z badaniem przez odbyt.

W diagnostyce różnicowej limfadenopatii pachwinowej należy wziąć pod uwagę często występujące w tej okolicy inne nieprawidłowości niebędące **powiększonymi węzłami chłonnymi**: przepuklinę udową, przepuklinę pachwinową, uwięźnięty jajnik czy wodniak powrózka nasiennego.

#### **Węzły chłonne innych okolic ciała**

Rozpoznanie chłoniaka jest bardzo mało prawdopodobne, jeśli nie towarzyszy powiększenie węzłów chłonnych, powiększenie wątroby i śledziona i/lub obecność zmian w innych narządach. Za nowotworowym charakterem zmian przemawia zwykle podstępny początek choroby, obecność węzłów chłonnych o większych rozmiarach, niebolesnych, twardych, o ograniczonej ruchomości, z tendencją do zrastania się z podłożem i łączenia w pakiety. Powiększenie węzłów chłonnych utrzymujące się <2 tygodni lub >1 roku o niezmiennych rozmiarach nie ma zwykle charakteru nowotworowego. Izolowane powiększenie szyjnych węzłów chłonnych stwierdza się badaniem przedmiotowym u około 50% młodych dorosłych. Izolowane powiększenie węzłów chłonnych pachwinowych jest również częste i, jeśli nie przekracza 1–2 cm, zwykle ma charakter odczynowy. Limfadenopatia okolicy nadobojczykowej i łokciowej, zwłaszcza przy braku miejscowych zmian zapalnych, oznacza wyższe ryzyko obecności zmian o charakterze nowotworowym. Występowanie limfadenopatii uogólnionej świadczy zwykle o chorobach układowych, w tym nowotworowych (chłoniaki, białaczki, mięsak Kaposiego, przerzuty), autoimmunologicznych (toczeń rumieniowaty układowy, reumatoidalne zapalenie stawów), infekcyjnych (wirusowe, brucelloza, mykobakteriozy) i innych (sarkoidoza, choroby spichrzeniowe).

Powiększone węzły chłonne zapalne zazwyczaj są powiększone, miękkie, ruchome i bolesne. Powiększone węzły chłonne, które wskazują na komponentę nowotworową, zazwyczaj są: powiększone, twarde, nieruchome i bezbolesne.



### 2.3. Badanie głowy i szyi

Objawy podmiotowe i przedmiotowe chorób głowy i szyi wynikają z zaburzeń budowy i funkcji tych organów. Badanie należy rozpocząć od wywiadu i obserwacji badanego. Pacjenta należy poprosić, aby sygnalizował występujące objawy.

**Ból głowy** należy do najczęstszych przyczyn zgłaszania się chorych do lekarza. Rozpoznanie oraz postępowanie opiera się na dokładnej ocenie klinicznej, popartej znajomością anatomii, fizjologii układu nerwowego, odgrywających rolę w poszczególnych zespołach bólów głowy.

Każdy ból głowy wymaga starannej oceny pod kątem występowania stanów zagrożenia życia, takich jak zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, krwiatek podtwardówkowy lub śródmózgowy oraz guzy mózgu. **Ból głowy**, który jest ostry, przeszywający o znacznym nasileniu i wystąpił pierwszy raz w życiu, zazwyczaj jest sprawą pilną i wymaga zgłoszenia się niezwłocznie do szpitala. Natomiast nawracające, przewlekłe bóle głowy powinny być diagnozowane w warunkach ambulatoryjnych.

Wśród **pierwotnych bólów głowy** (niespowodowanych inną chorobą) zdecydowanie najczęściej występuje migrena oraz ból głowy typu napięciowego.

Do **wtórnych bólów głowy**, tzn. takich, gdzie ból głowy jest tylko objawem innego schorzenia, zalicza się: zatokowy ból głowy, pourazowe bóle głowy, bóle głowy związane z chorobami naczyniowymi, z działaniem substancji chemicznych, z chorobami w obrębie szyi, oczu, uszu, nosa i zębów oraz wiele innych.

Na podstawie dokładnego wywiadu należy dokonać pełnego opisu bólu i określić wszystkie 7 cech bólu głowy, według OLD CART (początek bólu, umiejscowienie, charakterystyka bólu, ilość i nasilenie, warunki i okoliczności występowania, czynniki powodujące nasilenie lub złagodzenie bólu oraz objawy współistniejące). Na podstawie badania podmiotowego i badania przedmiotowego można rozróżnić typ bólu i poznać jego przyczynę. W przypadku podejrzenia pierwotnych bólów głowy może być wskazane badanie neurologiczne.

#### Pierwotne bóle głowy

**Migrenowy ból głowy** – migrena jest uwarunkowanym genetycznie pierwotnym bólem głowy ujawniającym się okresowo. Jest to choroba przewlekła, przebiegająca z epizodycznymi napadami. Migrenę od innych bólów głowy wyróżnia kilka cech:

- ból ma charakter napadowy, jest określany jako tętniący,
- ból migrenowy zwykle zaczyna się jednostronnie,
- migrenowy ból jest silny i występuje przewlekłe,
- napady migrenowego bólu mogą trwać od 4 do 72 godzin,
- ból może pojawić się w cyklach kilkunastominutowych lub trwać nieprzerwanie parę godzin,
- napady bólu migrenowego są nawracające, w zależności od pacjenta przerwy pomiędzy atakami mogą trwać od kilku dni do kilku miesięcy,
- ból migrenowy jest na tyle dokuczliwy, że ogranicza codzienną aktywność życiową chorego.

Czynniki przynoszące ulgę – cichy, ciemny pokój, sen.

**Napięciowy ból głowy** – to najczęstszy ból głowy. Stanowi nawet 90 procent wszystkich przypadków pierwotnych bólów głowy. U źródeł napięciowego bólu głowy leżą najczęściej: stres, głód, odwodnienie, brak snu, pogoda, używki, długie przebywanie w jednej, niewygodnej pozycji. Odczuwany jest zwykle w okolicy czoła, skroni, niekiedy obejmuje całą głowę. Poza tym ból napięciowy:

- jest obustronny, rozlany, opasujący, może być tępy, uciskający lub gniotący,
- trwa od pół godziny do kilku dni,
- ból początkowo nie jest intensywny, narasta z czasem, niekiedy aż do poziomu bólu migrenowego.

Czynniki przynoszące ulgę – prawdopodobnie masaż, rozluźnienie.

**Klasterowy ból głowy** – jest rodzajem pierwotnego bólu głowy, który występuje znacznie rzadziej niż migrena lub bóle głowy typu napięciowego. Napady występują okresowo. Okresy te zwane rzutami lub klasterami pojawiają się w różnych odstępach czasu (najczęściej 1–2 rocznie) i trwają z różną długością, zwykle 4–16 tygodni, a średnio 8 tygodni. Napady zwykle powracają o tej samej porze roku oraz o tej samej porze dnia. Długość napadów bólu jest różna. Bardzo silny ból, który zlokalizowany jest zwykle po jednej stronie w okolicy oczodołu może trwać od kilku, kilkunastu minut do 3 godzin. W ciągu doby (częściej w nocy) może wystąpić do 8 napadów. Na ogół ból określany jest jako świdrujący, kłujący, palący czy żrący. Niekiedy może on promieniować do szczęki, karku lub ramienia. Częściej występuje u mężczyzn.

## Wtórne bóle głowy

### Ból głowy z odstawienia analgetyków

Przyczyną tych bólów głowy jest najczęściej odstawienie leku. Ból taki może być zlokalizowany jednostronnie lub też może jak w napięciowych bólach głowy być zlokalizowany obustronnie. Nasilenie bólu jest zmienne. Początek może być także zmienny. Czas trwania zależy od wcześniejszego bólu głowy, natomiast przebieg jest zależny od częstości „miniodstawień”. Czynniki nasilające ból, to gorączka, tlenek węgla, hipoksja, odstawienie kofeiny, inne czynniki wyzwalające bóle głowy.

### Ból w chorobach oczu

**Wady refrakcji** (dalekowzroczność i stygmatyzm, ale nie krótkowzroczność) – przyczyną prawdopodobnie jest utrzymujący się skurcz mięśni zewnątrzgałkowych i prawdopodobnie mięśni czołowych, skroniowych i potylicznych. Ból zlokalizowany jest wokół oczu, bóle mogą promieniować do okolicy potylicznej. Są to bóle stałe, tępe. Początek jest zazwyczaj stopniowy, czas trwania i przebieg zmienny. Inne objawy to zmęczenie oczu, uczucie „piasku pod powiekami”, zaczerwienienie spojówek. Czynniki nasilające ból to: zbyt długie używanie wzroku, szczególnie przy pracy w małej odległości. Ulgę natomiast przynosi odpoczynek.

**Ostry napad jaskry.** Przyczyną bólu jest nagły wzrost ciśnienia śródgałkowego. Ból lokalizuje się w obrębie i wokół oczu. Bóle są stałe, tępe, często ciężkie. Początek jest zazwyczaj nagły, czas trwania i przebieg zmienny, może zależeć od leczenia. Inne objawy to osłabienie wzroku, czasami nudności i wymioty. Bóle mogą być wywoływane przez krople do oczu rozszerzające źrenice.

### Ból w chorobach uszu

Ból ucha (otalgia) chorzy najczęściej umiejscawiają w uchu, a jego przyczyną jest podrażnienie receptorów bólowych przez proces zapalny ucha (otalgia pierwotna) lub może być przeniesiony do ucha z innych narządów głowy i szyi (otalgia wtórna). Ból pierwotny jest ostry, dobrze lokalizowany przez chorego, ograniczony do ucha i ustępuje po zaprzestaniu działania czynnika uszkadzającego. Przyczyny powstania bólu ucha mogą być różnorakie, niekiedy trudne do ustalenia. Ból pierwotny wywołany przez stany zapalne ucha występuje najczęściej, dobrze lokalizowany przez chorego.

Przeprowadzając wywiad z pacjentem, należy szczególną uwagę zwrócić na tzw. objawy alarmowe, które nasuwają podejrzenie istnienia niepokojących wtórnych przyczyn bólu głowy. Należą do nich: niedawny początek (mniej niż 6 miesięcy), wystąpienie bólu po 50. r.ż., nagły początek, określane jako „najgorszy ból, jaki miałem, ból nie do wytrzymania”, znacznie podwyższone ciśnienie tętnicze, obecność wysypki lub objawów zakażenia, współistniejący nowotwór, zakażenie HIV lub ciąża, wymioty, niedawny uraz głowy, utrzymujące się deficyty neurologiczne. Najważniejszymi cechami bólu głowy są: jego nasilenie i przebieg w czasie.

### Zatokowy ból głowy

Jest typowym objawem towarzyszącym zapaleniu zatok. Zwykle najbardziej dokuczają rano, nasila się też przy pochylaniu głowy. Bezpośrednią przyczyną pojawienia się zatokowego bólu głowy jest gromadzenie się w rozpulchnionych na skutek zakażenia zatokach nadmiaru wydzieliny, która nie ma jak swobodnie spływać do nosa. Zatokowy ból głowy jest pulsujący, tępy lub rwący, towarzyszy mu uczucie rozpierania w obrębie twarzy i głowy, może też promieniować do innych części twarzy lub szyi. Ból zatokowy nasila się podczas opukiwania lub ucisku okolic zajętej zatoki, podczas kaszlu, próby opróżnienia nosa, wysiłku fizycznego oraz w godzinach porannych. Zatokowemu bólowi twarzy mogą towarzyszyć: wyciek wydzieliny z zatok do nosa lub po tylnej ścianie gardła, ból zębów, podwyższona temperatura ciała, ogólne rozbitcie, kaszel w nocy lub po wypoczynku w dzień.

### Ból głowy w zapaleniu opon mózgowych

Ostry, ciężki ból głowy ze sztywnością karku i gorączką sugeruje zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Lokalizacja bólu – uogólniona. Początek – dość szybki. Czas trwania – zmienny, zwykle dni. Utrzymujący się ból w ostrym okresie.

### Ból głowy w krwawieniu podpajęczynówkowym

Ostry, ciężki ból głowy ze sztywnością karku, lecz bez gorączki, sugeruje krwotok podpajęczynówkowy. Pęknięcie tętniaka lub malformacji tętniczo-żylnych bądź krwotok śródmiąższowy mogą również objawiać się jako izolowany ból głowy. Początek zwykle nagły, ciężki, mogą wystąpić objawy prodromalne. Czas trwania – zmienny,

zwykle dni. Utrzymujący się ból w ostrym okresie. Inne objawy – nudności, wymioty, możliwość utraty przytomności, ból szyi.

#### **Ból głowy u pacjentów z guzem mózgu**

Okolo 30% pacjentów z guzami mózgu za najbardziej dotkliwą dolegliwość uważa ból głowy. Jest on zwykle nieokreślony – występujący z przerwami, głęboko umiejscowiony, tępy o umiarkowanym nasileniu, niekiedy nasilający się przy wysiłku albo zmianie pozycji ciała, czasami przebiegający z nudnościami i wymiotami. Początek – zmienny. Czas trwania – często krótki. Przebieg – bóle często przerywane, ale postępujące. Mogą być zaostrzone przez kaszel, kichanie i nagłe ruchy głową.

#### **Pourazowe bóle głowy**

Mechanizm nieznan. Mogą być zlokalizowane w okolicy urazu, ale niekoniecznie. Bóle są uogólnione, tępe, stałe. Początek – w ciągu godzin do 1–2 dni od urazu. Czas trwania – tygodnie, miesiące, a nawet lata. Mają tendencje do zmniejszania się z czasem. Inne objawy – kłopoty z koncentracją, pamięcią, zawroty głowy, drażliwość, niepokój, zmęczenie. Czynniki nasilające lub wywołujące – wysiłek umysłowy i fizyczny, wyczerpanie, pochylanie się, emocje, alkohol. Czynniki przynoszące ulgę – odpoczynek.

#### **Ból w neuralgii nerwu trójdzielnego**

Nerwoból, czyli neuralgia nerwu trójdzielnego, zwana także rwą twarzową, jest przykrą dolegliwością. Ból trwa czasem kilka sekund, czasem nawet dwie minuty, raczej nie dłużej. Nerwoból ustępuje tak samo nagle, jak się pojawił. Neuralgia nerwu trójdzielnego może zdarzyć się raz i nigdy już nie powrócić, może paraliżować część twarzy co pewien czas, nawet kilka razy dziennie. Przy neuralgii nerwu trójdzielnego ból atakuje zniemacka. Porównywany bywa do uczucia, jakie towarzyszy porażeniu prądem. Może zaatakować pół twarzy, może umiejscowić się punktowo: w okolicy oka, zatoki nosowej, żuchwy (wtedy przypomina gwałtowny ból zęba). Neuralgia nerwu trójdzielnego pojawia się tylko w ciągu dnia, czasem towarzyszy jej katar, łzawienie, ślinotok, zaczerwienienie i skurcz twarzy, zaburzenie smaku i słuchu. Nerwoból twarzy może wywołać dotknięcie skóry twarzy, np. podczas mycia lub golenia, ruch podczas mówienia, jedzenia (żucie) czy mycia zębów, albo nagła zmiana temperatury otoczenia, mówienie.

#### **Hipoglikemia**

Hipoglikemia pojawia się, gdy stężenie glukozy obniża się poniżej 50 mg% – po przedawkowaniu insuliny, pominięciu posiłku, zmniejszeniu ilości pożywienia, a także w silnym stresie, po nagłym wysiłku lub dużej dawce alkoholu. Objawy niewielkiego niedocukrzenia: ból głowy, zmęczenie, rozdrażnienie, wilczy głód; drżenie mięśni; przyspieszone bicie serca. Co należy zrobić? Zjeść lub wypić coś słodkiego (np. herbatę z dwoma łyżeczkami miodu). Jeśli po 3-5 min nie nastąpi poprawa, należy powtórzyć dawkę.

Objawy silnej hipoglikemii: palpacje serca, drżenie wewnętrzne, zawroty głowy, bóle w nadbrzuszu, zaburzenia widzenia, pocenie się. Chory nie może połykać – nie można mu podać płynów doustnie.

#### **Anemia**

Niedokrwistość, potocznie zwana anemią, jest zespołem chorobowym, który polega na zmniejszeniu stężenia hemoglobiny, hematokrytu lub liczby erytrocytów poniżej prawidłowych wartości. Bóle głowy mogą być niespecyficznym objawem każdej niedokrwistości, a w szczególności tej wynikającej z niedoboru żelaza. Bóle głowy najczęściej mają jednak charakter migrenowy, bądź są to tak zwane bóle napięciowe (przemęczenie, brak snu, stres, złe odżywianie się).

#### **Grypa**

Grypa jest to choroba górnych dróg oddechowych (gardło, krtań, tchawica) o gwałtownym przebiegu, wywołana przez wirus. Grypę cechuje gwałtowność objawów, dynamika choroby jest bardzo duża, wraz ze wzrostem temperatury (nawet do 40°C w przeciągu kilku godzin) pojawiają się silne bóle mięśniowe i bóle kostnow stawowe, osłabienie, kaszel i uczucie ogólnego rozbicia oraz ból głowy spowodowany wzrostem temperatury.

#### **Zawroty głowy**

Określenie „zawroty głowy” lub „kręcenie się w głowie” są niespecyficznymi terminami używanymi przez chorych, a obejmującymi kilka chorób, które zawsze należy starannie różnicować.

**Prawdziwy zawrót głowy** powoduje wrażenie, że chory lub jego otoczenie obraca się albo wiruje, któremu towarzyszy oczopląs i ataksja. Zazwyczaj spowodowane obwodowymi zaburzeniami w obrębie błędniaka (ok. 40% chorych). Może być także spowodowane zaburzeniami w obrębie ucha wewnętrznego, obwodowego uszkodzenia VIII nerwu czaszkowego lub uszkodzenia jego ośrodkowych szlaków lub jąder mózgu. Z wywiadu należy

dowiedzieć się, czy chory ma uczucie przyciągania do ziemi lub ściągania na jedną ze stron oraz, czy zawroty głowy są związane ze zmianą pozycji ciała, czy zawrotom głowy towarzyszy uczucie niezdarności, uderzenia gorąca, nudności lub wymioty.

#### **Zawroty głowy łagodne pozycyjne**

Początek jest nagły, zazwyczaj występuje przy unoszeniu głowy. Czas trwania i przebieg od kilku sekund do <1 min, trwają kilka tygodni, mogą nawracać. Dodatkowe objawy to czasami nudności, wymioty, oczopląs.

#### **Zapalenie nerwu błędnego (ostre zapalenie błędnika)**

Początek nagły. Czas trwania i przebieg od godziny do 2 tygodni. Słuch jest nie zaburzony. Dodatkowe objawy to nudności, wymioty, oczopląs.

#### **Choroba Maniere'a**

Jest idiopatycznym schorzeniem charakteryzującym się nawracającymi epizodami szumu w uszach, upośledzenia słuchu i układowych zawrotów głowy z towarzyszącymi wymiotami, uczuciem pełności w uchu, upośledzeniem słuchu o zmiennym nasileniu, nadwrażliwością na hałas oraz uczuciem niepokoju. W trakcie napadu występuje poziomy lub poziomo-obrotowy oczopląs. Pojawiać się mogą również nagłe upadki, jednak bez utraty przytomności. Napady trwają od kilku minut do wielu godzin, ustępując samoistnie. Po ustąpieniu napadu, przez wiele kolejnych dni może utrzymywać się uczucie zaburzonej równowagi. Pomiędzy epizodami występują okresy remisji, trwające nawet do kilku lat.

#### **Toksyczność leków**

Początek jest podstępny lub występuje w bezpośrednim związku z aminoglikozydami, salicylanami, alkoholem. Czas trwania i przebieg – mogą być odwracalne lub nie, występuje częściowa adaptacja. Słuch może być upośledzony. Szum w uszach może być obecny. Dodatkowe objawy to nudności, wymioty.

#### **Nerwiak słuchowy**

Początek ma podstępny, ucisk na gałąź przedsionkową nerwu VIII. Czas trwania i przebieg jest zmienny. Słuch jest upośledzony, po jednej stronie. Występuje szum w uszach. Dodatkowe objawy: może obejmować nerwy czaszkowe V i VII.

#### **Ośrodkowe zawroty głowy**

Początek często jest nagły. Czas trwania i przebieg jest zmienny, rzadko ciągły. Słuch jest niezaburzony, brak szumu w uszach. Dodatkowe objawy to zazwyczaj deficyty ze strony pnia mózgu: dyzartria, ataksja (niezborność ruchów), skrzyżowane ubytki ruchowe i czuciowe.

#### **Badanie przedmiotowe**

Badanie należy rozpocząć od dokładnego oglądania głowy. Oglądając głowę, zwrócić trzeba uwagę na kształt i wielkość czaszki, zachowane proporcje twarzoczaszki do mózgowczaszki, ocenić wygląd i symetrię twarzy oraz ewentualne zmiany pourazowe. Oglądając twarz, należy ocenić cechy występującego obrzęku w kierunku różnicowania go w zależności od specyfiki zaburzeń oraz innych objawów charakterystycznych dla chorób takich, jak: zespół Cushinga, zespół nercycowy, obrzęk śluzowaty, powiększenie ślinianki przyusznej, gigantyzm i akromegalia, choroba Parkinsona.

#### **Badanie twarzy**

##### **Zespół Cushinga**

Zwiększona synteza kortyzolu w nadnerczach w zespole Cushinga powoduje obraz twarzy jak „księżyc w pełni” z zaczerwienionymi policzkami. Może występować nadmierny wzrost włosów w obrębie wąsów, bokobrodów i brody. Patologiczne odkładanie się tłuszczu na karku, „byczy kark”. Choroba dotyczy 4 x częściej kobiet, najczęściej w wieku 30–40 lat.

Charakterystyczne są czerwono-purpurowe rozstępy na piersiach, brzuchu, biodrach i udach.

##### **Zespół nercycowy**

Zespół objawów chorobowych wywołany nadmierną nieskompensowaną utratą białka z moczem. Stan ten nazywa się białkomoczem: w przypadku zespołu nercycowego przekracza ilość 3,5 g/dobę lub 50 mg/kg masy ciała/dobę. Długotrwała utrata białka doprowadza do spadku ciśnienia onkotycznego i powoduje powstanie przesięków do jam ciała i obrzęków. Do zespołu nercycowego może doprowadzić każdy stan chorobowy prze-

biegający z białkomoczem. Twarz jest obrzęknięta i często blada. Obrzęk zazwyczaj pojawia się rano, najpierw wokół oczu. Oczy mogą stać się szparkowate, gdy obrzęk jest nasilony.

#### **Obrzęk śluzowaty**

Przyczyną powstawania obrzęku śluzowatego są zaburzenia procesów przemiany materii oraz wynikająca z nich ciężka niedoczynność tarczycy. Obrzęk śluzowaty charakteryzuje się zwolnieniem wszelkich czynności organizmu (psychicznych i fizycznych) w wyniku obniżenia się podstawowej przemiany materii. Twarz o tępym wyrazie jest opuchnięta. Twarz ubożeje w ruchy mimiczne, staje się maskowata. Skóra jest sucha. Obrzęk, często nasilony wokół oczu, przy ucisku nie daje dołka. Włosy i brwi są suche, szorstkie, rzadkie i cienkie.

#### **Powiększenie ślinianki przyusznej**

Przewlekłe, obustronne, bezobjawowe powiększenie ślinianek przyusznych może być związane z otyłością, cukrzycą, marskością wątroby i innymi stanami. Uwagę zawsze należy zwrócić na obrzęk występujący do przodu od płatków ucha i powyżej kąta żuchwy. Stopniowe jednostronne powiększenie sugeruje nowotwór. Ostre powiększenie obserwowane jest w śwince (patrz badanie szyi).

#### **Gigantyzm**

Gigantyzm jest stanem nadczynności przedniego płata przysadki i wzmożonego wydzielania hormonu wzrostu, doprowadzającego do tzw. wzrostu olbrzymiego. W wypadku dzieci i młodzieży nadmiar hormonu wzrostu powoduje gigantyzm odróżniający się od akromegalii nadmiernym wzrostem kości długich.

#### **Akromegalia**

Zwiększone stężenie hormonu wzrostu w akromegalii powoduje powiększenie kości i tkanek miękkich. Głowa jest wydłużona, z uwypukleniem kości czoła, nosa i żuchwy. Skóra jest nadmiernie owłosiona. Tkanki miękkie nosa, warg i uszu także się powiększają. Rysy twarzy ulegają ogólnemu pogrubieniu. Występuje powiększenie narządów wewnętrznych (splenomegalia, hepatomegalia, kardiomegalia). Choroba dotyczy osób dorosłych, u których skończony został proces wzrastania kości, a nasady kości długich uległy mineralizacji i zrośnięciu.

#### **Choroba Parkinsona**

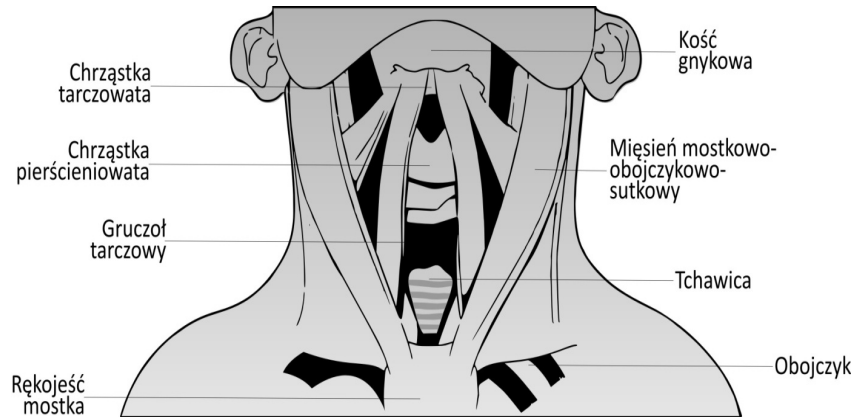
Zmniejszona ruchomość twarzy upośledza ekspresję. Może wystąpić twarz maskowata oraz rzadkie mruganie i charakterystyczne spojrzenie. Jako, że szyja i górna część tułowia wykazują tendencję do zgięcia do przodu, chory wydaje się spoglądać do góry na obserwatora.

Skóra twarzy staje się tłusta, może wystąpić ślinienie się.

Badając palpacyjnie głowę, należy poprosić pacjenta, aby sygnalizował objawy bólowe lub inne nieprawidłowości, które powodowałyby dyskomfort. Ze względu na to, że odchylenia, które są przysłonięte włosami, łatwo przeoczyć, pacjenta należy zapytać, czy nie zauważył albo wymacał nieprawidłowości w obrębie skóry owłosionej głowy. Jeżeli nosi perukę, treskę do badania powinien zdjąć. Włosy należy odgarnąć w kilku miejscach i, oglądając oraz badając palpacyjnie, szukać łuszczenia skóry, guzków, znamion i innych zmian. W dalszej kolejności badania należy ocenić ogólną wielkość i zarys czaszki. Zwrócić trzeba uwagę na jakiegokolwiek deformacje, nieprawidłowe kontury, wgłobienia, guzki lub tkliwość. Powiększenie czaszki może występować w wodogłowie i chorobie Pageta. Bolesność lub schodki kostne występują często po urazach. Następnie należy ocenić wyraz i zarys twarzy pacjenta w poszukiwaniu asymetrii, ruchów mimowolnych, guzków.

## Badanie szyi

Ryc. 5. Struktura szyi.



Bóle szyi i karku są powszechną dolegliwością, ale częstotliwość ich występowania wzrasta wraz z wiekiem. Ból i sztywność szyi, trudności w wykonaniu ruchu, zazwyczaj dotyczą bardziej jednej strony. Jeśli do tych objawów dołącza się promieniowanie bólu do ramion i barków oraz uczucie kasku na głowie i promieniowanie bólu od potylicy ku jej wierzchołkowi, a także szum i dzwonienie w uszach, omdlenia i mdłości, można przypuszczać, że problem wiąże się ze zmianami w kręgosłupie szyjnym. Leczenie bólów szyi polega głównie na unikaniu obciążających ruchów i pozycji oraz ćwiczeniach rozluźniających i wzmacniających mięśnie. Czasem niezbędne jest podanie środków przeciwbólowych i przeciwzapalnych oraz profesjonalna rehabilitacja.

### Urazy szyi

Jest to uraz odcinka szyjnego kręgosłupa spowodowany nagłym odgięciem głowy ku tyłowi, a następnie jej gwałtownym zgięciem do przodu, zazwyczaj podczas wypadku samochodowego (uderzenie w tył pojazdu). Uszkodzenie może dotyczyć mięśni, ścięgien, krążków międzykręgowych (tzw. dysków) oraz nerwów okolicy szyi. Objawy to: ból i sztywność szyi (karku) występujące natychmiast po wypadku lub w ciągu 24 godzin, zawroty głowy, ból głowy, nudności i wymioty (czasami). Bywa też wynikiem naciągnięcia mięśni pod wpływem gwałtownego ruchu, np. ostrego hamowania samochodu czy autobusu.

Świnka jest ostrą chorobą zakaźną zazwyczaj wieku dziecięcego (mogą chorować także dorośli). Jest to choroba wirusowa. Chorobę powoduje wirus RNA, który zakaźność ma dużą, ale dzięki szczepieniom zapadalność na świnkę w Polsce znacznie się zmniejszyła. Choroba u 1.3 populacji chorej może przebiegać bezobjawowo. U pozostałych zaczyna się zazwyczaj objawami prodromalnymi, takimi jak: bóle mięśni, głowy, gorączka, złe samopoczucie, może występować ból szyi, dreszcze oraz ogólne złe samopoczucie. Następnie pojawia się obrzęk ślinianki. Jest to nagły, duży, bolesny obrzęk okolicy przedusznej. Często obejmuje najpierw jedną stronę, a następnego dnia także drugą. Utrudnia to jedzenie, picie, żucie ze względu na ból, który bardzo nasila się przy tych czynnościach. Ten obrzęk jest najbardziej charakterystycznym objawem świnki. Dziecko jest zakaźne nawet do 9 dni od pojawienia się obrzęku. Leczenie jest objawowe. Polega na leżeniu w domu, oszczędzającym trybie życia, podawaniu leków przeciwbólowych, przeciwgorączkowych. Ważne jest dbanie o ucieplenie obrzęku, nie można dopuścić do jego wychłodzenia. Nie należy podawać potraw kwaśnych. Kwaśny smak bardzo podrażnia i nasila dolegliwości bólowe. Zaleca się potrawy nie gorące, łatwostrawne. Przebycie choroby pozostawia odporność na całe życie.

### Badanie szyi

Badanie szyi zawsze należy rozpocząć od dokładnego jej oglądania. Oglądając, należy zwrócić uwagę na symetrię i jakiegokolwiek guzy lub blizny. Na szyi mogą być widoczne powiększone ślinianki przyuszne lub podżuchwowe oraz węzły chłonne. Bolesne węzły chłonne wskazują na zapalenie, twarde i nieprzesuwalne sugerują nowotwór. Dla orientacji na szyi należy zidentyfikować chrząstkę tarczową i pierścieniową oraz tchawicę. Oglądając tchawicę, ocenić należy jej położenie, powinna być położona symetrycznie pośrodkowo. Jej przesunięcie w stosunku do zwykłego, pośrodkowego położenia może świadczyć o nieprawidłowościach struktur w obrębie szyi. Guzy

na szyi mogą przesunąć tchawicę na jedną stronę. Przesunięcie tchawicy może także wskazywać na istotną patologię w obrębie klatki piersiowej, taką jak guz śródpiersia, rozedma lub duża odmę. Zawsze badając szyję, należy zbadać gruczoł tarczycowy. Ze względu na znaczenie tego gruczołu dla prawidłowego funkcjonowania człowieka, jego badanie oraz nieprawidłowości opisano w wydzielonym podrozdziale 2.12.

#### 2.4. Badanie narządów zmysłu, jamy ustnej i gardła

**ZMYŚŁ** to zdolność rejestrowania informacji ze środowiska (wzrok, słuch, równowaga, dotyk, smak, węch). Do odbierania bodźców służą narządy zmysłów (oko, ucho, nos, receptory skórne, kubki smakowe na języku), znajdują się w nich receptory, komórki wytwarzające impuls nerwowy w reakcji na określony czynnik.

##### Badanie nosa

Badanie nosa zaczyna się od oglądania nosa. Należy zwrócić uwagę na wszelką asymetrię lub deformacje nosa, ruchy skrzydełek nosa podczas wdechu i wydechu powietrza (widoczne zazwyczaj przy trudnościach w oddychaniu). Oglądanie przedniej i dolnej części nosa wykonać należy w ten sposób, że delikatnie należy przycisnąć kciukiem koniuszek nosa, co spowoduje rozszerzenie nozdrzy i za pomocą latarki lub otoskopu można uzyskać częściowy widok każdego przedsionka nosa. Jeżeli koniuszek jest tkliwy, manipulować w nosie należy w takim zakresie, w jaki jest to niezbędne. Badając otoskopem wnętrze nosa, należy użyć największego dostępnego wziernika. Badanie wykonuje się w następujący sposób: pacjent siedzi, przechyla nieco głowę do tyłu i wówczas wprowadzić należy delikatnie wziernik do każdego nozdrza, unikając kontaktu z wrażliwą przegrodą nosa. Po założeniu wziernika skierować trzeba do tyłu, a następnie krótkimi ruchami do góry spróbować obejrzeć dolną i środkową małżowinę oraz wąskie przejście pomiędzy nimi. Pewna asymetria obu stron jest prawidłowa. Obejrzeć należy także śluzówkę i przegrodę nosa, oceniając wszelkie nieprawidłowości. Oglądanie jamy nosa przez nozdrza przednie jest zazwyczaj ograniczone do przedsionka, przedniej części przegrody, małżowiny dolnej i środkowej.

**Katar** – zapalenia błony śluzowej nosa (niekiedy także zatok przynosowych). Do objawów należą: kichanie, „drapanie” (świąd w nosie i gardle), kaszel, pieczenie spojówek, wyciek płynnej wydzieliny z nosa, lub jej spływanie po tylnej ścianie gardła, zatkany nos, ogólne osłabienie, ból głowy, stan podgorączkowy.

Przyczyny nieżyty nosa:

- alergiczny – uczuleniowe o przebiegu sezonowym,
- infekcyjny – zakażenia wirusowe szerzące się drogą kropelkową,
- idiopatyczny – niealergiczny nieżyt nosa,
- hormonalny – w niedoczynności tarczycy, w ciąży, w trakcie terapii antykoncepcyjnej,
- polekowy – doustne środki antykoncepcyjne, leki hipotensyjne, aspiryna, niesteroidowe leki przeciwzapalne.

**Upośledzenie drożności nosa** – (zwykle określane przez pacjenta jako uczucie zatkania nosa) to ograniczenie przepływu powietrza przez jamy nosa, najczęściej wynikające z obrzęku błony śluzowej z różnych przyczyn.

Przyczyny upośledzenia drożności nosa to:

- skrzywienie przegrody nosowej,
- polipy nosa,
- nieżyt nosa,
- ciało obce w nosie,
- wady rozwojowe.

Badanie drożności nosa poprzez uciśnięcie każdego skrzydełka nosa po kolei i poproszenie chorego o wykonanie wydechu. Wycucie podmuchu powietrza potwierdza drożność nosa.

##### Krwawienia z nosa

Krwawienia z nosa – niezależnie od jego nasilenia, jest sygnałem alarmowym, świadczącym o istnieniu nieprawidłowości w organizmie. Oczywiście w pierwszej kolejności ważne jest zatamowanie upływu krwi, ale ważne jest też ustalenie jego przyczyny.

Przyczyny miejscowe dotyczą chorób nosa i mogą być wywołane przez:

- zjawisko idiopatyczne o nieustalonym charakterze,
- uraz tępy i uszkodzenie naczyń spowodowane dłubaniem w nosie lub obecnością ciała obcego w nosie,
- zakażenie górnych dróg oddechowych (ostry lub przewlekły nieżyt nosa, ostre lub przewlekłe zapalenie zatok przynosowych),
- uraz zewnętrzny nosa (uderzenie lub złamanie nosa),

– nieprawidłowości naczyniowe.

Przyczynami ogólnymi krwawienia z nosa mogą być:

- choroby ogólnoustrojowe, np. nadciśnienie tętnicze, miażdżycy tętnic obwodowych,
- ostre choroby zakaźne, np. grypa, płonica, malaria, dur plamisty,
- zaburzenia hormonalne,
- zaburzenia krwawienia i krzepnięcia,
- niewydolność wątroby,
- stosowanie niektórych leków.

**Zatoki przynosowe**, tzw. oboczne nosa, to jamy powietrzne znajdujące się w obrębie kości twarzoczaszki:

- zatoki szczękowe – w obrębie kości szczęki,
- zatoki czołowe – w kości czołowej,
- zatoki (komórki) sitowe – w kości sitowej,
- zatoki klinowe – w obrębie trzonu kości klinowej.

Zatoki przynosowe spełniają wiele ważnych funkcji. Są odpowiedzialne za właściwy sposób oddychania i wydawania dźwięków. Zaburzenie ich prawidłowej pracy może powodować poważny dyskomfort w postaci uczucia zapchanego nosa, bóli głowy czy braku powonienia. Te dolegliwości mogą w znaczący sposób komplikować codzienne funkcjonowanie. Zatoki przynosowe ocenia się na podstawie badania radiologicznego lub badania ultrasonograficznego (USG). Badaniem fizykalnym można ocenić tylko zatoki czołowe i szczękowe.

#### **Badanie zatok czołowych i przynosowych – podświetlanie (transiluminacja)**

Pomieszczenie powinno być zaciemnione. Posługujemy się silnym źródłem światła (wąski snop). Latarkę należy umieścić głęboko poniżej każdej brwi, blisko nosa. Światło z latarki zasłonić trzeba ręką. Ocenia się przejrzystość zatok czołowych i szczękowych. Prawidłowo powinno się widzieć słabą czerwoną poświatę, która jest przenoszona przez wypełnioną powietrzem zatokę czołową do czoła. Brak poświaty po jednej lub obu stronach sugeruje pogrubienie błony śluzowej lub wydzielinę w zatokach czołowych lub szczękowych. Może być także wynikiem rozwojowego braku jednej lub obu zatok.

Podobnie bada się zatoki szczękowe. Należy poprosić pacjenta, aby przechylił głowę do tyłu, otworzył szeroko usta. Latarkę należy poświecić do dołu tuż poniżej wewnętrznego brzegu każdego oka. Przez otwarte usta należy patrzeć na podniebienie twarde. Czerwona poświata wskazuje na prawidłowe, wypełnione powietrzem zatoki szczękowe.

**Palpacja zatok czołowych i szczękowych** – do badania zatok przynosowych należy użyć kciuków. Uciska się nimi okolice zatok czołowych nad oczodołami oraz okolice skrzydełek nosa (badanie zatok szczękowych). Miejscowa bolesność wraz z takimi objawami, jak ból, gorączka i wydzielina z nosa, sugerują ostre zapalenie zatok obejmujące zatoki czołowe i szczękowe.

#### **Badanie jamy ustnej i gardła**

W czasie badania jamy ustnej wykorzystuje się metodę oglądania i palpacji. Pozycja pacjenta do badania uzależniona jest od jego stanu fizycznego i psychicznego. Najlepiej, gdy jest to pozycja siedząca lub półsiedząca z dobrze podpartą głową. Potrzebny sprzęt to: latarka, szpatułki i gaziki (najlepiej ze zwykłej gazy o wielkości 5 x 5 cm). Badanie rozpoczyna się od oceny przedsionka jamy ustnej, następnie należy ocenić jamę ustną właściwą i gardło. Błona śluzowa jamy ustnej jest swego rodzaju „ekranem”, na którym mogą pojawić się sygnały – często nawet jako jedne z pierwszych, wskazujące na toczące się w organizmie procesy miejscowe w jamie ustnej, ale także zaburzenia ogólnoustrojowe. Dlatego też w wywiadzie zwrócić należy szczególną uwagę na dolegliwości, które zgłasza pacjent, co bywa pomocne w rozpoznawaniu chorób jamy ustnej i gardła. Język bolesny, gładki sugerować może niedobory pokarmowe. Białe śnieżnobiałe plamki na szkliwie mogą wskazywać na próchnicę, dlatego też każdy ząb należy dokładnie obejrzeć. Bóle gardła – gorączka, wysięk w obrębie gardła i powiększenie przednich węzłów chłonnych, szczególnie przy braku kaszlu, sugerują paciorkowcowe zapalenie gardła, natomiast krwawienia z dziąseł najczęściej spowodowane są ich zapaleniem.

**Chrypka** – zmieniona jakość głosu, opisywana jako ochrypli, gruby lub szorstki. Tonacja może być niższa niż wcześniej. Chrypka zazwyczaj jest spowodowana chorobami gardła, ale może także rozwinąć się na skutek



ucisku zmian pozakrtaniowych na nerw krtaniowy. Przyczyną może być także nadużywanie głosu, długi głośny śpiew, alergia, palenie papierosów lub inne wdychane substancje drażniące, ostre zakażenia. Przyczynami przewlekłej chrypki są: palenie tytoniu, alergia, nadużywanie głosu, niedoczynność tarczycy, przewlekłe zakażenia, jak np. w przypadku gruźlicy, oraz guzy. Jeżeli utrzymuje się dłużej niż 2 tygodnie, zalecane jest badanie krtani przez laryngologa.

#### **Zmiany w obrębie czerwieni wargowej**

**Zapalenie kącików warg (zajady)** – zapalenie kącików warg rozpoczyna się od zmiękczenia skóry w kącikach ust, po którym występuje pęknięcie. Może wynikać z niedoborów pokarmowych lub częściej z nadmiernego zamknięcia ust u osób bez zębów lub ze źle dopasowanymi protezami. Ślina zwilża i maceruje wgłębioną skórę, co często prowadzi do wtórnego zakażenia drożdżakowego.

**Słoneczne zapalenie warg** – jest następstwem nadmiernej ekspozycji na światło słoneczne i zajmuje przede wszystkim dolne wargi. Najczęściej rozwija się u mężczyzn o jasnej skórze, którzy pracują na dworze. Wargi tracą swoją prawidłową, czerwoną barwę i mogą stać się łuskowate, nieco pogrubiałe i wywinięte. Uszkodzenia słoneczne predysponują do raka wargi.

**Opryszczka** – wirus opryszczki pospolitej (HSV) daje nawracające i bolesne pęcherzykowe wypryski na wargach i sąsiedniej skórze. Początkowo rozwija się małe skupisko pęcherzyków. Kiedy te zmiany pękają, tworzą się żółtobrazowe strupy, a gojenie następuje w ciągu 10–14 dni.

**Obrzęk naczyńoruchowy** – jest rozlanym, niepoddającym się uciskowi, napiętym obrzękiem skóry i tkanki podskórnej. Rozwija się nagle i typowo znika w ciągu kolejnych godzin lub dni. Chociaż zazwyczaj ma podłoże alergiczne i bywa związany z pokrzywką, zmiana ta nie swędzi.

**Wrodzona teleangiektazja krwotoczna** – liczne małe, czerwone plamki na wargach sugerują wrodzoną teleangiektazję krwotoczną. Plamki mogą być także widoczne na twarzy i w jamie ustnej. Są poszerzonymi naczyniami włosowatymi, mogą krwawić po urazie. Chorujące osoby często mają krwawienia z nosa i z przewodu pokarmowego.

**Zespół Peutza-Jeghersa** – jeżeli pigmentowane plamy są wyraźniejsze niż piegry na otaczającej skórze, należy podejrzewać zespół Peutza-Jeghersa. Pigmentacja błony śluzowej policzków potwierdza rozpoznanie. Pigmentowane plamy mogą być także stwierdzone na twarzy i rękach. Związane są z nimi liczne polipy jelit.

**Wrzód pierwotny w kile** – ta zmiana w kile pierwotnej może wystąpić na wargach zamiast na genitaliach. Jest spoista, guzikowata, ulega owrzodzeniu i może pokryć się strupami. Wrzód może przypominać raka lub strupiałą zmianę w zakażeniu wirusem opryszczki. Ze względu na to, że jest zakaźna, należy używać rękawiczek, obmacując zmianę.

**Rak wargi** – podobnie jak przy słonecznym zapaleniu warg, rak zazwyczaj zajmuje dolną wargę. Może wyglądać jak łuskowata płytka, jak owrzodzenie ze strupem lub bez strupa lub jak zmiana guzkowa. Jasna skóra i przedłużona ekspozycja na światło są typowymi czynnikami ryzyka.

#### **Zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej, gardła i podniebienia**

**Afty (drożdżycyca)** – są zakażeniem wywołanym przez drożdże *Candida*. Zazwyczaj występują na podniebieniu, ale mogą się one pojawić gdziekolwiek w obrębie jamy ustnej. Grube, białe plamy nieco przylegają do leżącej poniżej błony śluzowej. Czynnikiem predysponującym są przewlekłe leczenie antybiotykami lub kortykosteroidami oraz AIDS.

**Zapalenie dziąseł** – do klasycznych objawów zapalenia dziąseł zalicza się zaczerwienienie, obrzęk i bolesność uciskową dziąseł, które mogą krwawić podczas mycia zębów. Innym objawem choroby dziąseł jest odsłonięcie szyjek zębowych spowodowane przez cofnięcie się dziąseł. Zęby mają wtedy wydłużony wygląd. Zaawansowany proces zapalny może skutkować tworzeniem się patologicznych kieszonek dziąsłowych, w których gromadzą się płytka nazębna i resztki jedzenia. U niektórych osób może pojawiać się nawracający nieprzyjemny zapach z ust lub uczucie nieprzyjemnego smaku, nawet jeżeli ich choroba nie jest zaawansowana.

**Zatrucie ołowiem** – w przewlekłym zatruciu ołowiem charakterystyczny jest „rąbek ołowiowy” (niebiesko-szary) na dziąsłach w wyniku odkładania się ołowiu.

**Zmiany nowotworowe** – nowotwory jamy ustnej często nie dają żadnych odczuwalnych objawów. Im wcześniej nowotwory jamy ustnej są rozpoznane, tym większa jest szansa na ich całkowite wyleczenie. Często osoba chora nie odczuwa żadnych dolegliwości, a guz rozrasta się niepostrzeżenie. Zmiany nowotworowe lokalizują się zazwyczaj na języku, dnie jamy ustnej, migdałkach podniebiennych, łuku podniebiennym i w gardle.

**Wysiękowe zapalenie migdałków** – gardło jest zaczerwienione i ma białe wysięki na migdałkach. Objawy te, wraz z gorączką i powiększonymi węzłami szyjnymi, zwiększają prawdopodobieństwo zakażenia paciorkowcami grupy A lub mononukleozy. Przednie węzły szyjne są zazwyczaj powiększone w zakażeniu paciorkowcami grupy A, natomiast tylne w mononukleozie.

**Zapalenie gardła** – gardło jest zaczerwienione, bez wysięku. Widoczne są łagodne do umiarkowanych zaczerwienienia oraz unaczynienia kolumn i języczka. Zaczerwienienie gardła może być też rozlane i intensywne. Każdy taki chory będzie prawdopodobnie skarżył się na ból gardła, a przynajmniej drapanie. Przyczyny obejmują kilka typów wirusów i bakterii. Jeżeli chory nie gorączkuje, nie ma wysięków i powiększenia węzłów szyjnych, prawdopodobieństwo wystąpienia tych 2 przyczyn – zakażeń paciorkowcami z grupy A i wirusem Epsteina-Barr jest bardzo małe.

**Błonica** – jest obecnie chorobą rzadką, ale nadal ważną. Niezwłoczne rozpoznanie może pozwolić na zastosowanie leczenia ratującego życie. Gardło jest szaroczerwone, a na języczku, gardle i na języku znajduje się szary wysięk (błona rzekoma). Drogi oddechowe mogą być zwężone.

**Wał podniebienny** – jest przerostem kostnym w linii środkowej w obrębie podniebienia twardego, dość często spotykanym u dorosłych. Jego wielkość i budowa płatowa jest zmienna. Chociaż wydaje się groźny na pierwszy rzut oka, jest nieszkodliwy.

**Mięsak Kaposiego** – głęboki fioletowy kolor zmian, chociaż niekoniecznie występujący, silnie sugeruje mięsaka Kaposiego. Zmiany mogą być uniesione lub płaskie. U chorych z AIDS podniebienie jest częstą lokalizacją zmian.

**Plamki Fordyce'a** – są prawidłowymi gruczołami łojowymi, które wyglądają jak małe żółtawe plamki na śluzówce policzków lub na wargach. Często są zauważalne przy myciu zębów, co powoduje niepokój i zdenerwowanie. Są to gruczoły łojowe, a nie zmiany patologiczne.

**Plamki Koplika** – są wczesnym objawem odry. Są to małe białe plamki przypominające ziarna soli na czerwonym tle. Plamki zazwyczaj znajdują się na śluzówce policzka przy 1 i 2 zębie trzonowym. Wysypka odrova występuje w ciągu 1 dnia.

**Wybroczyny (petocje)** – są małymi czerwonymi kropkami, które powstają na skutek wynaczynienia krwi z kapilar do okolicznych tkanek. Petocje na śluzówce policzka są często wywołane przypadkowym ugryzieniem policzka. Petocje w jamie ustnej mogą być spowodowane zakażeniem lub zmniejszoną liczbą płytek, jak również urazem.

**Leukoplakia** – jest to biała gruba plama, może mieć dowolną lokalizację w jamie ustnej. Nasilone zmiany na śluzówce policzka spowodowane mogą być częstym żuciem tytoniu, który ma miejscowe działanie drażniące. Taki rodzaj podrażnienia może prowadzić do raka.

#### **Nieprawidłowości w obrębie dziąseł i zębów**

**Zapalenie brzeżne dziąseł** – jest powszechne wśród nastolatków i młodych dorosłych. Brzegi dziąseł są zaczerwienione i obrzęknięte, a brodawki międzyzębrowe spłaszczone, obrzęknięte i zaczerwienione. Szczotkowanie zębów powoduje krwawienie dziąseł. Płytką – miękki biały film z soli, białek i bakterii, które pokrywają zęby i prowadzi do zapalenia dziąseł – nie jest wyraźnie widoczna.

**Ostre martwiczo-wrzdziejące zapalenie dziąseł** – ten typ zapalenia dziąseł występuje u młodzieży i młodych dorosłych, przebiegając z towarzyszącą gorączką, złym samopoczuciem i powiększonymi węzłami chłonnyymi. Owrzodzenia rozwijają się w obrębie brodawek międzyzębrowych. Następnie proces martwiczy szerzy się wzdłuż brzegów dziąseł, gdzie tworzą się błony rzekome. Czerwone, bolesne dziąsła łatwo krwawią, oddech jest cuchnący.

**Rozrost dziąseł** – dziąsła powiększone w przebiegu rozrostu są obrzęknięte i tworzą czubate masy, które mogą nawet zakryć zęby. Może współistnieć zaczerwienienie spowodowane zapaleniem. Przyczyny to leczenie Dolarantyną, dojrzewanie, ciąża oraz białaczka.

**Guz ciążowy (nadziąślak)** – powiększenie dziąseł może być zlokalizowane i tworzyć guzowatą masę, która zazwyczaj wywodzi się z brodawki międzyzębrowej. Jest czerwona, miękka i zazwyczaj krwawi.

**Ścieranie zębów** – u wielu starszych ludzi powierzchnie żujące zębów zużywają się na skutek powtarzającego się używanie w taki sposób, że zostaje odsłonięta żółtobrazowa zębina. Proces ten nazywany jest ścieraniem. Następuje recesja dziąseł, która odsłania korzenie zębów, dając wrażenie ich wydłużenia.

**Recesja dziąseł** – czyli odsłanianie się szyjek i korzeni zębów. W większości przypadków recesje zlokalizowane są przy pojedynczych zębach (najczęściej kłach, siekaczach, rzadziej zębach bocznych). Recesja powoduje odsłanianie części korzeniowej zęba, nadwrażliwość na bodźce termiczne i na dotyk, ryzyko rozwinięcia próchnicy korzenia, powstawanie ciemnych trójkątnych przerw między zębami w miejscu obniżonych brodawek międzyzębowych. Poza tym powoduje defekt estetyczny u pacjentów odsłaniających linię dziąsłową podczas mówienia i uśmiechu. Odsłonięte korzenie zębów dają wrażenie ich wydłużenia.

**Erozja zębów** – zęby mogą być poddane erozji na skutek działania chemicznego. Na przykład erozja szkliwa na językowych powierzchniach górnych siekaczy, odsłaniająca żółtobrazową zębinę, może wynikać z powtarzanych wymiotów, jak w bulimii.

**Abrazja zębów z ząbkowaniem** – powierzchnia żująca zębów może stać się starta lub wyszczerbiona na skutek powtarzanych urazów, takich jak trzymanie gwoździ lub otwieranie spinek zębami. Brzegi tych zębów mają prawidłowe zarysy, wielkość i rozłożenie zębów są niezaburzone.

**Zęby Hutchinsona** – są mniejsze i szerzej rozmieszczone niż prawidłowe i mają ząbkowane powierzchnie żujące. Boki pochylają się w kierunku brzegu żującego. Najczęściej jest zajęty górny przyśrodkowy stały siekacz (nie mleczny). Zęby te są objawem kiły wrodzonej.

#### **Zaburzenia w obrębie języka**

**Język geograficzny** – jest stanem łagodnym, w którym na grzbietowej stronie występują rozrzucone, czerwone obszary pozbawione brodawek. Wraz z prawidłowymi obszarami, które mają wygląd szorstki, całość wygląda jak mapa, która zmienia się w czasie.

**Język pobruzdowany (mosznowy)** – bruzdy pojawiają się wraz z wiekiem, czasami stan ten jest nazywany językiem mosznowym. Resztki pokarmu zbierające się w szparach mogą powodować podrażnienie, ale język pobruzdowany jest stanem łagodnym. Jest to cecha wrodzona, może być połączona np. z syndromem Downa. Zwykle nie daje żadnych objawów.

**Język włochaty** – na języku są „włochate” żółtawe, brązowe lub czarne wydłużone brodawki na grzbietowej stronie języka. Ten łagodny stan może wystąpić po antybiotykoterapii, może także występować spontanicznie. Takie brodawki łatwo zatrzymują resztki pożywienia i stają się siedliskiem bakterii. Najczęściej przyczynami są:  
– zła higiena jamy ustnej,  
– pewne antybiotyki (zaburzenie równowagi bakteryjnej),  
– cukrzyca.

**Język gładki (zapalenie atroficzne)** – gładki i często bolesny język, który stracił brodawki, sugeruje niedobór ryboflaminy (witaminy B2), niacyny (witamina PP), kwasu foliowego, witaminy B12, pirydoksyny (witamina B6), żelaza bądź stosowanie chemioterapii.

**Kandydoza** – na języku jest gruby, biały nalot w zakażeniu *Candida*. Czerwona, odsłonięta powierzchnia występuje w miejscach, gdzie nalot został zdrapany. Zakażenie może także przebiegać bez białego nalotu. Występuje w przypadku immunosupresji.

**Leukoplakia włochata** – to białe wyniesione obszary o pierzastym lub falistym wzorze, najczęściej zajmują brzegi języka. Inaczej niż w kandydiozie, obszarów tych nie można zdrapać. Są obserwowane w zakażeniu HIV i AIDS.

**Żyłaki** – małe, fioletowe lub niebieskoczarne, okrągłe obrzmienia powstają pod językiem wraz z wiekiem. Te poszerzenia żył języka nie mają żadnego znaczenia klinicznego.

**Afta** – bolesne, okrągłe lub owalne owrzodzenie, białe lub żółtoszarawe, otoczone przez „halo” zaczerwienionej śluzówki. Zmiana może być pojedyncza lub mnoga. Goi się w ciągu 7–10 dni, ale może nawracać.

**Zmiany śluzówkowe w kile** – zmiana koloru niebieskiego w kile drugorzędowej jest silnie zakażona. Jest nieznacznie uniesiona, owalna i pokryta szarą błoną. Może być mnoga i pojawiać się w dowolnym miejscu w jamie ustnej.

**Leukoplakia** – jest to utrzymująca się bezbolesna biała plama na dolnej stronie języka, która wydaje się być pomalowana na biało. Plamy mogą być dowolnych wymiarów i nasuwają podejrzenie nowotworu i wymagają biopsji.

**Rak dna jamy ustnej** – owrzodziła zmiana ma typową lokalizację dla raka. Na dnie jamy ustnej występuje położony przyśrodkowo zaczerwieniony obszar śluzówki, nazywany erytroplakią, sugerujący możliwość wystąpienia nowotworu.

## **Badanie oka**

W czasie badania narządu wzroku ocenia się kolejno: struktury otaczające oko, gałkę oczną, ostrość wzroku i ruchy gałki ocznej, pole widzenia i dno oka. Do badania stosujemy technikę oglądania, palpacji oraz badania oka za pomocą oftalmoskopu.

### **Badanie oka – zaburzenia widzenia**

**Nadwzroczność** (dalekowzroczność) jest wadą wzroku polegającą na powstawaniu na siatkówce nieostrego obrazu obiektu położonego przede wszystkim z bliska.

**Starcowzroczność** jest upośledzeniem widzenia z bliska, stwierdzanym u osób w średnim i starszym wieku. Osoba ze starcowzrocznością często widzi lepiej, gdy karta jest pokazywana z większej odległości.

**Krótkowzroczność** (bliskowzroczność) to wada, która polega na wyraźnym widzeniu przedmiotów znajdujących się blisko, podczas gdy przedmioty znajdujące się w oddali wydają się być zamazane.

**Widzenie jednooczne** występuje wtedy, gdy wrażenie pochodzące z jednego oka jest w ośrodku wzrokowym zupełnie tłumione. Stan taki nazywamy ekskluzją.

**Muszki w polu widzenia**, ruchome lub stałe zamglenie oczu w polu widzenia, spowodowane przez zmiany zapalne, naczyniowe bądź zanikowe w siatkówce oka albo w nerwie wzrokowym. Mroczki są typowym, wczesnym symptomem jaskry, ale i innych chorób, takich jak na przykład nowotwory mózgu. Mroczki najczęściej występują u krótkowidzów.

### **Badanie oka – badanie podmiotowe – należy zapytać badanego o:**

- dwojenie – widzenie zdwojone,
- ból w obrębie oczodołu,
- zaczerwienienie wewnątrz i wokół oczu,
- nadmierne łzawienie,
- urazy oka,
- ciała obce pod powieką i/lub w gałce ocznej,
- owrzodzenia rogówki,
- wylewy krwawe do przedniej komory oka.

### **Badanie przedmiotowe – oglądanie**

#### **Zaburzenia pola widzenia**

**Niedowidzenie połowicze jednoimienne** – uszkodzenie pasma wzrokowego lub kory okolicy bruzdy ostrogowej płata potylicznego mózgu. Brak widzenia jednej połowy pola widzenia.

**Niedowidzenie połowicze dwuskroniowe** – uszkodzenie skrzyżowania wzrokowego. Brak widzenia z części donosowych nerwów wzrokowych.

**Ubytki kwadrantowe** – uszkodzenie promienistości wzrokowej.

#### **Zaburzenia różnicowania barw**

**Deuteranopia** jest to wada wzroku, odmiana ślepoty barw, polegająca na nierozpoznawaniu barwy zielonej (lub myleniu jej z barwą czerwoną). Objawia się to brakiem rozróżnienia koloru czerwonego, pomarańczowego, żółtego i zielonego. Percepcja jaskrawości nie zmienia się. Występuje za to brak rozróżnienia w percepcji składowych czerwonej i zielonej.

**Protanopia** jest to wada wzroku polegająca na nierozpoznawaniu barwy czerwonej (lub myleniu jej z barwą zieloną). Objawia się to obniżeniem percepcji jaskrawości barwy czerwonej, pomarańczowej i żółtej.

**Tritanopia** jest to wada wzroku polegająca na nierozpoznawaniu barw żółtej i niebieskiej. Wada ta jest wynikiem braku czopków czułych na barwę niebieską.

#### **Zaburzenia ruchów zewnętrzzałkowych**

##### **Zez**

Jest wadą oczu objawiającą się osłabieniem mięśni ocznych, co powoduje zmianę kąta patrzenia jednego oka względem drugiego i zaburzenia widzenia stereoskopowego. Polega na niemożności równoczesnego skoordynowanego poruszania się obu gałek ocznych w tym samym kierunku. Rozróżniamy następujące typy zezu częściej występującego:

- Exotropia – zez skierowany na zewnątrz (zez rozbieżny),
- Esotropia – zez skierowany do wewnątrz (zez zbieżny), oraz rzadziej spotykane typy to:
- Hypertropia – zez skierowany ku górze,
- Hypotropia – zez skierowany ku dołowi.

**Brak kontaktu wzrokowego** – objawy zaburzenia można dostrzec już w pierwszym roku życia dziecka, gdyż dziecko nie utrzymuje kontaktu wzrokowego. Dziecko nie wykorzystuje patrzenia na drugą osobę do włączenia się w zabawę. Powyższe objawy mogą wskazywać na autyzm.

#### **Odmiany i nieprawidłowości powiek**

**Szeroka szpara powiekowa** – w objawie Dalrymple’a szpara powiekowa jest szeroka, oczy nieznacznie wysunięte ku przodowi (lub wcale). Objaw Dalrymple’a do pewnego tylko stopnia naśladuje wytrzeszcz, z reguły z nim nie współistniejąc, zauważalne są różnice w wyglądzie chorych. W wytrzeszczu dominuje obraz wysadzenia gałek ocznych ze szparą powiekową nieznacznie poszerzoną lub normalną i często przekrwionymi spojówkami, a także wzmożonym łzawieniem.

**Zwężona szpara powiekowa** – u chorych z zespołem Hornera na skutek porażenia lub osłabienia unerwionych współczulnie mięśni tarczkowych górnych i dolnych obserwuje się zwężenie szpary powiekowej po stronie uszkodzenia (ptosis).

**Opadnięcie powieki górnej** – najczęstszą przyczyną opadnięcia powieki w wyniku zmian mięśniowych jest miaśnienia. Inną, neurogeną przyczyną jednostronnego opadnięcia powieki może być uszkodzenie włókien doprowadzających bodźce do nerwu okoruchowego lub uszkodzenie samego nerwu, który unerwia mięsień dźwigacz powieki górnej. Opadnięcie powieki, czyli ptoza jest też objawem zespołu Hornera. Opadnięcie powieki może też być uwarunkowane mechanicznie, np. spowodowane pęknięciem rozciągniętego mięśnia dźwigacza powieki górnej.

**Wytrzeszcz** jest to wysadzenie gałki ocznej ku przodowi wskutek zmniejszenia pojemności oczodołu lub zwiększenia jego zawartości. Może przebiegać jako wytrzeszcz tętniący – z tętnieniem w okolicy gałki ocznej w przypadku uszkodzenia zatoki jamistej. W przypadku znacznego wytrzeszczu, kiedy dochodzi do uniemożliwienia zamykania się powiek, co prowadzi do zaburzeń nawilżania rogówki i umożliwia powstanie owrzodzenia rogówki, mówimy o wytrzeszczu złośliwym. Wytrzeszcz jest często jednym z objawów choroby Gravesa-Basełowa. Występuje wtedy najczęściej wytrzeszcz obustronny, ale jednostronny jest niewykluczony. Pacjent z wytrzeszczem może wykazywać zarówno hiper-, hypo-, jak i eutyreozę.

#### **Podwinięcie powieki – Entropion**

Jest nieprawidłowym ustawieniem powieki – zazwyczaj dolnej, manifestującym się rotacją brzegu powiekowego w kierunku gałki ocznej, co powoduje tarcie rzęs o rogówkę i podrażnienie oka. Pacjent zgłasza uczucie ciała obcego, pieczenie, łzawienie, a w powikłanych przypadkach ból gałki ocznej.

#### **Odwinięcie powieki – Ektropion**

Jest schorzeniem spowodowanym zwiotczeniem więzadeł powiekowych, czego konsekwencją jest odstawanie powieki od gałki ocznej. Pacjent odczuwa łzawienie, podrażnienie oczu i ból spowodowany odsłonięciem rogówki.

#### **Guzki i obrzęk wokół oczu**

**Obrzęk powieki** – jest to rozszerzenie jednej lub obu dolnych i górnych powiek. Wynika to z nagromadzonych płynów lub zapalenia w delikatnych tkankach otaczających oko. Obrzęk powiek może być także określany jako obrzęki wokół oczu i obrzęki wokół powieki. Obrzęk może być wynikiem zakażenia, zapalenia, urazy i choroby nowotworowej (raka).

**Tłuszczak** – nieszkodliwy, żółtawy, trójkątny guzek na spojówce gałki ocznej po dowolnej stronie tęczęwki. Częstość występowania wzrasta wraz z wiekiem, najpierw pojawia się po stronie nosowej, a następnie skroniowej.

**Zapalenie nadtwardówki** – zlokalizowane zaczerwienienie oka spowodowane zapaleniem naczyń nadtwardówki. Naczynia są różowe i przesuwalne nad powierzchnią twardówki. Może być guzkowe lub występować w postaci zaczerwienienia i poszerzenia naczyń.

**Jęczmień** – to grudkowy ropień jednego lub kilku gruczołów, których ujście znajduje się na brzegach powiek, przypominający swym wyglądem ziarno zboża, od którego wziął nazwę. Jest to bolesne, tkliwe zapalenie gruczołu brzegu powieki. Najczęściej jęczmień wywołują bakterie gronkowca (*Staphylococcus aureus*). Pojawieniu się jęczmienia sprzyjają:

- dotykanie, tarcie oczu brudnymi rękoma,
- źle dobrane kosmetyki do oczu, niedokładne zmywanie makijażu,

- przebywanie w zadymionych pomieszczeniach,
- kontakt z oparami substancji chemicznych.

Jeśli jęczmienie pojawiają się często i jest ich dużo, mogą wskazywać na niewyrównaną lub nieleczoną cukrzycę. **Gradówka** – występujący podostro, nietkliwy i zazwyczaj niebolesny guzek obejmujący gruczoł tarczkowy. Może ulec ostremu zakażeniu, ale inaczej niż jęczmień – zazwyczaj uchodzi do wewnątrz powieki niż na jej brzeg.

**Żółtaki** – nieznacznie uniesione, żółtawe, dobrze odgraniczone płytki, które znajdują się na nosowej części jednej lub obu powiek. Mogą towarzyszyć zaburzeniom lipidowym.

**Zapalenie woreczka łzowego** – obrzęk pomiędzy powieką dolną a nosem. Ostre zapalenie wiąże się z bolesnością, zaczerwienieniem i tkliwością. Przewlekłe zapalenie jest związane z niedrożnością kanału nosowo-łzowego. Łzawienie jest nasilone, a ucisk na woreczek powoduje cofanie się treści przez punkty łzowe powiek.

**Obwódka rogówki** – cienki szarobiały łuk lub pierścień niezupełnie na brzegu rogówki. Towarzyszy normalnemu starzeniu, ale jest także obserwowany u młodszych osób, szczególnie Afroamerykanów. Zmiana zazwyczaj łagodna. Występują często u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca.

**Blizna rogówki** – powierzchowne, szarobiałe zmętnienie rogówki, wtórne do starego urazu lub zapalenie. Wielkość i kształt są zmienne. Różnicować należy ze zmętniałą soczewką w zaćmie, widoczną głębiej i tylko przez źrenicę.

**Skrzydlik** – trójkątne pogrubienie spojówki gałki ocznej, które rośnie wolno wzdłuż zewnętrznej powierzchni rogówki, zazwyczaj od strony nosowej. Może wystąpić zaczerwienienie. Może zaburzać widzenie, gdy napęcznieje na źrenicę.

**Zaćma (katarakta)** – to zmętnienie soczewki w oku – dlatego ludzie chorzy na tę chorobę widzą jakby przez zamgloną szybę. Zaćma rozwija się latami, bezbolesnie, nie dając w początkowych fazach żadnych zauważalnych objawów. Zmętnienia soczewek widoczne są przez źrenicę, najczęściej w wieku podeszłym. Zaćma jądrowa – ma szary wygląd w świetle latarki. Jeżeli źrenica jest szeroko rozszerzona, szare zmętnienie otoczone jest czarnym pierścieniem.

**Zaćma obwodowa** – daje szprychowate cienie, które skierowane są dośrodkowo – szare na tle czarnych w świetle latarki lub czarne na tle czerwonych w oftalmoskopie. Rozszerzona źrenica ułatwia obserwację.

#### **Nieprawidłowości źrenic**

**Zespół Adiego** – źrenica jest zazwyczaj jednostronnie szeroka, regularna. Reakcja na światło jest znacznie zredukowana i zwolniona, a może nawet nie wystąpić. Reakcja na nastawność, chociaż wolna, jest zachowana. Wolna akomodacja stanowi przyczynę nieostrego widzenia. Głębokie odruchy ścięgniste są często zmniejszone.

**Porażenie nerwu okoruchowego (III nerw czaszkowy)** – szeroka źrenica nie reaguje na światło i akomodację. Niemal zawsze obecne są opadnięcie górnej powieki i zbaczanie gałki ocznej.

**Objaw Hornera** – zajęta źrenica, chociaż wąska, reaguje żywo na światło i akomodację. Stwierdza się opadanie powieki ze zwężeniem szpary powiekowej. We wrodzonym zespole Hornera zajęta źrenica ma jaśniejszy kolor niż druga (heterochromia).

**Wąskie nierówne źrenice** – wąskie, nierówne źrenice ulegają akomodacji, ale nie reagują na światło, wskazują na objaw Argylla-Robertsona. Obserwuje się je w kile ośrodkowego układu nerwowego.

**Zaczerwienienie, zapalenie spojówek** – nastrzyknięcie spojówek: rozlane poszerzenie naczyń spojówki z zaczerwienieniem nasilającym się obwodowo. Ból raczej łagodny, bardziej dyskomfort niż ból. Wzrok nieupośledzony, z wyjątkiem przemijającej niewielkiej nieostrości spowodowanej wydzieliną. Wydzielina z oka wodnista, śluzowa lub śluzowo-ropna. Źrenica jest niezmienną. Rogówka przezroczysta. Znaczenie – bakteryjne, wirusowe i inne zakażenia; alergia, podrażnienie.

**Wylew dospojówkowy** – wynaczynienie krwi powodujące jednolity, ostro odgraniczony czerwony obszar, który blednie w ciągu kolejnych dni, żółknie, a następnie znika. Ból nie występuje. Wzrok jest nieupośledzony. Źrenica jest niezmienną. Rogówka jest przezroczysta. Może wynikać z urazu, zaburzeń krzepnięcia lub nagłego zwiększenia ciśnienia żylnego, jak w przypadku kaszlu.

**Uraz gałki ocznej** – rozszerzenie głębszych naczyń, które są widoczne jako promieniste naczynia lub czerwono-fioletowy kolor wokół rąbka. Nastrzyknięcie może też nie występować. Wtedy wystąpić może rozlane zaczerwienienie oka. Inne objawy to ból, upośledzenie ostrości, nierówne źrenice i nieco zmniejszona przejrzystość rogówki. Ból jest umiarkowany, do silnego, powierzchowny. Wzrok jest zazwyczaj osłabiony.

Wydzielina z oka jest wodnista lub ropna. Żrenica jest zazwyczaj niezmienną, o ile nie rozwinie się zapalenie tęczęwki. Znaczenie – zdrapania i inne urazy; zakażenia wirusowe i bakteryjne.

**Ostre zapalenie tęczęwki** – występują silne bóle oka, łzawienie, światłowstręt i zaburzenia ostrości wzroku. Ból nasila się szczególnie wieczorem i w nocy. Oko ma zabarwienie sinoczerwone, a tęczęwka zmienia kolor na zielonkawy lub brunatnawy. Żrenica zwęża się i często ulega zniekształceniu na skutek zrostów zapalnych. Źródłem zakażenia mogą być ogniska zapalne istniejące w różnych narządach, np. w zębach, migdałkach, pęcherzyku żółciowym, wyrostku robaczkowym itd. Zapalenia towarzyszyć mogą również chorobie reumatycznej, cukrzycy, chorobom zakaźnym. Choroba może przebiegać ostro lub przewlekłe.

**Jaskra** – grupa chorób oczu prowadząca do postępującego i nieodwracalnego uszkodzenia nerwu wzrokowego i komórek zwojowych siatkówki i co za tym idzie pogorszenia lub utraty wzroku (zawężenia pola widzenia). Głównym czynnikiem powodującym uszkodzenie nerwu wzrokowego w jaskrze jest nadmierny wzrost ciśnienia wewnątrz gałki ocznej.

#### **Badanie oka – badanie oftalmoskopowe**

Jest to badanie dna oka metodą oglądania za pomocą oftalmoskopu. Ocenia się takie struktury narządu wzroku, jak nerw wzrokowy, naczynia siatkówki, plamki oraz struktury, które sąsiadują z siatkówką. Celem badania jest wykrycie zmian, które pojawiają się w związku z chorobami zarówno miejscowymi, jak i ogólnoustrojowymi, np. cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym. Badanie wykonujemy w zaciemnionym pomieszczeniu. Przed badaniem pacjentowi podaje się do worka spojówkowego po 1 kropli leku rozszerzającego źrenicę. Poprawia to warunki oglądania siatkówki i tarczy nerwu wzrokowego. Bezwzględny przeciwwskazaniem do podania kropli rozszerzających źrenicę jest jaskra oraz stan nieprzytomności. Do badania pacjent pozostaje w pozycji siedzącej lub leżącej (w zależności od stanu chorego). Okulary do badania należy zdjąć. Pacjentowi poleca się, aby patrzył przed siebie. Prawe oko badanego bada się prawym okiem, lewe – lewym. Badanie zaczyna się z odległości około 30 cm i powoli zbliża się do oka na odległość 1–2 cm. Ogląda się ciecz wodnistą, soczewkę oraz ciało szkliste (w warunkach prawidłowych widziane struktury są przejrzyste, a badający widzi pomarańczowoczerwony obszar). Na dnie oka ogląda się naczynia siatkówki, które są ostro zarysowane (tętnice siatkówki są widoczne jako jaśniejsze i węższe niż żyły) oraz tarczę nerwu wzrokowego, określa się jej barwę, brzeg, wielkość i kształt. Zwraca się uwagę na takie elementy na dnie oka, jak wybroczyny, ogniska zawałowe czy krwotoki.

**Obrzęk tarczy nerwu wzrokowego** – zastój żylny prowadzi do przekrwienia lub obrzęku. Wygląd – kolor różowy, przekrwienie. Często brak tętnienia żylnego. Naczynia tarczy są lepiej widoczne, liczniejsze, przechodzące łukowato nad brzegiem tarczy. Tarcza jest obrzęknięta i ma zatarte brzegi. Zagłębienie fizjologiczne nie jest widoczne.

**Zagłębienie jaskrawe** – zwiększone ciśnienie w obrębie dna oka prowadzi do pogłębienia zagłębienia (obniżenia tarczy do tyłu) i zaniku. Podstawa powiększonego zagłębienia jest biała. Fizjologiczne zagłębienie jest powiększone, zajmuje więcej niż połowę średnicy tarczy, czasami przekracza brzeg tarczy. Naczynia siatkówki toną w tarczy i mogą być przesunięte w kierunku nosowym.

**Zanik nerwu wzrokowego** – martwica włókien nerwu wzrokowego prowadzi do utraty małych naczyń tarczy. Tarcza nerwu II jest biała, obrzęknięta, nieco uniesiona i ma zatarte granice, oglądana na dnie oka, ma barwę białą.

**Retinopatia nadciśnieniowa.** W przebiegu retinopatii związanej z nadciśnieniem tętniczym obserwuje się skurcz naczyń tętniczych siatkówki (miejscowy lub uogólniony), następnie stwardnienie i pogrubienie naczyń tętniczych. W badaniu dna oka zmiany te dają charakterystyczne objawy miedzianych i srebrnych drutów. Najpoważniejsze powikłania retinopatii nadciśnieniowej to możliwość odwarstwienia siatkówki oraz obrzęk tarczy nerwu wzrokowego.

#### **Retinopatia cukrzycowa**

Charakterystyczną jej cechą jest obecność w dnie oka mikrotętniaków, punktowatych lub płomykowatych wybroczyn śródsiatkówek oraz wysięków twardych. Mikrotętniaki to uwypuklenia ścian naczyń włosowatych (włośniczek) siatkówki widoczne w postaci czerwonych „kropek” w dnie oka. Są one najwcześniejszym objawem retinopatii cukrzycowej. W stanach bardziej zaawansowanych pojawiają się wysięki miękkie. Wysięki miękkie przypominają „kłębki waty” w dnie oka. Inna właściwość retinopatii cukrzycowej polega na tym, że nowe naczynia krwionośne mogą tworzyć się na powierzchni siatkówki. Te nowe naczynia łatwo ulegają pęknięciu, co prowadzi do powstania przedsiatkówek wylewów krwi i krwotoków do ciała szklistego. Jest to już objaw bardziej zaawansowanego stadium retinopatii cukrzycowej.

**Powierzchniowe wybroczyny siatkówki** – małe, liniowe, płomykowate, czerwone pasma na dnie oczu uformowane przez powierzchniowe pęczki włókien nerwowych, które promieniują z tarczy nerwu wzrokowego. Powierzchniowe wybroczyny są obserwowane m.in. w ciężkim nadciśnieniu, obrzęku tarczy nerwu wzrokowego, niedrożności żyły siatkówki. Niekiedy powierzchniowa wybroczyna ma biały środek składający się z fibryny.

**Wylew przedsiatkówkowy** – występuje, gdy krew wydostanie się do potencjalnej przestrzeni pomiędzy siatkówką a szklistką. Ten wylew jest charakterystycznie większy niż wybroczyny siatkówkowe. Ponieważ położony jest z przodu siatkówki, zasłania leżące niżej naczynia siatkówki. Przyczyny obejmują nagłe zwiększenie ciśnienia w nadciśnieniu śródczaszkowym.

**Głębokie wylewy siatkówkowe** – małe, okrągłe, nieco nieregularne czerwone plamy, które są czasami nazywane wybroczynami okrągłymi. Występują w głębszej warstwie siatkówki niż wybroczyny płomykowate. Powszechną przyczyną jest cukrzyca.

**Nowotworzenie naczyń** – odnosi się do tworzenia nowych naczyń tętniczych. Są one bardziej liczne, bardziej kręte i węższe niż inne naczynia tętnicze danego obszaru. Tworzą nieregularne, czerwone arkady. Powszechną przyczyną jest późne, proliferacyjne stadium retinopatii cukrzycowej. Naczynia mogą wrastać w szklistkę, gdzie odwarstwienie siatkówki lub wylew może spowodować utratę wzroku.

#### **Odwracanie powieki górnej**

Technika odwracania powieki górnej: dwoma palcami jednej ręki chwyta się powiekę za brzeg rzęśowy, prosi się pacjenta o patrzenie w dół i niezaciskanie oka, następnie delikatnie naciąga powiekę, aby pojawił się górny brzeg tarczki. Następnie przykładana się pałeczką z nawiniętą watą przy górnym brzegu tarczki (mniej więcej w górnych 2/3 powieki) i delikatnym ruchem w dół doprowadza do odwrócenia powieki. Palcami dociska się brzeg rzęśowy powieki do skóry i ogląda spojówkę tarczkową. W przypadku stwierdzenia obecności ciała obcego usuwa się je zwilżoną pałeczką. Po zakończeniu badania prosi się pacjenta o spojrzenie w górę i mrugnięcie, dzięki czemu powieka samoistnie wraca na swoje miejsce.

#### **Badanie kołyszącym światłem** – objaw Marcusa Gunna

Paradoksalna reakcja rozszerzania się źrenicy po naprzemiennej stymulacji światłem polega na tym, że po stronie uszkodzenia drogi wzrokowej w obrębie mózgu źrenica pod wpływem światła rozszerza się, zamiast się zwęzić. Źrenicę taką nazywa się źrenicą Marcusa Gunna. Sytuacja taka może również wystąpić na skutek częściowego uszkodzenia nerwu wzrokowego i ciężkich chorób siatkówki.

#### **Test zakrywania/odkrywania oka (cover test)**

Pacjenta należy zachęcić do patrzenia na wprost (np. na przyciągającą wzrok zabawkę). Zastaniając lewe oko pacjenta, obserwuje się ustawienie lub zmianę ustawienia jego prawego oka. Czynność powtarza się dla drugiego oka. Obserwuje się także ewentualne ruchy prawego i lewego oka podczas odsłaniania oka. Zez rozpoznaje się, jeśli podczas zasłaniania jednego oka obserwuje się nastawczy ruch oka odsłoniętego oraz jeśli podczas odsłaniania oka widoczny jest ruch oka odsłanianego. Ruch oka świadczy o podejmowaniu fiksacji (próba ustawienia na wprost) oka, które było nieprawidłowo ustawione. Ruch uprzednio zasłoniętego oka w kierunku nosa świadczy o ustawieniu oka na zewnątrz (gdy było zasłonięte), czyli o zezie rozbieżnym. Ruch wcześniej zasłoniętego oka na zewnątrz świadczy o ustawieniu oka do wewnątrz (gdy było zasłonięte), czyli o zezie zbieżnym.

#### **Badanie ucha – zaburzenia słyszenia**

**Niedosłuch przewodzeniowy** – choroby ucha zewnętrznego lub środkowego upośledzają przewodzenie dźwięku do ucha wewnętrznego. Przyczyny obejmują ciało obce, zapalenie ucha środkowego, perforacje błony bębenkowej, otosklerozę kosteczek słuchowych.

Typowy wiek pojawienia się dolegliwości to dzieciństwo i młodzi dorośli do 40. r.ż.

W przewodzie słuchowym i błonie bębenkowej widoczne są nieprawidłowości z wyjątkiem otosklerozy. Efekt – mały wpływ na słyszenie dźwięków, słyszenie wydaje się poprawiać w głośnym środowisku, głos staje się miękki.

**Test Webera** – dźwięk lateralizuje do upośledzonego ucha, hałas w pomieszczeniu nie jest dobrze słyszalny.

**Test Rinnego** – przewodnictwo kostne dłuższe lub równe powietrznemu. Gdy przewodnictwo powietrzne przez ucho zewnętrzne lub środkowe jest upośledzone, wibracje są przewodzone z ominięciem tego miejsca przez kości i docierają do ślimaka.



**Niedosłuch czuciowo-nerwowy** – choroby ucha zewnętrznego lub środkowego upośledzają przewodzenie dźwięku do ucha wewnętrznego. Przyczyny obejmują ciało obce, zapalenie ucha środkowego, perforacje błony bębenkowej, otosklerozę kosteczek słuchowych. Typowy wiek pojawienia się dolegliwości to osoby w średnim wieku i osoby starsze. W przewodzie słuchowym i błonie bębenkowej nieprawidłowości są niewidoczne. Efekt – utrata wysokich rejestrów, dźwięki mogą być z tego powodu zniekształcone, słuch pogarsza się w środowisku głośnym, mowa może być głośnie ze względu na trudności ze słuchem.

#### **Zaburzenia słyszenia – ból ucha**

Ból ucha może być następstwem choroby toczącej się w samym uchu (otalgia pierwotna) lub też być bólem rzutowanym, który pojawia się w przebiegu schorzeń niemających związku z narządem słuchu (otalgia wtórna). Ból podchodzący z ucha może być spowodowany różnicą ciśnień panujących w uchu środkowym i w otoczeniu i/lub miejscowym stanem zapalnym. Różnica ciśnień zwykle jest wynikiem niedrożności trąbki Eustachiusza, uniemożliwiającej wyrównanie ciśnienia i prowadzącej równocześnie do gromadzenia się płynu w uchu środkowym. Ból pochodzący z ucha jest ostry, ograniczony do narządu słuchu, a przez to dobrze lokalizowany przez chorego.

#### **Zaburzenia słyszenia – wydzielina z ucha**

Jedyną wydzieliną, która może się pojawiać u zdrowej osoby w przewodzie słuchowym zewnętrznym jest woszczyk. Wyciek z przewodu słuchowego jest najczęściej objawem chorób o charakterze zapalnym ucha zewnętrznego lub środkowego. Wyciek spowodowany zapaleniem skóry przewodu słuchowego jest dość gęsty, niezbyt obfity, towarzyszy mu ból i świąd ucha. Może pojawiać się po kąpielach w zamkniętych zbiornikach wodnych. Obfitszy wyciek z ucha jest spowodowany chorobą ucha środkowego. Wyciek z ucha przy chorobach ucha środkowego świadczy o tym, że doszło do perforacji w błonie bębenkowej.

W ostrym zapaleniu ucha wystąpienie wycieku poprzedza ostry ból ucha, który ustępuje lub zmniejsza się po pojawieniu wycieku.

W przewlekłym zapaleniu ucha wyciek nie wiąże się z bólem, pojawia się po infekcji lub dostaniu się wody do ucha, może utrzymywać się przez długi czas. W przewlekłym zapaleniu ucha z perlakiem ropny wyciek ma charakterystyczny cuchnący zapach.

Wodnisty wyciek z ucha po urazie głowy może być płynem mózgowo-rdzeniowym.

#### **Zaburzenia słyszenia – szum uszny**

Szумы uszne są to wrażenia dźwiękowe odbierane przez człowieka, mimo że nie istnieją w otoczeniu. Szумы często przybierają postać trzasków, tykania, syczenia, pisków itp. Jest to dosyć powszechna dolegliwość. Uważa się, że szумы uszne pojawiają się u jednej trzeciej dorosłych ludzi.

#### **Zaburzenia słyszenia – zawroty głowy**

Jest to subiektywne odczucie wirowania lub braku równowagi. Osoba skarżąca się na zawroty głowy doznaje uczucia wirowania, kołysania lub niestabilności. Niekiedy dolegliwościom tym towarzyszą nudności, wymioty, zaburzenia słuchu (szумы uszne, pełność ucha, niedosłuch), dezorientacja, a także uderzenia gorąca. Zawroty głowy są odczuciem subiektywnym. Pojawia się rzeczywiste lub pozorne zafałszowanie bodźców docierających z narządów równowagi, co prowadzi do jej utraty.

#### **Oglądanie i palpacja struktur patologicznych ucha zewnętrznego**

**Bliznowiec** – jest spoistą, przerośniętą masą tkanki bliznowatej przechodzącą poza obszar urazu. Może rozwinąć się w obrębie każdej blizny, ale jest najczęstszy na ramionach i górnej połowie klatki piersiowej. Bliznowiec przekłutego płata ucha może spowodować kłopotliwe następstwa kosmetyczne. Bliznowce występują częściej u pacjentów ciemnoskórych. Po leczeniu mogą występować wznowy.

#### **Guzki dnawe**

Depozyty kryształów kwasu moczowego są charakterystyczne dla przewlekłej dny guzkowej. Występują w postaci twardych guzków na obrąbku ucha lub grobelce i mogą uwalniać kredowe kryształy przez skórę. Mogą także występować w pobliżu stawów, rąk, stóp i w innych obszarach. Zazwyczaj rozwijają się w przypadku przewlekle utrzymującego się dużego stężenia kwasu moczowego we krwi. Guzki Darwina zawierają kryształki kwasu moczowego, uwarunkowane są genetycznie, mogą występować u ludzi z dną moczanową.

#### **Zapalenie chrząstki i skóry obrąbka ucha**

Ten przewlekły proces zapalny rozpoczyna się jako bolesna, tkliwa grudka na obrąbku lub grobelce. Późniejsze stadium to owrzodzenie, które następnie pokrywa się strupem. Może pojawić się zaczerwienienie. Konieczna jest biopsja w celu wykluczenia nowotworu.

### **Guzki reumatoidalne**

Występują w przewlekłym reumatoidalnym zapaleniu stawów w postaci małych guzków na obrąbku i grobelce oraz dodatkowych guzków w innych miejscach na rękach, wzdłuż powierzchni kości łokciowej dystalnie od łokcia oraz na kolanach i piętach. Takie guzki mogą poprzedzać zapalenie stawów.

### **Rak podstawnokomórkowy**

Guzek mający połyskliwą powierzchnię i rozszerzenia naczyń (teleangiektazje) charakterystyczne dla raka podstawnokomórkowego, często wolno rosnącego nowotworu, rzadko dającego przerzuty. Może wystąpić powiększenie się i owrzodzenie. Zmiany te są dużo częstsze u osób o jasnej skórze nadmiernie ekspozowanych na światło słoneczne.

### **Perforacja błony bębenkowej**

Perforacje to otwory w błonie bębenkowej, które zazwyczaj są skutkiem ropnych zakażeń ucha środkowego. Wyróżnia się perforacje centralne, które nie sięgają do brzegów błony bębenkowej, i perforacje brzeżne, które obejmują brzeg. Najczęstsza jest perforacja centralna. Wyciek z zakażonego ucha środkowego może wydostawać się na zewnątrz. Perforacja często zamyka się w procesie gojenia, błona pokrywająca ubytek może być bardzo cienka i przezroczysta.

### **Stwardnienie błony bębenkowej**

Na błonie bębenkowej znajduje się duża, kredowobiała plama z nieregularnymi brzegami. Jest to typowe stwardnienie błony bębenkowej: złogi hialinowe w obrębie warstw błony bębenkowej, które są czasami następstwem ciężkiego zapalenia ucha środkowego. Zazwyczaj nie upośledza słuchu i rzadko ma znaczenie kliniczne.

### **Wysiłek surowiczy**

Wysiłki surowicze są zazwyczaj wywołane zakażeniem wirusowym górnych dróg oddechowych (zapalenie ucha środkowego z wysiękiem surowiczym) lub nagłymi zmianami ciśnienia atmosferycznego, jak przy lataniu czy nurkowaniu (uraz akustyczny, barotrauma).

Trąbka Eustachiusza nie może wyrównać ciśnienia w uchu środkowym z tym na zewnątrz ucha. Objawy obejmują uczucie pełności i strzelające odgłosy w uchu, łagodne upośledzenie słuchu typu przewodzeniowego i niekiedy dolegliwości bólowe.

### **Zapalenie ucha środkowego z wysiewem ropnym**

Jest wywołane zakażeniem bakteryjnym. Objawami są ból ucha, gorączka i utrata słuchu. Błona bębenkowa ulega zaczerwienieniu, traci swoje punkty orientacyjne i wypukła się bocznie w kierunku oka obserwatora. Często rozwija się rozlane zaczerwienienie całego bębena. W dalszym przebiegu zapalenia może wystąpić spontaniczne pęknięcie (perforacja) z wyciekami ropy przez kanał słuchowy. Niedosłuch jest typu przewodzeniowego. Znacznie częściej występuje u dzieci niż u dorosłych.

### **Pęcherzykowe zapalenie błony bębenkowej**

Jest zakażeniem wirusowym, które charakteryzuje się bolesnymi krwotocznymi pęcherzykami na błonie bębenkowej, w kanale słuchowym lub w obu tych lokalizacjach. Objawy obejmują ból ucha, podbarwioną krwią wydzielinę z ucha oraz niedosłuch przewodzeniowy. Przyczyna może być kilka różnych wirusów, a także mykoplazmy.

### **Badanie szyi**

Badanie szyi zawsze należy rozpocząć od dokładnego jej oglądania. Oglądając, należy zwrócić uwagę na symetrię i jakiegokolwiek guzy lub blizny. Na szyi mogą być widoczne powiększone ślinianki przyuszne lub podżuchowe oraz węzły chłonne. Bolesne węzły chłonne wskazują na zapalenie, twarde i nieprzesuwalne sugerują nowotwór (dokładne badanie węzłów chłonnych zostało opisane w rozdziale IV podrozdział 2.2.).

Dla orientacji na szyi należy zidentyfikować chrząstkę tarczową i pierścieniową oraz tchawicę. Oglądając tchawicę, ocenić należy jej położenie – powinna być położona symetrycznie pośrodkowo. Jej przesunięcie w stosunku do zwykłego, pośrodkowego położenia może świadczyć o nieprawidłowościach struktur w obrębie szyi. Guzy na szyi mogą przesunąć tchawicę na jedną stronę. Przesunięcie tchawicy może także wskazywać na istotną patologię w obrębie klatki piersiowej, taką jak guz śródpiersia, rozedma lub dużą odmę.

Zawsze, badając szyję, należy zbadać gruczoł tarczycowy. Ze względu na znaczenie tego gruczołu dla prawidłowego funkcjonowania człowieka, jego badanie oraz nieprawidłowości opisano w rozdziale IV podrozdział 2.12.

## 2.5. Badanie fizykalne gruczołów piersiowych i dołów pachowych

Niezwykle istotnym elementem badania podmiotowego jest zadawanie pytań ukierunkowanych na czynniki ryzyka raka piersi. Należy dobrze wsłuchać się w informacje o zmianach, jakie sygnalizuje pacjentka, bo niektóre z nich ewidentnie wskazują na niepokojące objawy, które mogą być objawami raka piersi. Dotyczy to takich zmian, jak:

- zmiana wielkości, jedna piersć staje się wyraźnie większa lub obniża się,
- zmiana brodawki – brodawka ulega wgłębieniu (wciągnięciu) lub zmienia się jej położenie lub kształt,
- wysypka – w obrębie lub wokół brodawki sutkowej,
- wydzielina – z jednej lub obu brodawek,
- marszczenie się lub zaciągnięcie skóry na piersi, wokół brodawek,
- powiększenie się węzłów chłonnych w dole pachowym lub wokół obojczyka,
- wyciek z brodawki sutkowej,
- guzek lub zgrubienie różniące się w dotyku od pozostałej części tkanki piersiowej, zapytaj o czas pojawienia się, jego umiejscowienie, wielkość i charakter zmiany,
- stały ból w jednej części piersi lub w dole pachowym, czas występowania, czynniki nasilające lub łagodzące ból, poproś pacjentkę, aby oceniła ból w skali od 1 do 10.

### Wyciek z brodawki sutkowej

Pacjentkę należy zapytać o wyciek z brodawki sutkowej. Jeżeli pacjentka zgłasza występowanie samoistnego wycieku z brodawki sutkowej, należy ocenić jego kolor, ilość, konsystencję, zapytać, czy dotyczy tylko jednej piersi, czy obydwu, czy jest samoistny, czy pojawia się po uciśnięciu brodawki. Następnie należy ustalić, skąd wydostaje się wydzielina, promieniście uciskając wokół otoczkę brodawki palcem wskazującym, poszukując wydzieliny wydostającej się z jednego z ujść przewodów mlecznych na brodawce. Określamy dokładną lokalizację wycieku. Wyciek mlecznej wydzieliny niezwiązany z ciążą i karmieniem nazywa się niepołogowym mlekotokiem. Do przyczyn mlekotoku należą: niedoczynność tarczycy, guz przysadki wydzielający prolaktynę oraz leki – agoniści dopaminy (amfetamina), wśród nich leki przeciwpsychotyczne (haloperidol) i pochodne fenotiazyny (chlorpromazyna). Samoistny, jednostronny wyciek krwisto podbarwionej wydzieliny z jednego lub dwóch przewodów mlecznych wymaga diagnostyki w kierunku brodawczaka, raka przewodowego lub choroby Pageta. Przezroczysta, surowicza, zielonkawa, czarna, niepodbarwiona krwią wydzielina z wielu przewodów zwykle nie jest groźną patologią. Wyczuwalne nieprawidłowe masy w sutku i inne niepokojące objawy mogą być objawami raka sutka. Rak sutka występuje u <4% pacjentek zgłaszających dolegliwości ze strony sutka, a ok. 5% kobiet z wyciekami z brodawki sutkowej oraz <11% kobiet, które stwierdziły u siebie zgrubienie lub nieprawidłową masę w sutku. Mogą one mieć różną etiologię – od zmian włóknisto-gruczolakowych i torbieli, które obserwuje się u młodszych kobiet, do ropnia lub zapalenia gruczołu, a także pierwotnego raka sutka.

Tabela 7. Wyczuwalne nieprawidłowe masy w sutku

Wiek (lata)	Najczęstsza przyczyna wystąpienia	Cechy charakterystyczne
15 - 25	Gruczolakowłókniak	Zwykle drobna, okrągła, ruchoma, niebolesna zmiana
25 - 50	Torbiel	Miękka lub twarda, okrągła, ruchoma, często tkliwa
	Zmiany torbielowato-włókniste Rak	Guzkowate, powrózkowate  Nieregularna, gwiazdzista, twarda, spoista zmiana, nieostro odgraniczona od sąsiednich tkanek
> 50	Rak – dopóki go nie wykluczono	Nieregularna, gwiazdzista, twarda, spoista zmiana, nieostro odgraniczona od sąsiednich tkanek
Ciąża / laktacja	Gruczolaki, torbiele, zapalenie sutka, rak	Nieregularna, gwiazdzista, twarda, spoista zmiana, nieostro odgraniczona od sąsiednich tkanek

Źródło: Bickley L. S., Gaciąg Z., Jędrusik P. (red. wyd. pol.): Przewodnik Batesa po badaniu przedmiotowym i podmiotowym. Termedia, Poznań 2010, s. 194.

### Ocena ryzyka zachorowania na raka sutka

Po zebraniu wywiadu i zbadaniu sutków można ocenić ryzyko zachorowania na raka sutka, uwzględniając prawdopodobieństwo zachorowania w kolejnych dekadach życia.

Tabela 8. Prawdopodobieństwo wystąpienia inwazyjnego raka sutka w zależności od wieku<sup>3</sup>.

Jeżeli kobieta jest w wieku...	...to prawdopodobieństwo zachorowania na raka sutka w ciągu następnych 10 lat wynosi...	...lub 1 na
20	0,05%	1837
30	0,43%	234
40	1,43%	70
50	2,51%	40
60	3,51%	28
70	3,88%	26
<b>Ryzyko w ciągu całego życia</b>	<b>12,28%</b>	<b>8</b>

Źródło: American Cancer Society, *Breast Cancer Facts and Figures 2007-2008*, str. 111. Dostępne w internecie pod adresem: <http://www.cancer.org/downloads/STT/BCFF-Final.pdf>. za: Bickley L. S., Gaciąg Z., Jędrusik P. (red. wyd. pol.): *Przewodnik Batesa po badaniu przedmiotowym i podmiotowym*. Termedia, Poznań 2010, s. 194.

Oceniając czynniki ryzyka zachorowania na raka sutka, można procentowo wyliczyć ryzyko zachorowania.

<sup>3</sup> Wśród osób bez nowotworu na początku danego przedziału wiekowego. Na podstawie danych na temat zachorowań w latach 2002-2004. Ryzyko w procentach i wyrażone jako „1 na” może nie być równe ze względu na zaokrąglenie liczb.

Tabela 9. Ocena ryzyka zachorowania na raka sutka.

Ryzyko względne	Czynnik
>4,0	<ul style="list-style-type: none"> <li>– płeć żeńska,</li> <li>– wiek (&gt;65 lat w porównaniu z &lt;65 lat, chociaż ryzyko stale wzrasta z wiekiem aż do 80. r.ż.),</li> <li>– pewne dziedziczne mutacje (geny BRCA 1 i BRCA 2),</li> <li>– dwóch lub więcej krewnych pierwszego stopnia z rakiem sutka rozpoznanym w młodym wieku,</li> <li>– przebyty rak sutka,</li> <li>– duża gęstość utkania sutka,</li> <li>– atypowa hiperplazja w sutku potwierdzona w biopsji,</li> </ul>
2,1–4,0	<ul style="list-style-type: none"> <li>– jeden krewny pierwszego stopnia z rakiem sutka,</li> <li>– napromienienie klatki piersiowej dużą dawką,</li> <li>– duża gęstość mineralna kości (po menopauzie),</li> </ul>
1,1–2	<ul style="list-style-type: none"> <li>– późny wiek w momencie donoszenia pierwszej ciąży (&gt;30 lat),</li> <li>– wczesny wiek pierwszej miesiączki (&lt;12 lat),</li> <li>– późna menopauza (&gt; 55. r.ż.),</li> <li>– nieprzebycie żadnej donoszonej ciąży,</li> <li>– kobiety, które nigdy nie karmiły piersią,</li> <li>– ostatnio stosowana doustna antykoncepcja hormonalna,</li> <li>– ostatnio i długotrwale stosowana hormonalna terapia zastępcza,</li> <li>– otyłość (po menopauzie),</li> </ul>
Inne czynniki	<ul style="list-style-type: none"> <li>– przebyty rak endometrium, jajnika lub jelita grubego,</li> <li>– spożywanie alkoholu,</li> <li>– wysoki wzrost,</li> <li>– wysoki status socjoekonomiczny,</li> <li>– pochodzenie żydowskie.</li> </ul>

Źródło: American Cancer Society, *Breast Cancer Facts and Figures 2007–2008*, str. 10. Dostępne w internecie pod adresem: <http://www.cancer.org/downloads/STT/BCFF-Final.pdf>.

#### Badania przesiewowe w kierunku raka sutka

- indywidualna ocena ryzyka raka sutka (tabela powyżej),
- badania w kierunku mutacji genu BRCA1 i BRCA2,
- mammografia,
- badanie kliniczne piersi,
- samobadanie piersi.

#### Badania w kierunku mutacji genu BRCA1 i BRCA2

Ważne jest, aby ocenę ryzyka rozwoju raka sutka zaczynać już u młodych kobiet, nawet 20-letnich. Należy pytać, czy w rodzinie, zarówno ze strony matki, jak i ojca, występował rak sutka i/lub jajnika. Około 5–10% kobiet może mieć mutacje w genach BRCA1 lub BRCA2 stwarzające zagrożenie rozwojem raka sutka. Geny te są autosomalnie dominujące.

**BRCA1** – ludzki gen znajdujący się na długim ramieniu 17 chromosomu.

Kobiety, które odziedziczyły uszkodzoną kopię tego genu, mają zwiększone prawdopodobieństwo zachorowania na raka sutka oraz raka jajnika. Ponadto zwiększone jest ryzyko wystąpienia raka jajowodu, otrzewnej, okrężnicy. U nosicielki mutacji genu BRCA1 obserwuje się 50–80% ryzyko wystąpienia raka piersi i około 40% ryzyko raka jajnika, raka jajowodu, otrzewnej około 10%. Średnia zachorowania na raka sutka w przypadku nosicielstwa mutacji BRCA1 to około 40 lat.

**BRCA2** – ludzki gen zlokalizowany na chromosomie 13.

Mutacje tego genu prowadzą, podobnie jak mutacje w BRCA1, do zwiększonego ryzyka raka sutka i jajnika, prostaty oraz trzustki.

#### Mammografia

Umożliwia wykrycie raka nawet o średnicy mniejszej niż 0,5 cm, podczas gdy badanie ręczne umożliwia zwykle wykrycie zmian o średnicy przynajmniej 2 cm.

### **Mammografie profilaktyczne**

- u kobiet w wieku 35–39 lat – 1 badanie,
  - u kobiet w wieku 40–50 lat – badanie co 2 lata,
  - u kobiet w wieku 50–60 lat – badanie co 1-1,5 roku,
- po 60. r. ż. - według wskazań lekarskich, zwykle co 1,5-2 lata do 75. roku życia.

### **Rutynowe badania przesiewowe mammograficzne wykonuje się:**

u kobiet z ryzykiem rodzinnym, jeśli rak piersi wystąpił u krewnej pierwszego stopnia przed 35. r.ż., mammografię można zacząć już 5 lat wcześniej niż wystąpiło to zachorowanie, u kobiet otrzymujących hormonalną terapię zastępczą (HTZ) mammografię powinno się wykonywać co rok.

### **Badanie kliniczne piersi**

Zaleca się przeprowadzanie badania sutków przez lekarza raz na 3 lata u kobiet w wieku 20–40 lat i co roku u kobiet po 40. roku życia. Ze względu na brak wystarczających dowodów na korzyści z takiego postępowania, metoda ta powinna być stosowana razem z mammografią.

### **Badanie ultrasonograficzne piersi**

USG piersi jest jednym z elementów profilaktyki raka piersi. Jest to bezbolesne badanie przy pomocy ultradźwięków, które pozwala wykryć guzki w piersiach na wczesnym etapie rozwoju. Pozwala zróżnicować pomiędzy zmianami o charakterze torbielowatej (wypełnionej płynem) a zmianami litymi. USG nie zastępuje mammografii, są to badania uzupełniające się.

### **Sutki i doły pachowe – badanie fizykalne**

Aby dokładnie opisać zmiany wykryte w badaniu przedmiotowym, sutek dzieli się na cztery kwadranty, przeprowadzając pionowo i poziomo linie krzyżujące się w miejscu brodawki sutkowej. Pachowy fragment sutka, nazywany ogonem Spence'a, sięga w bok, przekraczając przedni fałd pachowy, o czym zawsze trzeba pamiętać, obmacując piersi. Wszystkie nieprawidłowe masy w sutku wymagają dokładnej oceny.

### **Badanie pacjentki po mastektomii lub po operacyjnym powiększeniu sutków**

Kobiety po przebytej mastektomii wymagają specjalnej uwagi podczas badania. Należy ocenić bliznę i dół pachowy pod kątem obecności nieprawidłowej masy lub guzków. Należy zwrócić uwagę na zabarwienie skóry i objawy zapalenia. Czasem stwierdza się obrzęk chłonny dołu pachowego i ramienia spowodowany upośledzonym odpływem chłonki po operacji. Obmacując bliznę, należy być delikatnym – tkanki w tej okolicy mogą charakteryzować się przeculicą. Należy badać kolistym ruchem dwóch lub trzech palców. Szczególną uwagę należy zwrócić na kwadrant górny zewnętrzny sutka i dół pachowy, a także na powiększenie węzłów chłonnych oraz objawy zapalenia lub zakażenia. Nieprawidłowe masy, guzki, zmiany zabarwienia i objawy zapalenia, zwłaszcza w okolicy linii cięcia, sugerują nawrót raka. U kobiet po operacyjnym powiększeniu sutka lub po operacyjnej rekonstrukcji sutka należy dokładnie badać tkankę sutka i linię cięcia.

### **Badanie dołu pachowego**

Badanie dołu pachowego można przeprowadzić w pozycji leżącej, jednak preferuje się pozycję siedzącą. Oglądaniem ocenia się skórę dołu pachowego, zwracając uwagę na obecność wysypki, cech zakażenia (użycie dezododantów, zapalenie gruczołów potowych). Badając dół pachowy, należy poprosić pacjenta, aby opuścił kończyny górne i rozluźnił mięśnie. Prawą ręką ułożoną w łódkę bada się lewy dół pachowy pacjenta, lewą – prawy. Należy uprzedzić pacjenta, że badanie może być nieprzyjemne. Bada się węzły chłonne grupy centralnej. Spośród węzłów dołu pachowego tę grupę węzłów wyczuwa się najczęściej. Badając, staramy się wyczuć węzły chłonne i je ocenić. Powiększenie węzłów chłonnych stwierdza się w przypadku zakażenia w obrębie kończyny górnej, po szczepieniu, po wykonanych testach alergicznych punktowych. Wówczas należy dodatkowo ocenić węzły chłonne nadkłykciowe.

Jeżeli wyczuwa się węzły duże (>1 cm), spoiste lub twarde, zrośnięte ze sobą, zrośnięte ze skórą lub podłożem, sugerują one chorobę nowotworową. Jeżeli węzły chłonne grupy centralnej są powiększone, twarde lub bolesne, należy ocenić pozostałe grupy węzłów dołu pachowego:

- węzły piersiowe – wewnątrz brzoju mięśnia piersiowego,
- węzły boczne – wysoko w dole pachowym,

– węzły podłopatkowe – w tylnym fałdzie pachowym (stojąc za pacjentem).

Ponadto należy zbadać węzły podobojczykowe i nadobojczykowe.

### **Rak piersi u mężczyzn**

Rak piersi uważa się zwykle za chorobę kobiet, ale około 1% przypadków występuje u mężczyzn (co roku raka piersi diagnozuje się u około 300 z nich). Rak piersi u mężczyzn występuje najczęściej po 60. roku życia. Badając piersi, stosujemy technikę oglądania i palpacji otoczki i części gruczołowej sutka.

Objawy raka piersi u mężczyzn:

- najpowszechniejszym jest guz lub guzy w piersiach,
- zmiana rozmiaru, kształtu lub wyglądu skóry piersi,
- zmiany wyglądu sutka,
- wyciek z sutka,
- owrzodzenie piersi i zaczerwienienie sutka i okolic.

Rak piersi u mężczyzn najczęściej jest wynikiem działania estrogenów – żeńskich hormonów płciowych. Gdy ich poziom w organizmie wzrasta kosztem obniżającego się stężenia testosteronu, zwiększa się ryzyko rozwoju nowotworu. To wyjaśnia, dlaczego raka piersi najczęściej diagnozuje się u panów między 50. a 70. rokiem życia – wtedy poziom męskich hormonów płciowych spada. Jednak rak piersi może pojawić się również u młodych mężczyzn. Do rozwoju nowotworu może się przyczynić np. uraz jąder, który może doprowadzić do nadmiaru estrogenów w organizmie. Znane są także przypadki zachorowań na raka piersi u mężczyzn pracujących w przemyśle kosmetycznym, ponieważ są oni narażeni na kontakt z kremami zawierającymi estrogeny. Także marskość wątroby, która prowadzi do podniesienia poziomu estrogenów, zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia tego nowotworu. Rak piersi u mężczyzn może być również dziedziczny. Jeśli więc ktoś z rodziny chorował na raka piersi (zwłaszcza przed 50. rokiem życia), ryzyko zachorowania wzrasta. Genetycznie uwarunkowana postać raka piersi u mężczyzn najczęściej ma związek z obecnością mutacji w obrębie genu BRCA1 i BRCA2. W grupie ryzyka znajdują się również mężczyźni, którzy nadużywają alkoholu, cierpią na otyłość lub choroby wpływające na stężenie testosteronu i estrogenu we krwi (np. zespół Klinefeltera). Prawdopodobieństwo zachorowania wzrasta także w przypadku narażenia na promieniowanie jonizujące (np. radioterapia).

## **2.6. Badanie układu oddechowego**

Badanie podmiotowe

Ważną techniką badania podmiotowego pacjenta jest obserwacja poszerzona o wywiad. Przyglądając się pacjentowi, w pierwszej kolejności oceniamy oddech, jego natężenie, charakter i ilość na minutę. Objawy nieprawidłowego oddechu to:

- częstość oddechów, u osoby dorosłej mniejsza niż 8 i większa niż 24 na minutę,
- zaciąganie dołków nadobojczykowych, międzyżebry i okolic podżebrowych,
- biała lub sina skóra,
- płytkie lub nieregularne oddechy,
- otwarte usta,
- odchylenie skrzydełek nosa.

Ocena pacjenta z chorobą dróg oddechowych przebiega według wytycznych odnoszących się do zbierania wywiadu ogólnego.

### **Główne objawy chorób układu oddechowego**

Następujące 7 objawów ma podstawowe znaczenie w diagnostyce chorób układu oddechowego:

- **Kaszel.** Kaszel należy scharakteryzować: przewlekły, ostry, pora dnia, efektywny (wilgotny)/nieefektywny (suchy). Kaszel należy odnieść do czynników nasilających: szybki chód, kontakt z dymem, pozycja ciała, leki.
- **Plwocina.** Należy opisać jej charakter: objętość, wygląd i zapach (śluzowa, śluzowo-ropna, ropna, rdzawa, krwawa, cuchnąca, pienista).
- **Krwioplucie.** Krwioplucie (odkrztuszanie krwi) należy odróżnić od krwawych wymiotów. Trzeba określić ilość krwi, cechy krwioplucia, okoliczności występowania i objawy towarzyszące.
- **Ból w klatce piersiowej.** Należy scharakteryzować właściwości bólu, lokalizację i nasilenie (w skali od 1 do 10), moment występowania i czas trwania, czynniki łagodzące i nasilające ból, objawy towarzyszące (duszność, kaszel, inne).
- **Duszność** (subiektywne uczucie „utrudnienia w oddychaniu”). Należy określić charakter duszności (wysil-

kowa/spoczynkowa, wdechowa/wydechowa), czas trwania, czynniki nasilające i zmniejszające duszność, objawy towarzyszące.

- **Świsty, szmery, rzężenia.** Świst wdechowy i świsty nad obydwoma płucami mogą być ważnym objawem. Świst wdechowy należy określić jako powstający na poziomie tchawicy lub krtani. Obustronne świsty mogą być spowodowane przez rak płuc, ciało obce lub stan zapalny oskrzeli. Trzeba zwrócić uwagę na czas trwania, czynniki nasilające i zmniejszające, objawy towarzyszące.
- **Sinica.** Sino-fioletowe zabarwienie skóry. Sinica centralna spowodowana nieadekwatną wymianą gazową w płucach, wywołująca znaczny spadek PaO<sub>2</sub> (najlepiej widoczna na śluzówkach jamy ustnej). Sinica obwodowa spowodowana wzmożonym zużyciem tlenu na obwodzie (sinica obwodowa jest ograniczona do dystalnych części, np. palców stóp i dłoni). Należy określić rodzaj, miejsce występowania, czas trwania, czynniki nasilające.

### **Ból w klatce piersiowej**

- **Dławica piersiowa**

Ból zlokalizowany jest za mostkiem lub na przedniej powierzchni klatki piersiowej, może promieniować do barków, ramion, szyi, żuchwy lub nadbrzusza. Charakter – ucisk, ciężar, ściskanie, rzadko palenie. Nasilenie bólu niewielkie do umiarkowanego, czasami opisywany jako dyskomfort, a nie ból. Czas trwania – zazwyczaj 1–3 min, ale może przedłużać się do 10 min, a nawet 20 min. Czynniki nasilające ból to wysiłek, szczególnie w niskiej temperaturze otoczenia, posiłek, sytuacje stresogenne. Może pojawiać się w spoczynku. Czynniki zmniejszające ból to spoczynek, przyjęcie azotanów. Objawy towarzyszące bólowi w dławicy piersiowej to czasem nudności, wymioty, poty, osłabienie.

- **Zawał serca**

Ból zlokalizowany jest za mostkiem lub na przedniej powierzchni klatki piersiowej, może promieniować do barków, ramion, szyi, żuchwy lub nadbrzusza. Charakter – ucisk, ciężar, ściskanie, rzadko palenie. Często, ale nie zawsze występuje silny ból. Czas trwania bólu od 20 min. do kilku godzin. Objawy towarzyszące bólowi to nudności, wymioty, poty, osłabienie.

- **Ból opłucnowy**

Ból zlokalizowany jest w ścianie klatki piersiowej nad obszarem objętym procesem chorobowym. Ma charakter ostry, przeszywający, jak pchnięcie nożem. Jest to często silny ból. Czas trwania ciągły. Czynniki nasilające ból to: wdech, kaszel, ruchy tułowia. Czynniki zmniejszające ból to położenie się na stronie, która jest objęta procesem chorobowym. Objawy towarzyszące bólowi opłucnowemu to kaszel.

- **Duszność**

- **Lewokomorowa niewydolność serca**

Duszność może rozwijać się powoli lub pojawiać się nagle, jak w przypadku obrzęku płuc. Czynniki nasilające duszność to wysiłek, pozycja leżąca. Czynniki zmniejszające duszność to odpoczynek, pozycja siedząca, jednakże duszność może być objawem stałym. Objawy towarzyszące duszności to często kaszel, orthopnoe, nocna napadowa duszność, niekiedy świsty.

- **Przewlekłe zapalenie oskrzeli**

Czas trwania – wolno rozwijającej się duszności towarzyszy przewlekły produktywny kaszel. Czynniki nasilające duszność to wysiłek, wdychanie substancji drażniących, infekcje układu oddechowego. Czynniki zmniejszające duszność to odkrztuszanie zalegającej wydzieliny, odpoczynek, jednakże duszność może być objawem stałym. Objawy towarzyszące – przewlekły produktywny kaszel, nawracające zakażenia układu oddechowego, mogą wystąpić świsty.

- **Przewlekła obturacyjna choroba płuc**

Czas trwania – wolno rozwijająca się duszność, względnie łagodny kaszel pojawia się później. Czynniki nasilające duszność to wysiłek. Czynniki zmniejszające duszność to odpoczynek, jednakże czynniki nasilające duszność – różne, w tym alergen, substancje drażniące, infekcje układu oddechowego, wysiłek, emocje. Czynniki zmniejszające duszność – unikanie czynników powodujących napady astmy. Objawy towarzyszące – świsty, kaszel, ucisk w klatce piersiowej.

- **Ostra zatorowość płucna**

Charakteryzuje się nagłym początkiem z objawami nasilonej duszności. Przy masywnej zatorowości występuje



ból zamostkowy. Ból opłucnowy, kaszel i krwioplucie mogą się pojawić, gdy dojdzie do zawału płuca. U pacjenta występują objawy lęku, takie jak: wzdychanie, zawroty głowy, drętwienie rąk i stóp, kołatanie serca, ból w klatce piersiowej.

#### • Kaszel

Kaszel to silne wyrzucenie powietrza przez zamkniętą głośnię. Kaszel jest objawem charakterystycznym dla wielu chorób. Dlatego też przeprowadzając wywiad z pacjentem, należy zapytać go o cechy charakterystyczne kaszlu, który u niego występuje. Cechy charakterystyczne kaszlu dla poszczególnych jednostek chorobowych to:

- zatorowość płucna – kaszel suchy lub mokry, płwocina może być ciemna, jasnoczerwona lub zmieszana z krwią; objawy towarzyszące to: duszność, lęk, ból w klatce piersiowej, gorączka;
- obrzęk płuc – kaszel zwykle suchy, szczególnie podczas wysiłku lub nocą;
- rak płuca – kaszel suchy lub mokry, płwocina może być podbarwiona krwią lub krwista;
- choroba refluksowa przełyku – przewlekły kaszel, szczególnie w nocy lub rano, objawy towarzyszące to: świssty, szczególnie nocą, chrypka pojawiająca się wczesnym rankiem, często współistnieje zgaga;
- astma – kaszel z gęstą śluzową płwociną, szczególnie pod koniec napadu; inne objawy to: napady świsztów i duszności, ale może występować sam kaszel; często współistnieje alergia;
- gruźlica płuc – suchy kaszel lub płwocina, która jest śluzowa lub ropna, może być podbarwiona krwią lub krwista; początkowo przebiega bezobjawowo; z czasem pojawia się jądłowstręt, utrata masy ciała, zmęczenie, gorączka, nocne poty;
- rozstrzenie oskrzeli – przewlekły kaszel, wydzielina ropna, często cuchnąca, może być podbarwiona krwią lub krwista; typowe są nawracające zakażenia oskrzelowo-płucne, może współistnieć zapalenie zatok;
- przewlekłe zapalenie oskrzeli – przewlekły kaszel, wydzielina śluzowa lub śluzowo-ropna, może być podbarwiona krwią lub krwista, w wywiadzie wieloletnie palenie tytoniu;
- zapalenie płuc wywołane przez mycoplasma lub wirusy – suchy kaszel, który często przechodzi w mokry ze śluzową płwociną; objawy towarzyszące to: gorączka, często z ogólnym złym samopoczuciem, bólami głowy, a nawet z dusznością;
- zapalenie tchawicy i oskrzeli – suchy kaszel, który może przejść w kaszel mokry;
- zapalenie krtani – suchy kaszel (bez odkrztuszania), może przejść w kaszel mokry ze zróżnicowaną ilością odkrztuszonej płwociny; może być chrypka, często współistnieje z wirusowym zapaleniem nosogardła.

#### • Krwioplucie

Krwioplucie to odkrztuszanie krwi lub krwistej płwociny z dróg oddechowych. Plucie krwią zwykle jest objawem choroby, w związku z tym przyczyny takiego stanu są zróżnicowane, np. w:

- zatorowości płucnej – kaszel suchy lub mokry, płwocina może być ciemna, jasnoczerwona lub zmieszana z krwią,
- obrzęku płuc – płwocina staje się różowa i pienista, może występować krwioplucie,
- raku płuca – kaszel suchy lub mokry, płwocina może być podbarwiona krwią lub krwista,
- ropniu płuc – płwocina ropna, cuchnąca, może być krwista,
- gruźlicy płuc – suchy kaszel lub płwocina, która jest śluzowa bądź ropna, może być podbarwiona krwią lub krwista,
- rozstrzeni oskrzeli – przewlekły kaszel, wydzielina ropna, często cuchnąca, może być podbarwiona krwią lub krwista,
- przewlekłym zapaleniu oskrzeli – przewlekły kaszel, wydzielina śluzowa lub śluzowo-ropna, może być podbarwiona krwią lub krwista,
- bakteryjnym zapaleniu płuc (pneumokokowe) – płwocina śluzowa lub ropna, może być podbarwiona krwią, różowa lub rdzawa,
- bakteryjnym zapaleniu płuc (*Klebsiella*) – podobny obraz bądź płwocina klejąca, czerwona, galaretowata.

#### Profilaktyka zaburzeń zdrowia

W podejmowanych działaniach profilaktycznych mających na celu ograniczenie palenia tytoniu oraz jego następstw istotna rola przypada pracownikom służby zdrowia, w tym pielęgniarce. W celu ograniczenia palenia tytoniu konieczna jest intensyfikacja działań profilaktycznych wśród dzieci, młodzieży, jak i całej populacji pacjentów (bez względu na wiek). Celem ich powinno być zarówno przekazywanie wiedzy dotyczącej szkodliwości palenia tytoniu, jak też kształtowanie właściwych postaw i umiejętności, które okażą się przydatne w nie-

podejmowaniu prób palenia lub przy jego rzucaniu. W wywiadzie należy zapytać pacjenta o wszystkie kwestie dotyczące palenia przez niego tytoniu (długość i natężenie palenia – ilość i rodzaj wypalanych papierosów oraz próby podejmowane w celu jego zaprzestania). Pomocnym jest test uzależnienia od nikotyny wg Fagerströma.

#### • Szczepienia – pneumokoki

Pneumokoki najczęściej wywołują zapalenia górnych dróg oddechowych. Bakterie przełamują bariery ochronne i przedostają się do krwi, prowadząc do powikłań, do których należą:

- sepsa – uogólnione zakażenie z ciężkimi objawami ze strony wielu narządów,
- zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.

Znacznie większym ryzykiem ciężkiego zakażenia pneumokokowego obarczone są dzieci urodzone przedwcześnie ( wcześniaki), dzieci i dorośli należący do tzw. grup ryzyka – z określonym zaburzeniem: niedobory odporności, brak śledziony lub chorzy na niektóre choroby przewlekłe, takie jak: choroby układu krwiotwórczego, serca, płuc, nerek, cukrzyca, wady lub urazy czaszki albo mózgu, przewlekłe choroby ucha środkowego i głuchota.

#### • Szczepienia – grypa

Szczepionki przeciw grypie stosuje się profilaktycznie, szczególnie u osób o zwiększonym ryzyku wystąpienia powikłań pogrypowych (przewlekłe choroby, np. na choroby układu krążenia, cukrzycę, mukowiscydozę, choroby układu oddechowego, niewydolność nerek, niedokrwistość, a także osoby po 50. roku życia oraz osoby, u których występuje zwiększone ryzyko zachorowania ze względu na wykonywany zawód, np. personel medyczny). Szczepienie jest także zalecane u wszystkich osób po 6. miesiącu życia w celu zmniejszenia prawdopodobieństwa zachorowania na grypę. Szczepienia wykonuje się zgodnie z oficjalnymi zaleceniami, zwykle w okresie jesiennym, przed okresem wzmożonych zachorowań na grypę, jednak wskazane jest również szczepienie podczas sezonu zachorowań. Do szczepienia kwalifikuje lekarz, w przypadku pacjenta dorosłego także pielęgniarka.

#### • Badanie przedmiotowe układu oddechowego

Badanie przedmiotowe zaczynamy od obserwacji pacjenta. Należy ocenić, jaki jest kształt klatki piersiowej, poszukując asymetrii i zniekształceń. Oglądając pacjenta, ocenia się typ budowy, symetrię, kształt, ruchomość w trakcie oddychania, tor oddychania, częstość oddechów, ich głębokość i rytm. Zwrócić należy uwagę, jak zachowują się skrzydełka nosa w czasie oddychania pacjenta. U osoby zdrowej w czasie spokojnego oddychania skrzydełka nosa nie poruszają się. Poruszanie skrzydełkami nosa może występować podczas przyśpieszonego i głębokiego oddychania w stanach zdenerwowania, emocji lub gorączki. Po dokładnej ocenie klatki piersiowej i oddechu należy przystąpić do dalszego etapu badania, tzn. do palpacji klatki piersiowej.

Badanie najlepiej wykonać w pozycji siedzącej lub leżącej na plecach. Przed badaniem pacjent powinien zakaszkleć w celu oczyszczenia drzewa oskrzelowego. Podczas obmacywania klatki piersiowej należy zwrócić uwagę na bolesne obszary nieprawidłowości dotyczące skóry, rozszerzalności klatki piersiowej oraz drżenia głosowego. Nieprawidłowe lub opóźnione ruchy po jednej stronie klatki piersiowej mogą sugerować chorobę płuca lub opłucnej po tej stronie. Nad zmienioną zapalnie opłucną pojawia się bolesność międzyżebry. Zasinienia skóry występują nad złamanymi żebrami. Badanie rozszerzalności klatki piersiowej pozwala na stwierdzenie zmniejszenia lub opóźnienia ruchów oddechowych po jednej stronie. Spowodowane to może być takimi schorzeniami, jak: przewlekłe włóknienie płuca lub opłucnej po tej stronie, płyn w opłucnej, płatowe zapalenie płuc, ból opłucnej prowadzący do usztywnienia danej strony lub jednostronnego zwężenia oskrzeli. Ocena drżenia głosowego pozwala stwierdzić, że drżenie piersiowe jest osłabione lub zniesione w przypadku cichego głosu pacjenta lub gdy utrudnione jest przewodzenie wibracji z krtani na powierzchnię klatki piersiowej. Dzieje się tak w przypadku bardzo grubej ściany klatki piersiowej, zwężenia oskrzela, POCHP, płynu w opłucnej, włóknienia płuc, odmy lub nowotworu naciekającego płuco.

#### • Opukiwanie

Opukiwanie to jedna z najważniejszych technik stosowanych podczas badania przedmiotowego. Za pomocą opukiwania można określić, czy znajdujące się w danej okolicy tkanki są wypełnione powietrzem, płynem, czy też są spoiste. W prawidłowym płucu odgłos opukowy jest jawny. Natomiast odgłos opukowy stłumiony występuje wówczas, gdy zamiast powietrza w płucach lub pustej zwykle jamie opłucnej znajduje się płyn lub tkanka lita. Na przykład: płatowe zapalenie płuc, w przebiegu którego pęcherzyki płucne wypełnione są płynem lub komórkami

krwi, nagromadzenie w jamie opłucnej surowiczego płynu (wysięk), krwi (krwiak) opłucnej), ropy (ropniak opłucnej), tkanki włóknistej lub guza. Uogólniony odgłos nadmiernie jawny może być słyszalny nad zbyt wypełnionymi powietrzem płucami w przebiegu POCHP lub astmy, ale nie jest to wiarygodny objaw. Jednostronny odgłos opukowy nadmiernie jawny sugeruje dużą odemę opłucnową lub obecność dużego pęcherza rozedmowego w płucu. Ocena ruchomości dolnych granic płuc (ruchomość przepony): W pierwszej kolejności należy określić poziom stłumienia, który pojawia się na wysokości przepony podczas spokojnego oddychania. Trzymając palec lewej ręki nieco powyżej i równoległe do oczekiwanego poziomu stłumienia, opukuje się stopniowo coraz niższe międzyżebra do momentu, aż odgłos opukowy jawny przejdzie w odgłos opukowy stłumiony. W przypadku obecności krwiaka opłucnej poziom stłumienia określa się poprzez opukiwanie w pobliżu środka krwiaka oraz nieco z jego boku. Jeżeli stłumienie pojawia się na wysokości wyższej niż spodziewana, może to świadczyć o obecności wysięku w opłucnej lub wysoko ustawionej kopuły przepony, jak w niedodmie czy porażeniu przepony.

#### • **Ostuchiwanie**

Jest to najważniejsza część badania pozwalająca na ocenę przepływu powietrza przez drogi oddechowe. Ocenia się głośność szmerów oddechowych oraz wszelkie odchylenia. Szmerzy oddechowe są zwykle głośniejsze w górnych przednich polach płucnych.

Prawidłowe szmerzy oddechowe to:

- szmer pęcherzykowy – wdech > wydech,
- oskrzelowo-pęcherzykowy – wdech = wydech.

#### **Szmer pęcherzykowy**

Słyszalny jest nad większością powierzchni płuc w postaci niskotonowego dźwięku. Podobny do dźwięku wypowiedzianego litery „f” przy zwężonych ustach. Dźwięki są ciche, miękkie, trwają przez cały wdech, po czym natychmiast wysłuchuje się krótszy szmer wydechowy (1/3 początkowej fazy wydechu).

#### **Szmer oskrzelowo-pęcherzykowy**

Faza wdechu = faza wydechu. Jest to dźwięk pośredni. Prawidłowo słyhać go tylko nad dużymi oskrzelami, tj. w I i II przestrzeni międzyżebrowej oraz w przestrzeni międzyłopatkami.

#### **Nieprawidłowe szmerzy oddechowe**

##### **Szmer oskrzelowy**

Słyszalny jest w postaci szorstkiego szmeru wdechowego o charakterze podmuchu, po którym następuje przerwa, a potem głośny, szorstki szmer wydechowy (przez całą fazę wydechu). Szmer w fazie wydechowej jest głośniejszy i wyższy niż w szmerze oddechowym pęcherzykowym. Faza wydechowa trwa dłużej niż faza wdechowa. Szmer oskrzelowy prawidłowo występuje nad tchawicą i dużymi oskrzelami; jest objawem patologicznym w bardziej obwodowych częściach płuc.

##### **Szmer oskrzelowo-pęcherzykowy**

Trwa jednakowo długo podczas fazy wdechu, jak i wydechu, niekiedy pomiędzy tymi dwiema fazami występuje krótka przerwa. Nasilenie dźwięku podczas wydechu pośrednie. Wysłuchuje się w obwodowych częściach płuc (poza I i II przestrzenią międzyżebrową z przodu i międzyłopatkami z tyłu).

#### **Dźwięki oddechowe dodatkowe**

##### **Trzeszczenia (krepitacje)**

Są to pojedyncze dźwięki występujące podczas wdechu. Są one powodowane przez nagłe otwieranie się dotąd zamkniętych drobnych dróg oddechowych. Są jak „ścieranie między palcami włosów”. Trzeszczenia wykrywa się w: obrzęku płuc, zapaleniu płuc, zapaleniu oskrzeli, rozstrzeni oskrzeli, zwłóknieniu. Trzeszczenia słyszalne tylko na szczycie wdechu wskazują na niedodmę płuc.

##### **Świsty**

Są to ciągłe dźwięki występujące zarówno podczas wdechu, jak i wydechu. Są one powodowane przez oscylację przepływu powietrza, jak w instrumentach dętych, wskutek zwężenia dróg oddechowych, zazwyczaj na tle astmy lub nieżyty oskrzeli. Powstają w wyniku turbulentnego przepływu powietrza przez zwężone światło oskrzeli. Zwężenie oskrzeli, np. przez skurcz, obrzęk błony śluzowej, płyn, wydzielinę śluzową lub ropną na ścianach oskrzeli, albo też przez obrzęk tkanki śródmiąższowej oskrzeli (np. w niewydolności lewej komory serca) lub przez nacieki w ich ścianach, powoduje efekt piszczałki organowej.

### **Tarcie opłucnowe**

Powstaje w wyniku pocierania o siebie blaszek opłucnej pokrytej włóknikiem (gruźlica, mocznica, zmiany reumatyczne, nieswoiste zakażenia bakteryjne). Szmer ten przypomina swoim odgłosem pocieranie 2 kawałków jedwabiu albo chrząst ugniatanej gąłki śniegu. Lokalizacja zwykle pokrywa się z miejscem bólu opłucnowego. Często łączy się z bólem przy głębszym oddychaniu. Najwyraźniej słyszy się go na szczycie wdechu.

### **Kozi bek (egophonia)**

Prosimy pacjenta o powtarzanie „e”/„i”.

Znaczenie kliniczne: wypowiedane dźwięki słyszalne są jako „ej”, jeśli badany obszar płuc jest zmieniony przez naciek zapalny.

### **Kliniczna ocena czynności płuc („test chodu”)**

Prostą, ale dostarczającą wielu informacji metodą oceny czynności płuc jest „test chodu”. Pacjent w swoim tempie pokonuje określony dystans (np. 2,5 m), badający mierzy czas, w jakim pacjent wykonał tę czynność. Następnie powtarza się marsz i odnotowuje lepszy czas. Podczas testu ocenia się częstość oddechów, wysiłek oddechowy i dźwięki oddychania. U starszych, sprawnych ruchowo osób pokonujących dystans 2,5 m w ciągu 5,6 s lub dłużej prawdopodobieństwo późniejszej inwalidyzacji jest większe niż u tych osób, którym zajmuje to 3,1 s lub mniej. Wczesna interwencja może zapobiec późniejszej niepełnosprawności.

### **Czas wykonania natężonego wydechu**

Test ten ocenia fazę wydechową, która u osób z obturacyjnymi chorobami płuc jest wydłużona. Prosi się pacjenta, aby wziął głęboki wdech, a następnie jak najszybciej wypuścił powietrze z płuc przez otwarte usta. W tym czasie membranę stetoskopu przykładają się do tchawicy i mierzy czas słyszalnego wydechu. Manewr wykonuje się 3-krotnie, robiąc krótkie przerwy, aby pacjent odpoczął, jeśli jest to możliwe. U pacjentów powyżej 60. r.ż., u których czas wykonania natężonego wydechu wynosi 6-8 s, istnieje 2-krotnie większe prawdopodobieństwo POChP.

### **Badanie złamanych żeber**

Miejscowy ból oraz bolesność jednego lub kilku żeber mogą być spowodowane ich złamaniem. Poprzez ucisk na klatkę piersiową w jej wymiarze przednio-tylnym można zróżnicować, czy ból wynika ze złamania kości, czy raczej pochodzi z tkanek miękkich.

Jedną rękę kładzie się na mostku, drugą na kręgosłupie piersiowym, a następnie uciska klatkę piersiową. Oceniamy, czy powoduje to ból. Nasilenie miejscowego bólu sugeruje raczej złamanie żebra niż uraz tkanek miękkich.

## **2.7. Badanie układu sercowo-naczyniowego**

Badanie podmiotowe układu sercowo-naczyniowego należy ukierunkować na występowanie charakterystycznych dolegliwości: ból w klatce piersiowej, kołatanie serca, duszność, obrzęki.

### **Ból w klatce piersiowej**

Uczucie duszności i towarzyszący jej ból w klatce piersiowej mogą być objawem choroby wieńcowej oraz jej konsekwencji, czyli zawału mięśnia sercowego. Innymi stanami, w których występuje ten zestaw objawów (duszność i ból w klatce piersiowej), są tamponada serca, zatorowość płucna oraz rozwarstwienie aorty. We wszystkich wyżej wymienionych przypadkach konieczna jest pilna interwencja lekarska, ponieważ są to stany bezpośredniego zagrożenia życia.

### **Ból o charakterze opłucnowym**

Jest to ostry ból, który nasila się przy głębszych oddechach (także przy kaszlu), najczęściej lokalizujący się jednostronnie, w bocznej części klatki piersiowej. Z reguły towarzyszy mu duszność, która jest potęgowana przez wynikające z bólu opłucnowego zmniejszenie wentylacji płuc (głęboki oddech nasila ból). Najczęstszymi chorobami, w przebiegu których występuje duszność i ból opłucnowy, są zapalenie płuc i opłucnej oraz zatorowość płucna.

### **Kołatanie serca**

Kołatanie serca nie ma jednej określonej definicji. Można o nim mówić, gdy serce bije nadmiernie, zwiększona jest częstotliwość jego uderzeń lub też gdy częstość uderzeń serca jest nieznacznie zmieniona, a pacjent odczuwa je jako nadmierne. Zazwyczaj serce bije w tempie 60–100 uderzeń na minutę, ale u osób, które regularnie ćwiczą lub przyjmują leki spowalniające bicie serca, tempo spada do mniej niż 55 uderzeń na minutę. Jeśli

bicie serca jest przyspieszone i wynosi ponad 100 uderzeń na minutę, stan ten określany jest jako tachykardia. Do wystąpienia kołatania może przyczyniać się:

- zwiększony wysiłek,
- reakcja organizmu na kofeinę, nikotynę, alkohol, leki, kokainę oraz stres,
- stosowanie tabletek odchudzających, niedokrwistość, nadczynność tarczycy,
- gorączka,
- zaburzenia rytmu serca.

Kołatanie serca objawia się bólem serca, przyspieszonym biciem serca po wysiłku lub po wypiciu pobudzających płynów, błądzą, bólem głowy, osłabieniem, zmniejszoną koncentracją uwagi. Rytm serca podczas kołatania może być prawidłowy lub nietypowy, a samo kołatanie może być odczuwane w klatce piersiowej, gardle lub szyi. Jeśli pacjent doświadcza kołatania serca, należy go pouczyć, aby prowadził dzienniki samokontroli i notował, kiedy i jak często się pojawia kołatanie, ile trwają dolegliwości, jak się podczas nich czuje i ile wynosi tempo bicia serca. Wgląd w przebieg tych objawów i zapoznanie z ich charakterystyką ma istotne znaczenie dla skuteczności badania pacjenta.

#### **Duszność**

Jest to subiektywne odczucie braku powietrza, bardzo często połączone ze wzmożonym wysiłkiem mięśni oddechowych.

Przyczyny duszności:

- schorzenia układu oddechowego,
- schorzenia układu krążenia,
- choroby klatki piersiowej i mięśni,
- choroby ośrodkowego układu nerwowego,
- zwiększone zapotrzebowanie na tlen,
- zmniejszony dowóz tlenu,
- psychogenne.

Duszność może być objawem wskazującym na zagrożenie życia, zwłaszcza jeżeli połączona jest z sinicą. Nasilenie duszności można ocenić za pomocą różnych skal, np. za pomocą skali Medical Research Council (MRC).

#### **Badania przesiewowe w kierunku nadciśnienia tętniczego**

Swoistą przyczynę wzrostu ciśnienia tętniczego można zidentyfikować u niewielkiego odsetka dorosłych pacjentów z nadciśnieniem. Prosta przesiewowa ocena w kierunku wtórnych postaci nadciśnienia jest możliwa na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego oraz rutynowych badań laboratoryjnych. Na wtórną postać nadciśnienia wskazuje również znaczny wzrost ciśnienia tętniczego, nagłe wystąpienie lub nasilenie nadciśnienia, a także słaba reakcja ciśnienia na farmakoterapię.

#### **Badania przesiewowe w kierunku choroby wieńcowej i udaru mózgu**

Podstawą profilaktyki pierwotnej chorób układu sercowo-naczyniowego jest prowadzenie przez pacjenta zdrowego trybu życia. Wczesne wykrywanie nieprawidłowości w zachowaniu pacjenta oraz pojawiających się objawów chorobowych stanowi istotny element działań pielęgniarki i lekarza. Podczas każdej rutynowej wizyty należy zwrócić szczególną uwagę na występowanie czynników ryzyka, dokonać pomiaru ciśnienia tętniczego. Badaniem przesiewowym powinno się objąć wszystkie osoby począwszy od 20. roku życia.

Tabela 10. Czynniki ryzyka i częstotliwość ich występowania.

Czynniki ryzyka i częstotliwość ich przesiewowej oceny u osób powyżej 20. r.ż.	
CZYNNIK RYZYKA	CZĘSTOTLIWOŚĆ BADAŃ
Choroba wieńcowa w wywiadach rodzinnych	Systematyczna aktualizacja
Palenie tytoniu Dieta Spożycie alkoholu Aktywność fizyczna	Podczas każdej rutynowej wizyty
Ciśnienie tętnicze Wskaźnik masy ciała Obwód pasa Tętno (wykrywanie migotania przedsionków)	Podczas każdej rutynowej wizyty (przynajmniej co 2 lata)
Lipidogram na czczo Glikemia na czczo	Przynajmniej co 5 lat Co 2 lata, jeżeli występują czynniki ryzyka hiperlipidemii lub cukrzycy

Źródło: Pearson TA, Blair SN, Daniels SR i wsp. AHA guidelines for primary prevention of cardiovascular disease and stroke: 2000 update. *Circulation* 106(3): 388-391, 2002.

### Badania przesiewowe w kierunku zaburzeń lipidowych

Badanie przesiewowe stężenia cholesterolu całkowitego u zdrowych, dorosłych osób należy wykonywać co 5 lat. Pierwsze oznaczenie powinno być wykonane w wieku 20 lat. U pacjentów z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym należy przeprowadzić pełną ocenę zaburzeń lipidowych. Badaniami pod kątem zaburzeń lipidowych należy objąć także dzieci >2. roku życia, z rodzinnym wywiadem dyslipidemii, w tym hipercholesterolemii rodzinnej lub przedwczesnej ChSN, u dzieci z innymi czynnikami ryzyka oraz u dzieci z trudnym do ustalenia wywiadem rodzinnym.

### Badanie przedmiotowe

Badanie tętna żylnego jest istotne w ocenie czynności i wydolności prawokomorowej. Ciśnienie w prawym przedsionku jest równoważne do ciśnienia wywieranego przez słup krwi o wysokości 10–12 cm. Dlatego jeżeli pacjent stoi lub siedzi prosto, żyła szyjna jest zapadnięta, kiedy leży pasko, jest całkowicie wypełniona.

Do pomiaru tętna żylnego pacjenta układa się na plecach, wezłowie uniesione jest pod kątem 45°, głowa wygodnie oparta na poduszce, a szyja lekko odgięta i pacjent patrzy prosto przed siebie. Takie ułożenie jest ważne, aby zniesione zostało napięcie mięśni mostkowo-obojęczykowo-sutkowych, ponieważ żyły szyjne leżą bezpośrednio pod nimi. Punkt, w którym tętnienie żyłne jest widoczne, znajduje się dokładnie nad obojęczykiem.

Pomiar ciśnienia żylnego wykonuje się w sposób następujący: chory leży pod kątem 45°, odchyła głowę od badającego. Od najwyższego punktu wypełnienia żyły szyjnej wewnętrznej, a dokładnie od żyły prawej, przeprowadza się linię równoległą do podłoża, a do niej linię prostopadłą przechodzącą przez kąt mostka. Prawidłowe ciśnienie żyłne na szyi powyżej kąta mostka jest mniejsze niż 4 cm H<sub>2</sub>O.

### Monitorowanie ciśnienia żylnego

Ośrodkowe ciśnienie żyłne (OCŻ) definiuje się jako ciśnienie w żyłę głównej górnej 2 cm nad prawym przedsionkiem. Wpływa na nie m.in. rzut serca, aktywność oddechowca, skurcz mięśni szkieletowych (zwłaszcza brzucha i kończyn dolnych), napięcie układu współczulnego i zmiana pozycji ciała. Łożysko żyłne jest dużo bardziej podatne na rozciąganie niż tętnicze. Dla danego pacjenta istotna jest dynamika zmian OCŻ.

Wartości prawidłowe wahają się w przedziale 1–10 mm Hg (4-12 cm H<sub>2</sub>O). OCŻ jest to ciśnienie napełniania prawej komory. Świadczy o jej wypełnieniu, wielkości powrotu żylnego przy prawidłowej kurczliwości serca oraz dostarcza pośredniej informacji o ewentualnej niewydolności lewokomorowej (jeśli wykluczymy wady

serca). Nie odzwierciedla jednak absolutnej ilości krwi krążącej, chociaż przyczyną obniżonego OCŻ jest najczęściej hipowolemia.

Podwyższenie ośrodkowego ciśnienia żylnego powodować może, oprócz wspomnianej już niewydolności lewo-komorowej, hiperwolemię, zator tętnicy płucnej, niedrożność żyły głównej górnej oraz tamponadę serca. Oznaczenie ośrodkowego ciśnienia żylnego można dokonać manometrem wodnym lub metodą elektroniczną, wykorzystując centralny cewnik dożylny.

Za ułożenie optymalne cewnika uważa się takie, w którym końcówka tkwi przed ujściem żyły głównej górnej do prawego przedsionka. Można tam dotrzeć cewnikiem przez żyły obwodowe i żyły duże: odłokciową i odpromieniową, szyjną wewnętrzną i zewnętrzną, ramiennie-głową, podobojczykową, udową i odpiszczelową.

#### **Palpacja serca**

Pacjentowi ułożonemu w pozycji siedzącej lub leżącej należy dokładnie obmacać klatkę piersiową w okolicy serca pod kątem wycucia nadmiernego tętnienia, drżeń, wibracji oraz ocenić charakter uderzenia koniuszkowego. Palpację rozpoczyna się od ogólnego obmacania klatki piersiowej. Najpierw za pomocą opuszek palców należy wyczuć unoszenia i drżenia. W tym celu układa się palce płasko lub ukośnie na powierzchni ciała pacjenta. Uderzenia pochodzące z komór dają się odczuć jako popychanie lub unoszenie opuszek palców.

Należy także poszukać drżeń wywołanych przez turbulencje związane ze szmerami serca poprzez przyłożenie dłoni ściśle do powierzchni klatki piersiowej. Jeżeli później podczas osłuchiwania stwierdza się obecność głośnego szmeru, należy ponownie zwrócić uwagę na obecność tych drżeń, zwanych mrukiem. Mruk może towarzyszyć głośnym, szorstkim lub turkoczącym szmerom, jak w stenozie aortalnej, przetrwałym przewodzie tętniczym, ubytku przegrody międzykomorowej oraz rzadziej stenozie mitralnej.

Uderzenie koniuszkowe odpowiada krótkiemu, wczesnemu tętnieniu lewej komory, kiedy podczas skurczu przesuwają się one ku przodowi i dotykają do ściany klatki piersiowej.

W większości przypadków uderzenie koniuszkowe odpowiada punktowi maksymalnego uderzenia. Uderzenie koniuszkowe jest wyczuwalne w pozycji na wznak jedynie u 25 do 40% zdrowych osób dorosłych, a w pozycji na lewym boku u 50% osób, przede wszystkim u szczupłych. Jeżeli nie można odszukać uderzenia koniuszkowego u pacjenta leżącego na wznak, należy poprosić go o położenie z lekkim przechyleniem na lewy bok i powtórnie zbadać palpacyjnie, używając powierzchni dłoniowych kilku palców. Jeżeli nadal nie można wy badać palpacyjnie uderzenia koniuszkowego, można poprosić pacjenta o wykonanie maksymalnego wydechu i wstrzymanie oddychania na kilka sekund.

Podczas badania kobiety pomocne może być przesunięcie lewej piersi do góry lub do boku, można poprosić, aby pacjentka zrobiła to sama. Po odszukaniu uderzenia koniuszkowego należy przeprowadzić bardziej dokładne badanie opuszkami palców, a następnie jednym palcem.

Ciąża i wysokie ustawienie lewej kopuły przepony mogą powodować przesunięcie uderzenia koniuszkowego do góry i w stronę lewą. Boczne przesunięcie uderzenia koniuszkowego może być wskutek powiększenia serca w zastoinowej niewydolności serca, kardiomiopatii, choroby niedokrwiennej serca.

U pacjenta leżącego na plecach wielkość uderzenia koniuszkowego mieści się zazwyczaj w granicach poniżej 2,5 cm i zajmuje obszar tylko jednego międzyżebra. W pozycji leżącej na lewym boku rozlane uderzenie koniuszkowe o średnicy powyżej 3 cm wskazuje na powiększenie lewej komory. Amplituda uderzenia koniuszkowego jest zazwyczaj niska i wyczuwalna jako szybkie puknięcie. Zwiększona amplituda może wynikać z nadczynności tarczycy, ciężkiej niedokrwistości, przeciążenia ciśnieniowego lewej komory (jak w stenozie aortalnej) lub przeciążenia objętościowego lewej komory (jak w niedomykalności mitralnej). Aby wysłuchać czas trwania uderzenia koniuszkowego, należy wsłuchać się w tony serca, jednocześnie wyczuwając uderzenie koniuszkowe. Należy określić, jaki czas trwania skurczu zajmuje uderzenie koniuszkowe. W warunkach prawidłowych trwa ono przez ok. 2/3 początku skurczu, czasem nawet krócej. Nigdy nie dochodzi do 2. tonu serca. Uderzenie przedłużone, o wysokiej amplitudzie i z prawidłową lokalizacją, wskazuje na przerost lewej komory serca wskutek przeciążenia ciśnieniowego (jak np. w nadciśnieniu tętniczym). W przypadku bocznego przesunięcia uderzenia koniuszkowego należy wziąć pod uwagę przeciążenie objętościowe.

#### **Opukiwanie serca**

Serce należy opukiwać zawsze w kierunku prostopadłym do granicy, która jest oznaczana, rozpoczynając od strony płuc i kierując się w stronę serca. Palec środkowy, w który się puka, powinien być układany w przestrzeniach międzyżebrowych, równolegle do oznaczenia granicy serca. Określenie granic serca wymaga opukiwania

cichszego niż to, które stosuje się do opukiwania płuc.

**Stłumienie bezwzględne** (małe) odpowiada części serca przylegającej bezpośrednio do przedniej ściany klatki piersiowej:

- granica górna – górny brzeg 4 żebra,
- granica lewa – 1,5 palca do wewnątrz od lewej linii środkowo-obojęzycznej,
- granica prawa – lewy brzeg mostka /linia mostkowa lewa/,
- granica dolna – przechodzi w bezwzględne stłumienie wątroby.

**Stłumienie względne** (duże) wyznaczone jest przez rzut brzegów serca na przednią ścianę klatki piersiowej:

- granica górna – górny brzeg 3 żebra/3 międzyżebrze,
- granica lewa – 1 cm do wewnątrz od linii środkowoobojęzycznej lewej,
- granica prawa – prawy brzeg mostka /linia mostkowa prawa/,
- granica dolna – przechodzi w bezwzględne stłumienie wątroby.

Obecnie opukiwanie sercowego stłumienia względnego i bezwzględnego zostało zarzucone z uwagi na dostępność badań obrazowych znacznie dokładniej oceniających anatomię serca.

### Osluchiwanie

Serce należy osłuchiwać przy użyciu stetoskopu w cichym pomieszczeniu. Osłuchiwanie można rozpocząć od podstawy serca lub od koniuszka. Oba sposoby są dopuszczalne. Tony serca to efekty akustyczne towarzyszące pracy serca, wysłuchiwane w konkretnych miejscach na powierzchni klatki piersiowej, najczęściej przy użyciu stetoskopu. Jeżeli badamy okolice serca membraną stetoskopu, wówczas należy przykładać membranę ściśle do ściany klatki piersiowej. Membrana jest lepsza do wzmacniania relatywnie wysokich tonów S1 i S2, szmerów fali zwrotnej przez zastawkę mitralną i aortalną oraz szmeru tarcia osierdzia. Lejek jest lepszy do osłuchiwania nisko brzmiących tonów S3 i S4 oraz szmeru stenozы mitralnej.

### Pierwszy ton serca – S1

Następuje po zamknięciu się zastawki mitralnej (dwudzielnej) i trójdzielnej. Zamknięcie się tych zastawek wytwarza dźwięk znany pod nazwą pierwszego tonu serca (S1). Zwykle słyszane jako jeden dźwięk. Kiedy obydwie zastawki zamykają się wyraźnie oddzielnie, to słychać jako dwa dźwięki blisko siebie – jest określane jako rozdwojenie (rozszczipienie) pierwszego tonu serca S1. Ton ten jest najgłośniejszy na koniuszku serca.

### Drugi ton serca – S2

Następuje po zamknięciu się zastawek: aortalnej i płucnej. Zamknięcie się tych zastawek wytwarza dźwięk znany jako drugi ton serca (S2). Często słyszane u dzieci i młodych osób jako rozdwojenie S2. Jest to znane pod nazwą fizjologicznego rozdwojenia drugiego tonu serca.

Ton S2 jest najgłośniejszy u podstawy serca.

### Trzeci ton serca – S3

Zwany jest galopem komorowym i pojawia się fizjologicznie u zdrowych dzieci i młodzieży, często spotykany w ostatnim trymestrze ciąży. Występuje podczas raptownego wypełnienia się komór, krew śpieszy się, aby dostać się z przedsionka do komory, uderza o ścianę komory i to jest trzeci ton serca (S3). S3 pojawia się wcześniej podczas rozkurczu komór zaraz po S2, jest to pierwszy rzut krwi. Najlepiej słyszalny w okolicach koniuszka serca, osłuchujemy za pomocą lejka (ton niski).

Przyczyny: zmniejszona kurczliwość mięśnia sercowego, niewydolność serca, objętościowe przeciążenie/przeładowanie komór, niedomykalność mitralna – cofanie się krwi z lewej komory do przedsionka, niedomykalność zastawki trójdzielnej – cofanie się krwi z prawej komory do przedsionka.

Trzeci ton S3 trzeba rozróżnić z rozszczipieniem drugiego tonu S2. Rozszczipienie S2 osłuchujemy membraną w II międzyżebrzu, S3 – osłuchujemy lejkiem w V międzyżebrzu.

### Czwarty ton serca – S4

Zwany galopem przedsionkowym (skurcz przedsionków). Jest obecny tylko przy rytmie zatokowym. Pojawia się na skutek zwiększenia oporu wypełnienia się komór, związany ze zwiększoną sztywnością komór. Pojawia się na skutek końcowego wypełnienia komór, dopełniania się komór krwią. Najlepiej słyszalny w okolicy mitralnej i trójdzielnej. Osłuchujemy za pomocą lejka (ton niski), występuje tuż przed S1, dlatego nazywany jest



też późnorozkurczowy. Wysłuchanie S4 zawsze świadczy o patologii napełniania komór i może być związane z chorobami: nadciśnieniem, chorobą niedokrwienną serca, zwężeniem zastawki aorty, kardiomiopatią, nadciśnieniem płucnym, zaburzeniami przewodnictwa.

#### **Rozpoznawanie szmerów skurczowych**

##### **Wstawanie i kucanie**

Po przyjęciu pozycji stojącej następuje zmniejszenie powrotu żylnego krwi do serca, a także obwodowego oporu naczyniowego. Ciśnienie tętnicze, objętość wyrzutowa i objętość krwi w lewej komorze ulegają zmniejszeniu. Podczas kucania dochodzi do zmian w odwrotnym kierunku. Zmiany te ułatwiają: rozpoznanie wypadania płątka zastawki mitralnej, odróżnienie kardiomiopatii przerostowej od stenozы aortalnej. Okrycie pacjenta nie powinno utrudniać przeprowadzenia badania, a badający powinien być przygotowany do natychmiastowego osłuchiwania. Chory powinien zostać poinstruowany, aby wykonać przysiad obok leżanki do badania, przytrzymując się jej dla lepszej równowagi. Osłuchiwanie pacjenta powinno odbywać się po jego ukucnięciu i ponownie po wstaniu.

##### **Próba Valsalvy**

Próba Valsalvy w kardiologii polega na wykonaniu nasilonego wydechu (po uprzednio wykonanym maksymalnym wdechu) przy zamkniętej głośni, po wcześniejszym głębokim wdechu. Można także silnie wydymać powietrze (po uprzednio wykonanym maksymalnym wdechu) przez ustnik połączony z manometrem i utrzymywaniu ciśnienia 40 mm Hg (bez przekraczania wartości 50 mm Hg) przez 10–30 sekund (przynajmniej 7 sekund). Manewr powoduje zwiększenie ciśnienia w klatce piersiowej i zmniejszenie rzutu serca.

Próba Valsalvy jest pomocna w różnicowaniu szmerów wewnątrz sercowych, powstałych na skutek m.in. niedomykalności zastawki trójdzielnej i dwudzielnej, stenozы aortalnej lub płucnej czy kardiomiopatii przerostowej. Znajduje także zastosowanie u chorych z zastoinową niewydolnością serca, z chorobą niedokrwienną serca.

##### **Tętno naprzemiennie**

Tętno ma zmieniającą się naprzemiennie amplitudę nawet przy miarowym rytmie serca. Jeżeli różnica pomiędzy słabszym i silniejszym uderzeniem tętna jest niewielka, może być stwierdzona jedynie na podstawie badania stetoskopem.

Obecność tętna naprzemiennego wskazuje na niewydolność lewej komory serca, komory (aortalne wady serca, choroba wieńcowa, nadciśnienie tętnicze). Jest ono najlepiej wyczuwalne na tętnicy promieniowej i udowej po zastosowaniu lekkiego ucisku. Pionowa pozycja ciała może nasilić występowanie tętna naprzemiennego.

##### **Tętno paradoksalne (dziwaczne)**

Tętno paradoksalne może być stwierdzone jako wyczuwalne palpacyjnie obniżenie amplitudy fali tętna podczas spokojnego oddychania. W przypadkach słabo zaznaczonych konieczne jest badanie z użyciem mankieta do pomiaru ciśnienia. Ciśnienie skurczowe obniża się podczas wdechu o więcej niż 10 mm Hg.

Tętno paradoksalne stwierdza się w tamponadzie osierdza, zaciskającym zapaleniu osierdza (rzadziej), wstrząsie, obturacyjnej chorobie płuc, stanie astmatycznym.

Człowiek zdrowy – tętno jest lepiej wypełnione w czasie wdechu; różnica wdechowo-wydechowa – różnica amplitudy fali tętna nie przekracza 6–8 mm Hg.

#### **Dolegliwości ze strony układu naczyniowego obwodowego**

##### **Bóle kończyn górnych lub dolnych**

Ból kończyn może pochodzić ze skóry, układu naczyń obwodowych, układu mięśniowo-szkieletowego lub układu nerwowego. Może być również udzielony, np. ból w zawale mięśnia sercowego, który promieniuje do lewej kończyny górnej. Zawsze należy zapytać pacjenta o bóle lub bolesne skurcze mięśni kończyn dolnych podczas wysiłku, które ustępują w czasie odpoczynku w ciągu 10 min – bóle te określa się mianem chromania przestankowego. Ból kończyn podczas wysiłku może być spowodowany zwężeniem kanału kręgowego, ale zmniejsza się on po pochyleniu do przodu (powoduje to rozciągnięcie rdzenia kręgowego w zwężonym kanale kręgowym).

Pacjenta należy zapytać o ziębnięcie, drętwienie albo zblednięcie kończyn dolnych lub samych stóp, a także utratę owłosienia na przedniej powierzchni podudzi. Do utraty owłosienia na przedniej powierzchni podudzi dochodzi w następstwie zmniejszenia perfuzji tętniczej. Mogą wtedy również wystąpić „suche”, brązowo-czarne owrzodzenia wtórne do zgorzeli. Jeżeli występuje zmęczenie, pobolewanie, drętwienie lub ból, który ogranicza możliwość chodzenia bądź wykonywania wysiłku kończynami dolnymi, należy określić umiejscowienie dole-

gliwości. Należy również pytać o zaburzenia erekcji.

Umiejscowienie objawów sugeruje miejsce niedokrwienia:

- pośladek, biodro – odcinek aortalno-biodrowy,
- zaburzenia erekcji – naczynia biodrowo-łonowe,
- udo – tętnica udowa wspólna lub odcinek aortalno-biodrowy,
- górna część łydki – tętnica udowa powierzchowna,
- dolna część łydki – tętnica podkolanowa,
- stopa – tętnica piszczelowa lub strzałkowa.

Ból brzucha po posiłku, obawy przed jedzeniem oraz chudnięcie sugerują niedokrwienie w obszarze zaopatrywanym przez pień trzewny, tętnicę kręzkową górną lub tętnicę kręzkową dolną.

Jeżeli występują objawy lub czynniki ryzyka, uzasadnione jest dokładne badanie przedmiotowe z oceną wskaźnika kostkowo-ramiennego.

#### Chromanie przestankowe

Słowo „chromanie” pochodzi z języka łacińskiego i oznacza po prostu utykanie. W języku medycznym słowo to ma szersze znaczenie: należy je rozumieć jako dyskomfort lub ból związany z chodzeniem. Chromanie może być spowodowane zmianami w układzie tętniczym, wówczas określane jest jako przestankowe lub być wywołane innymi chorobami nienaczyniowymi, wówczas określane jest jako rzekome.

Chromanie przestankowe jest wysiłkowym, niedokrwieniowym bólem kończyny dolnej, tak silnym, że zmusza chorego do zatrzymania się. Bólem, który w spoczynku ustępuje w ciągu 10 minut. Spowodowany jest on niedrożnością lub zwężeniem tętnicy i występuje najczęściej w przypadku miażdżycy zarostowej. Ból ma charakter powtarzalny, tzn. wywołuje go określony, zawsze taki sam wysiłek. Chorzy z chromaniem przestankowym mają prawidłowy napływ krwi do mięśni szkieletowych w spoczynku, jest on jednak zbyt mały przy wysiłku, gdy zapotrzebowanie tlenowe mięśni wzrasta. Najczęściej ból związany z chromaniem przestankowym dotyczy mięśni goleni, rzadziej jest izolowany do uda, pośladków i biodra czy stopy. Dodatkowymi objawami spowodowanymi niedokrwieniem kończyn dolnych jest ogólna słaba kondycja i siła mięśniowa, a przez to ograniczona wydolność chorych związana z ich mało aktywnym trybem życia.

Tabela 11. Czynniki ryzyka choroby tętnic obwodowych kończyn dolnych.

Czynniki ryzyka choroby tętnic obwodowych kończyn dolnych
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wiek &lt;50 lat w przypadku występowania cukrzycy lub czynników ryzyka miażdżycy: palenia tytoniu, zaburzeń lipidowych, nadciśnienia tętniczego lub hiperhomocysteinemii,</li> <li>• Wiek 50–69 lat w przypadku występowania cukrzycy lub palenia tytoniu w wywiadach,</li> <li>• Wiek &gt;70 lat,</li> <li>• Wysiłkowe objawy w obrębie kończyn dolnych lub ból spoczynkowy,</li> <li>• Nieprawidłowe tętno na kończynach dolnych,</li> <li>• Rozpoznane zmiany miażdżycowe w tętnicach wieńcowych, szyjnych lub nerkowych.</li> </ul>

Źródło: Hirsch AT, Haskal Zj, Hertzler NR i wsp. ACC/AHA 2005 guidelines for the management of patients with peripheral arterial disease.

#### Badania przesiewowe w kierunku chorób tętnic obwodowych

##### Wskaźnik kostkowo-ramienny

Wskaźnik kostkowo-ramienny (ABI) lub wskaźnik kostka-ramię to iloraz ciśnienia skurczowego mierzonego na stopie do ciśnienia skurczowego na ramieniu wyznaczony u chorego leżącego. W obrębie stopy do jego wyznaczenia konieczne jest użycie detektora dopplerowskiego fali ciągłej, natomiast w obrębie ramienia wyznaczane jak przy rutynowym pomiarze ciśnienia tętniczego. W przypadkach różnych wartości ciśnień na tych samych

kończynach w interpretacji bierze się pod uwagę wartości wyższe.

Pomiaru ABI dokonuje się w przypadku podejrzenia niedokrwienia kończyny dolnej w przebiegu choroby tętnic obwodowych.

Monitorowanie postępu choroby i wyników leczenia (interwencji chirurgicznych i interwencji wewnątrznaczyniowej – stentowanie lub angioplastyka). W warunkach prawidłowych ciśnienie tętnicze jest równe lub nieco większe w obrębie kostki. Za wartości prawidłowe przyjmuje się wartości w zakresie  $0,9 < \text{ABI} < 1,15$ . Wskaźnik kostka-ramię  $< 0,9$  świadczy o niedokrwieniu, a  $< 0,5$  występuje w przypadku krytycznego niedokrwienia kończyn.

#### **Zwężenia tętnicy nerkowej**

Towarzystwa kardiologiczne zalecają diagnostykę w kierunku zwężenia tętnicy nerkowej, zwykle rozpoczętą od USG, u pacjentów z następującymi stanami: nadciśnieniem tętniczym przed 30. r.ż., ciężkim nadciśnieniem po 55. r.ż., nadciśnieniem przyśpieszonym, opornym lub złośliwym, nowym pogorszeniem czynności nerek, małą nerką o niewyjaśnionej przyczynie lub nagłym niewyjaśnionym obrzękiem płuc, szczególnie w sytuacji pogorszenia się czynności nerek.

#### **Tętniak aorty brzusznej**

Tętniak aorty brzusznej występuje, gdy średnica aorty poniżej odejścia tętnic nerkowych przekracza 3 cm. Najsilniejszym czynnikiem ryzyka pęknięcia tętniaka jest zwiększenie średnicy aorty. Dodatkowe czynniki ryzyka to: palenie tytoniu, wiek powyżej 65 lat, obciążające wywiady rodzinne, choroba wieńcowa, choroba tętnic obwodowych, nadciśnienie tętnicze oraz zwiększone stężenie cholesterolu. Ponieważ objawy kliniczne występują rzadko, a wykazano, że badania przesiewowe zmniejszają umieralność o 40%, zaleca się jednorazowe badanie USG u mężczyzn w wieku 65–75 lat z paleniem tytoniu w wywiadzie. Czułość wykrywania tętniaka aorty brzusznej za pomocą USG u bezobjawowych osób wynosi 95%, a swoistość prawie 100%.

#### **Badanie przedmiotowe**

Badaniem palpacyjnym bada się obecność obrzęków na kończynach oraz tętno w celu oceny krążenia tętniczego. Wyczuwając tętno na tętnicach pacjenta, zawsze należy pamiętać o tym, aby pozycja ciała badającego i ułożenie jego dłoni było wygodne. Przyjęcie nienaturalnej pozycji zmniejsza wrażliwość dotyku badającego. Dłoń badającego powinna pozostawać wystarczająco długo w badanym miejscu, a siłę ucisku palców należy zmieniać, aby można było wyczuć słabe tętno. Temperaturę stóp i nóg bada się grzbietami palców dłoni. Porównuje się obie kończyny ze sobą. Obustronne ochłodzenie skóry jest przeważnie spowodowane przebywaniem w zimnym otoczeniu lub niepokojem. Oziębienie, zwłaszcza jednostronne lub połączone z innymi objawami, wskazuje na niewydolność krążenia tętniczego.

#### **Obrzęki kończyn dolnych**

Obrzęk jest objawem świadczącym o znacznej niewydolności żył. Należy pamiętać, że w początkowych stadiach choroby może pojawić się on dopiero w godzinach wieczornych. Badając chorego w godzinach przedpołudniowych, kończyny mogą być bez obrzęku. O jego obecności można zatem dowiedzieć się jedynie od chorego (należy zapytać, czy obrzęk ten ustępuje po odpoczynku nocnym). Należy też wypytać, czy istnieją okoliczności, które powodują pojawienie się lub nasilenie obrzęku, jak: stanie, długotrwałe siedzenie, temperatura, ciąża, leki. Czasami zwraca uwagę chorych (zwłaszcza mężczyzn) odcisk mankietu skarpetek.

Zawsze należy porównać obie stopy i nogi ze sobą. Zwrócić należy uwagę na ich rozmiary, a także widoczność żył, ścięgien i kości. Obrzęki mogą maskować normalnie widoczne żyły, ścięgna i kości. Badanie kończyn pod kątem obrzęków polega na tym, że badający delikatnie, ale zdecydowanie uciska kciukiem przez co najmniej 5 sekund grzbiet każdej stopy, obszar za kostką przyśrodkową oraz powierzchnię piszczelową podudzi. Zwrócić należy uwagę, czy powstają dołeczki, czyli zagłębienia spowodowane uciskiem kciuka, które normalnie nie występują. Pozostający po ucisku dołek świadczy o obrzęku.

Jeżeli podejrzewa się obrzęki, należy zmierzyć obwód kończyn dolnych, aby potwierdzić obecność obrzęków i monitorować ich przebieg kliniczny. Używając metra krawieckiego, należy mierzyć obwody w symetrycznych miejscach na obu kończynach. Różnica większa niż 1 cm na obwodzie kostki lub 2 cm w obrębie łydki zwykle nie występująca u osób zdrowych, sugeruje obecność obrzęków.

Pamiętać należy, że różnice w obwodzie kończyn dolnych mogą również wynikać z takich stanów, jak zanik mięśni. Bolesna, blada, obrzęknięta kończyna dolna, która jest tkliwa w pachwinie w miejscu przebiegu żyły udowej, sugeruje zakrzepicę żył głębokich w odcinku udowo-biodrowym. Jedynie u połowy pacjentów z zakrzepicą żył głębokich łydki występuje bolesność uciskowa, a palpacyjnie daje się wyczuć obecność powrózkowatych, stward-

niałych żył. Bolesność łydek nie jest swoistym objawem i może występować bez zakrzepicy. Miejscowy obrzęk, zaczerwienienie, wzmożone ucieplenie skóry oraz wyczuwalne powrózkowate żyły sugerują zakrzepowe zapalenie żył powierzchownych. Brązowe przebarwienia lub owrzodzenia znajdujące się nieco powyżej kostki nasywiają podejrzenie przewlekłej niewydolności żylniej. Pogrubiała skóra z brązowymi przebarwieniami wskazuje na obrzęk limfatyczny lub zaawansowaną niewydolność żylną.

W badaniu obręzków ważna jest ocena obwodów obu kończyn, dokonana za pomocą miary krawieckiej. Pomiar należy wykonać przynajmniej na poziomie: nad kostkami, w najgrubszym miejscu na goleni i na udzie. Obecność obrzęku można także stwierdzić, wywołując ucisk skóry palcem przez ok. 10 sekund. Pozostający po ucisku dołek świadczy o obrzęku.

#### **Owrzodzenia kończyn dolnych – przewlekła niewydolność żylna**

Zmiany zwykle pojawiają się w okolicy kostki przyśrodkowej, rzadziej bocznej. Owrzodzenie zawiera bolesną ziarninę i włóknik, rzadko pojawia się martwica lub odsłonięte ścięgna. Granice owrzodzenia są nieregularne, płaskie lub nieco strome. Ból pogarsza jakość życia 75% pacjentów. Do współistniejących objawów należą: obrzęk, czerwone przebarwienia i plamica, żylaki, zmiany wypryskowe na podłożu zastoinowego zapalenia skóry (zaczerwienienie, łuszczenie się, świąd), a po opuszczeniu stopy zasinienie. Zgorzel występuje rzadko.

#### **Owrzodzenia kończyn dolnych – niewydolność tętnicza**

Zmiany pojawiają się na palcach, stopach lub w miejscach urazu (np. na podudziach). Otaczająca skóra nie jest stwardniała ani przebarwiona, natomiast może być zanikowa. Zwykle ból jest bardzo nasilony, chyba że maskuje go neuropatia. Może występować zgorzel, a także takie objawy, jak osłabienie tętna, zmiany troficzne oraz blednięcie stopy po uniesieniu i zaczerwienienie po jej opuszczeniu.

#### **Owrzodzenia kończyn dolnych – owrzodzenia neuropatyczne**

Zmiany rozwijają się w miejscach dużego ucisku w obrębie obszarów upośledzonego czucia. Występują w neuropatii cukrzycowej, chorobach neurologicznych oraz w trądzie. Otaczająca skóra jest stwardniała. Ponieważ pacjent nie odczuwa bólu, wrzodzenie może być nie zauważone. W niepowikłanych przypadkach nie występuje zgorzel. Do towarzyszących objawów należą: osłabienie czucia oraz zanik odruchów ze ścięgien Achillesa.

#### **Test na zmianę koloru, na zmianę pozycyjną (próba podniesienia i opuszczenia)**

Test bada przepływ tętniczy w kończynie dolnej: pacjent leży, unosi się kończyną dolną do 70–80°, utrzymuje się ok. 60 sekund. Należy zaobserwować, czy skóra jest blada, żyły płaskie. Po 60 sekundach pacjent siada z nogami opuszczonymi z łóżka, obserwuje się wypełnienie naczyń stopy, zaróżowienie się – ok. 10 sekund, żyły wypełniają się – ok. 15 sekund, kiedy wykonuje się ten test u osób starszych, przy zmianie pozycji z leżącej do siedzącej, należy podtrzymywać osoby od tyłu ze względu na spadek ciśnienia ortostatycznego.

#### **Ocena wydolności zastawek żylnych w przebiegu żylaków – próba ucisku**

U stojącego pacjenta należy delikatnie położyć palce na żyłę odpiszczelowej, a drugą ręką umieszczoną niżej zdecydowanie ucisnąć żyłę. Fala ciśnienia żylnego jest przenoszona wzdłuż naczynia w kierunku palców wyżej położonej ręki. Wyczuwalna fala ciśnienia wskazuje na połączenie obu części żyły ze sobą. Fala ciśnienia może być także przenoszona w dół, ale jest to znacznie trudniejsze do zbadania.

#### **Próba Trendelenburga**

Próba diagnostyczna stosowana w diagnostyce przewlekłej niewydolności żylniej do oceny zastawek żył kończyny dolnej, świadcząca również o wydolności żył łączących układ żylny powierzchniowy i głęboki.

U osób zdrowych żyły powierzchowne zarówno w próbie z utrzymaną opaską, jak i przy zdjętej opasce wypełniają się powoli w czasie dłuższym od 35 sekund. Próbę wykonuje się następująco:

U leżącego badanego podnosi się kończyną dolną, tak aby wszystkie żylaki opróżniły się. Następnie zakłada się opaskę powyżej kolana i poleca się wstać. Jeśli żylaki poniżej opaski wypełniają się szybko, świadczy to o niewydolności żył łączących. Jeśli w takiej sytuacji dochodzi do powolnego wypełniania żylaków, a szybkość się zwiększa dopiero po usunięciu opaski – świadczy to o niewydolności zastawek żyły odpiszczelowej.

## **2.8. Badanie jamy brzusznej, odbytu i gruczołu krokowego**

U pacjentów skarżących się na bóle brzucha mogą występować różne przyczyny tego objawu. Zawsze trzeba

określić moment występowania i czas trwania bólu. Czy występujący ból jest ostry czy przewlekły. Czy zaczął się nagle, czy narastał stopniowo? Jak długo trwa? Należy poprosić pacjenta, aby opisał ból własnymi słowami. Trzeba zapytać, gdzie się zaczął, gdzie promieniuje, jaki ma charakter? Zgięcie tułowia w połączeniu ze skurczowym bólem kolkowym wskazuje na kamicę nerkową. Nagły ból w nadbrzuszu przypominający pchnięcie nożem występuje w zapaleniu trzustki związanym z kamicą żółciową.

Należy poprosić pacjenta, aby wskazał miejsce występowania bólu. Podział brzucha na 4 kwadranty ułatwia jego lokalizację. Pacjenci najczęściej wskazują to miejsce, gdzie ból jest najbardziej intensywny, ma to związek z przyczyną bólu znajdującą się w pobliżu wskazywanego miejsca, np. ból w nadbrzuszu występuje w zapaleniu żołądka i reflukse żołądkowo-przełykowym. Ból w prawym górnym kwadrancie lub w nadbrzuszu sugeruje zapalenie pęcherzyka żółciowego.

Należy poprosić pacjenta o ocenę nasilenia bólu w skali od 1 do 10. Duże nasilenie bólu nie zawsze pomaga zidentyfikować przyczynę. Wrażliwość na odczuwanie bólu brzucha waha się w szerokich granicach, często zmniejsza się u pacjentów starszych, maskując objawy ostrego brzucha. Na ocenę ciężkości objawów ma także próg bólu u danego pacjenta. Oceniając czynniki zmniejszające bądź nasilające ból, należy szczególną uwagę zwrócić na wpływ posiłków, alkoholu, leków (kwasu acetylosalicylowego i innych o podobnym działaniu kupowanych bez recepty), stresu, pozycji ciała oraz środków zmniejszających wydzielanie kwasów w żołądku. Należy także zapytać pacjenta, czy występujące objawy i dyskomfort są związane z wysiłkiem fizycznym lub są łagodzone przez odpoczynek. Ruch, wysiłek fizyczny nasila dolegliwości związane z objawami otrzewnowymi, natomiast w przypadku bóli kolkowych aktywność fizyczna zmniejsza nasilenie bólu.

W przypadku objawów przewlekłych stosuje się określenie dyspepsji, która jest definiowana jako przewlekły bądź nawracający dyskomfort lub ból górnej części brzucha. Dyskomfort definiuje się jako subiektywne negatywne uczucie, które nie jest bólem. Pojęcie to obejmuje różne objawy, takie jak wzdęcie, nudności, uczucie pełności w nadbrzuszu i zgaga. Wzdęcia, nudności, odbijania mogą występować samodzielnie, wtedy nie są zaliczane do objawów dyspepsji. Wzdęcia mogą występować w chorobach zapalnych jelit, odbijania zaś mogą wynikać z polykania powietrza (aerofagii). Dolegliwości z dolnej części brzucha mogą mieć charakter ostry lub przewlekły. W części przypadków, zwłaszcza w lokalizacji nadłonowej lub z promieniowaniem do okolicy lędźwiowej, ból może mieć swoje źródło w układzie moczowo-płciowym. Ból w prawym dolnym kwadrancie lub ból, który promieniuje z okolicy pępka w połączeniu z napięciem ściany brzucha podczas palpacji, jest najprawdopodobniej objawem ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. U kobiet należy również brać pod uwagę stan zapalny w obrębie miednicy, pęknięty pęcherzyk jajnikowy i ciążę pozamaciczną. Skurczowy ból promieniujący do prawego lub lewego dolnego kwadrantu może być związany z kamicą nerkową.

Jeżeli pacjent zgłasza ostry ból w lewym dolnym kwadrancie lub rozlany ból brzucha, trzeba dowiedzieć się, czy występują objawy takie, jak gorączka lub utrata apetytu. Ból w lewym dolnym kwadrancie z wyczuwalną nieprawidłową masą może oznaczać zapalenie uchyłków. Rozlany ból brzucha z zanikiem perystaltyki, napięciem i sztywnością ściany brzucha, obroną mięśniową lub objawem Blumberga może oznaczać niedrożność jelita cienkiego lub grubego. Zmiana rytmu wypróżnień w połączeniu z utratą masy ciała wskazuje na raka odbytnicy. Nawracający ból występujący przez 12 tygodni, w ciągu ostatnich 12 miesięcy, z ulgą po defekacji, zmianą częstości wypróżnień lub zmianami konsystencji stolca (luźny, wodnisty, ziarnisty), bez strukturalnych i biochemicznych nieprawidłowości stolca, jest objawem zespołu jelita drażliwego.

Pacjenci często odczuwają ból brzucha w połączeniu z innymi objawami. Mogą to być niestrawność, nudności, wymioty. Niestrawność jest ogólnym terminem określającym przykre odczucia związane z jedzeniem, który może mieć wiele znaczeń. Dlatego też zawsze należy poprosić pacjenta, aby dokładnie sprecyzował opis swoich dolegliwości. Nudności często opisywane są jako „jest mi niedobrze”, mogą prowadzić do torsji i wymiotów. Torsje oznaczają niekontrolowany skurcz żołądka, przełyku i przepony, który poprzedza wymioty – gwałtowny wyrzut treści żołądka przez usta.

Brak apetytu, nudności i wymioty towarzyszą wielu chorobom przewodu pokarmowego, wszystkie mogą występować w czasie ciąży, w kwasicy ketonowej u pacjentów z cukrzycą, niewydolności nadnerczy, hiperkalcemii, mocznicą, chorobach wątroby. Mogą też być związane ze stanem emocjonalnym, działaniem niepożądanym leków i innymi przyczynami. Wywoływanie wymiotów bez towarzyszących nudności jest bardziej charakterystyczne dla anoreksji i bulimii. Zawsze, jeżeli pacjent wymiotuje, należy spytać go o wygląd treści wymiotnej, jej kolor, ilość, zapach i konsystencję. Ważne jest stwierdzenie, czy treść wymiocin zawierała krew. Wymioty

i ból mogą sugerować niedrożność jelita cienkiego. Zapach kałowy występuje w niedrożności jelita cienkiego i przetoce żołądkowo-okrężniczej. Wymioty fusowate lub krwią mogą występować w żylakach przełyku, zapaleniu żołądka i chorobie wrzodowej. Zawsze należy sprawdzić, czy w przypadku przedłużających się wymiotów nie doszło do odwodnienia, zaburzeń elektrolitowych lub istotnej utraty krwi. Objawy utraty krwi takie, jak zawroty głowy czy omdlenia, zależą od szybkości krwawienia i objętości utraconej krwi. Występują rzadko, gdy objętość utraconej krwi nie przekracza 500 ml.

Trudności przy przełykaniu z upośledzeniem przechodzenia stałych pokarmów lub płynów z jamy ustnej do żołądka wskazują na występowanie dysfagii. Pokarm wydaje się przyklejać do śluzówki, przechodzić porcjami, co sugeruje zaburzenia motoryki lub anomalie strukturalne. Uczucie „kluski” w gardle lub okolicy zamostkowej nie jest klasyfikowane jako dysfagia. Objawy dysfagii ustno-gardłowej obejmują ślinienie się, regurgitacje nosowo-gardłowe i kaszel związany z aspiracją treści pokarmowej do dróg oddechowych. Występują w chorobach mięśni i neurologicznych upośledzających motorykę mięśni gładkich. Jeżeli pacjent wskazuje miejsce dysfagii poniżej wcięcia mostkowo-obojczykowego, oznacza to dysfagie przełykową. Jeżeli dysfagia dotyczy tylko pokarmów stałych, przyczyną najczęściej bywa zwężenie przełyku lub nowotwór. Jeżeli dotyczy pokarmów stałych i płynnych, bardziej prawdopodobne są zaburzenia motoryki.

**Odynofagia** jest to objaw chorobowy polegający na bolesnym połykaniu. Może towarzyszyć dysfagii lub występować niezależnie od niej. Przyczyną może być: owrzodzenie przełyku po radioterapii, spożycie substancji żrącej, infekcja drożdżakowa (*Candida*), infekcja wirusem cytomegalii, opryszczki lub HIV, działania leków (NLPZ). Prowadząc wywiad z pacjentem dotyczący objawów ze strony przewodu pokarmowego, zawsze należy zapytać o rytm wypróżnień. Pacjenci mają różne wyobrażenia o tym, czym jest biegunka czy zaparcie. Biegunką nazywamy zwiększenie objętości i częstości oddawania stolca oraz zmianę jego konsystencji od uformowanego, poprzez częściowo uformowany, półpłynny, aż do płynnego.

Ważny jest też czas trwania biegunki. Biegunka ostra trwa 2 tygodnie lub mniej, przewlekła jest definiowana jako trwająca 4 tygodnie i więcej. Najczęstszą przyczyną ostrej biegunki u dorosłych są zakażenia bakteryjne, wirusowe lub pasożytnicze przewodu pokarmowego. Stanowią one 90 procent przypadków zachorowań. Zdaje się, że biegunka jest efektem ubocznym stosowania danego leku (np. w leczeniu obniżającym ciśnienie czy zastępczej terapii hormonami tarczycy). Niezależnie od przyczyny nagła biegunka w szybkim czasie doprowadza do odwodnienia organizmu. Biegunki przewlekłe są często powodowane przez choroby jelita grubego, niewydolność trzustki czy zespół złego wchłaniania jelitowego. Stolce o dużej objętości, wodniste zazwyczaj wiążą się z chorobą jelita cienkiego. Stolce o małej objętości z uczuciem stałego parcia lub biegunka ze śluzem, ropą czy krwią występują w stanach zapalnych okolicy odbytnicy. Stolce o oleistej strukturze, czasami z pianą, unoszące się na powierzchni lub tłuste stolce biegunkowe występują w zespole złego wchłaniania w przebiegu celiakii, w niewydolności trzustki oraz przeroście bakteryjnym w jelicie cienkim. Biegunka jest często po stosowaniu antybiotyków, środków z zawartością magnezu, metforminy, ziół i środków stosowanych w medycynie alternatywnej.

Innym częstym objawem jest zaparcie. O zaparciu mówi się wtedy, gdy występuje ono przez 12 tygodni i w ciągu ostatnich 6 miesięcy przy spełnionych przynajmniej 2 warunkach. Są to: mniej niż 3 wypróżnienia w ciągu tygodnia, 25% lub więcej defekacji wymagających wysiłku lub z uczuciem niekompletnego wypróżnienia, grudkowate lub twarde stolce, konieczność ręcznej interwencji. Zawsze należy poprosić pacjenta, aby opisał, jaka jest jego częstość wypróżnień, czy wypróżnienia są bolesne lub wymagające wysiłku, czy ma uczucie niekompletnego wypróżnienia, aby opisał kolor stolca i jego ilość. Cienkie, ołówkowate stolce występują w przypadku zmian zwężających esicę. Zaparcia mogą być spowodowane stosowaniem leków antycholinergicznymi, antagonistów wapnia, żelaza, opioidów. Zaparcie może towarzyszyć cukrzycy, niedoczynności tarczycy, hiperkalcemii, stwardnieniu rozsianemu, depresji, chorobie Parkinsona i twardzinie układowej. Całkowite zatrzymanie pasażu stolca i oddawania gazów często oznacza niedrożność jelit. Często przyczyną zaparć jest niewłaściwy styl życia i nawyki (brak czasu na defekację, brak dogodnych warunków, dieta uboga w błonnik, mała ilość przyjmowanych płynów).

Istotny jest też kolor stolca. Czy są czarne, smoliste, czerwone, czy mają kolor kasztanowy. Już przy domieszce krwi w objętości 100 ml, w przypadku krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego, mogą występo-

wać smoliste stolce. Jeśli pacjent przyjmuje preparaty żelaza (np. z powodu niedokrwistości), podobne skutki może wywołać stosowanie węgla aktywnego lub leków zawierających związki bizmutu. Stolce krwiste występują, gdy ilość krwi jest przynajmniej 1000 ml (zwykle w krwawieniu z dolnego odcinka przewodu pokarmowego). Krew, która występuje tylko na powierzchni stolca lub tylko na papierze toaletowym, może pochodzić z żylaków odbytu. Kał zwykle szarawy, przypominający glinę, oznacza problemy z wątrobą, a dokładniej jakieś nieprawidłowości związane z wydalaniem żółci. Często odbarwienie kału jest połączone z nienaturalnym kolorem moczu (robi się wyraźnie ciemniejszy). Kiedy pacjent wydalą żółty stolec, który wyjątkowo cuchnie i wydaje się być pokryty tłuszczem, to przyczyną mogą być zaburzenia wchłaniania tłuszczów, czyli problem z trzustką. **Żółtaczka** – objaw polegający na zażółceniu skóry, błon śluzowych i białkówki oczu wskutek nagromadzenia się bilirubiny w surowicy krwi i tkankach organizmu. Podczas oceny pacjenta z żółtaczką należy zwrócić uwagę na objawy towarzyszące, a także okoliczności, w jakich się pojawiła, jaki jest kolor moczu oraz zabarwienie stolca. Ciemne zabarwienie moczu pochodzące od bilirubiny wskazuje na jej upośledzone wydalanie do przewodu pokarmowego. Kiedy wydzielanie żółci do jelita jest zupełnie zahamowane, stolec przybiera barwę szarą lub jasną. Stolce „beżółciowe” mogą wystąpić przejściowo w wirusowym zapaleniu wątroby, typowe są w żółtaczce cholestatycznej. Ważnym objawem diagnostycznym jest występowanie świądu skóry. Jeżeli skóra swędzi i nie ma innego wytłumaczenia, to zazwyczaj wskazuje na żółtaczkę cholestatyczną lub związaną z niedrożnością dróg żółciowych. Jeżeli dodatkowo występuje ból, to może oznaczać rozciągnięcie torebki wątroby, kolkę żółciową lub raka trzustki. Upośledzone wydzielanie sprzężonej bilirubiny występuje w wirusowym zapaleniu wątroby, marskości wątroby, pierwotnej marskości żółciowej i cholestazie indukowanej lekami, np. podczas stosowania doustnej antykoncepcji, metylotestosteronu czy chlorpromazyny.

Istotnym elementem badania podmiotowego brzucha jest zapytanie pacjenta o jego diurezę. Czy występują jakiegokolwiek problemy z oddawaniem moczu, jak często pacjent oddaje mocz, czy wstaje w nocy, aby oddać mocz, czy podczas mikcji występuje uczucie bólu lub pieczenia, jak dużo ilościowo oddaje moczu podczas jednej mikcji, czy występują problemy z nietrzymaniem moczu? Niekontrolowane lub bezwiedne oddawanie moczu sugeruje zaburzenia poznawcze lub problemy neurologiczne. Wysiłkowe nietrzymanie moczu wynika ze zmniejszenia ciśnienia w cewce moczowej. Problemy z rozpoczęciem mikcji, oddawanie moczu blisko pisuaru, powolny i cienki, przerywany strumień moczu, oddawanie go kroplami, z wysiłkiem – to objawy łagodnego rozrostu gruczołu krokowego, występują także w przypadku zwężenia cewki moczowej. Choroby pęcherza mogą powodować ból w okolicy nadłonowej. Ból z powodu nagłego rozciągnięcia pęcherza występuje w ostrym zatrzymaniu moczu. Ból ten ma charakter rozdzierający, natomiast przewlekłe rozciągnięcie pęcherza jest zazwyczaj bezbolesne. W infekcjach pęcherza ból w dole brzucha jest zazwyczaj tępy i uciskający. Ból pochodzący z prostaty jest odczuwany w okolicy krocza, a czasami odbytu.

Dyzuria to objaw chorobowy polegający na bolesnym oddawaniu moczu, któremu często towarzyszy uczucie pieczenia w cewce moczowej (stranguria). Dyzurią określa się również dyskomfort towarzyszący oddawaniu moczu. Jeżeli występuje dyzuria, należy wziąć pod uwagę złogi w pęcherzu moczowym, ciało obce, guzy, a także ostre zapalenie gruczołu krokowego. U kobiet uczucie pieczenia wewnątrz występuje w zapaleniu cewki moczowej, a pieczenie na zewnątrz w zapaleniu sromu i pochwy. Nagłe parcie na mocz sugeruje infekcję lub zapalenie pęcherza. U mężczyzn bolesne mikcje bez częstomoczem i nagłego parcia występują w zapaleniu cewki moczowej. Poliuria (wielomocz) jest to istotne zwiększenie ilości oddawanego moczu zwykle powyżej 3 litrów w ciągu 24 godzin. Częstomocz (polakisuria) jest to objaw chorobowy, polegający na częstym oddawaniu moczu, zwykle małymi porcjami. Nykturia oznacza oddawanie moczu w nocy (należy dowiedzieć się, jaką ilość płynów pacjent wypija w ciągu dnia). Krwiomocz oznacza obecność krwi w moczu. Jeżeli krew jest wykrywana podczas badania mikroskopowego, wówczas mówimy o krwinkomoczem. U kobiet zawsze należy upewnić się, czy kobieta nie miesiączkuje lub jest w bezpośrednim okresie po miesiączce. Barwa moczu może być zmieniona przez produkty spożywcze, jakie spożywa pacjent, np. buraki.

Choroby układu moczowego mogą powodować bóle nerek, często odczuwane jako bóle w okolicy lędźwiowej na wysokości lub poniżej tylnego brzegu dolnych żeber. Ból ten może promieniować do przodu w okolice pępka. Ból nerek jest bólem trzewnym, zazwyczaj powodowanym przez rozciągnięcie torebki nerki. Jest typowo tępy, długotrwały, o stałym nasileniu. Ból nerek, gorączka i dreszcze występują w ostrym odmiedniczkowym zapaleniu nerek. Kolka nerkowa bądź moczowodowa jest powodowana przez nagłe zamknięcie moczowodu, np. przez kamienie nerkowe lub skrzepy krwi.

### Przesiewowe wykrywanie nadużywania alkoholu

Na podstawie sytuacji społecznej pacjenta i jego problemów behawioralnych często można dostrzec przesłanki mówiące o możliwości nadużywania alkoholu. Pacjenci mogą zgłaszać wcześniejsze epizody zapalenia trzustki, problemy alkoholowe w rodzinie. W badaniu brzucha można zaobserwować klasyczne objawy, takie jak hepatosplenomegalia, wodobrzusze lub nawet „głowa meduzy” – krążenie oboczne przez zrekanalizowane żyły pępkowe, które odciążają żyłę wrotną. Inne klasyczne objawy to: pajęczki naczyniowe, rumień dłoni i obrzęki obwodowe. Uzależnienie od alkoholu ma liczne następstwa i wiąże się ściśle ze śmiertelnymi wypadkami komunikacyjnymi, samobójstwami i innymi chorobami psychicznymi, rozbięciem rodzin, przemocą, nadciśnieniem, marskością wątroby oraz nowotworami górnego odcinka przewodu pokarmowego i wątroby.

Ponieważ wczesne zachowania ryzykowne mogą nie być łatwo zauważalne, warto znać podstawowe kryteria przesiewowego wykrywania problemu alkoholowego. Jeżeli pacjent pije napoje alkoholowe, należy wybrać dostępne narzędzie skriningowe, o dobrze zweryfikowanej wartości: kwestionariusz CAGE, test AUDIT.

Kryteria picia ryzykownego lub niebezpiecznego to:

- Kobiety: > lub = 3 drinki przy jednej okazji i > lub = 7 drinków w ciągu tygodnia.
- Mężczyźni: > lub = 4 drinki przy jednej okazji i > lub = 14 drinków w ciągu tygodnia.

### Ocena ryzyka wirusowego zapalenia wątroby

Podstawą ochrony dorosłych przed wirusowymi zapaleniami wątroby jest przestrzeganie zaleceń dotyczących szczepień przeciwko WZW typu A i B. Jest to najskuteczniejsza metoda zapobiegania szerzeniu się tych zakażeń. Ważne jest również informowanie pacjentów o tym, w jaki sposób przenoszą się wirusy zapalenia wątroby. Wirusowe zapalenie wątroby typu A przenosi się drogą fekalno-oralną. Zanieczyszczenie kałem powoduje kontaminację wody i jedzenia, prowadząc do zakażenia osób będących w bliskim kontakcie w tym samym domu lub szerszych kręgach rodzinnych. Zainfekowane dzieci są często bezobjawowe i odgrywają główną rolę w roznoszeniu wirusa. Zaleca się szczepienia przeciwko WZW typu A u dzieci i osób o podwyższonym ryzyku infekcji: podróżujących w rejony endemiczne, homoseksualistów, stosujących narkotyki oraz osób z przewlekłymi chorobami wątroby. Należy zalecać mycie rąk mydłem i wodą przed i po skorzystaniu z łazienki, zmianą pieluch oraz przed przygotowaniem i jedzeniem posiłku.

Wirusowe zapalenie wątroby typu B stwarza poważne zagrożenie dla zdrowia. Większość zainfekowanych osób (ok. 70%) nie ma objawów, które pojawiają się, gdy rozwinięta choroba wątroby. Wyróżnia się 3 kategorie czynników ryzyka:

- **Kontakty seksualne** – do tej grupy należą partnerzy osób świeżo zakażonych, osoby mające więcej niż 1 partnera seksualnego w ciągu ostatnich 6 miesięcy, osoby poszukujące kontaktu z ochroną zdrowia z powodu chorób przenoszonych drogą płciową oraz homoseksualni mężczyźni.
  - **Osoby z narażeniem błon śluzowych i skóry na krew** oraz osoby przyjmujące narkotyki dożylnie, osoby mające kontakt w domu z osobami z dodatnim wynikiem, mieszkańcy i personel ośrodków dla niepełnosprawnych umysłowo, pracownicy służby zdrowia oraz pacjenci dializowani.
  - **Inne osoby, w tym osoby podróżujące w rejony endemiczne**, z przewlekłymi chorobami wątroby, zakażone wirusem HIV, kobiety ciężarne i inni, np. wykonujący zawody mające kontakt z krwią, innymi płynami potencjalnie zakaźnymi.
- Wirusowe zapalenie wątroby typu C. Czynnikiem ryzyka zachorowania na WZW typu C jest powtarzająca się przeskórna ekspozycja na krew. Najsilniejszymi czynnikami ryzyka są dożylnie przyjmowanie narkotyków oraz transfuzje preparatów czynników krzepnięcia. Inne to hemodializy, kontakty z partnerem seksualnym przyjmującym narkotyki, transfuzje krwi i transplantacje narządów, niezdiagnozowana choroba wątroby, dzieci zakażonych matek, narażenie zawodowe, liczni partnerzy seksualni. Nie ma szczepionki, więc zasadniczą rolę odgrywa badanie osób potencjalnie narażonych, a także zalecanie unikania czynników ryzyka, włączając w to wykonywanie tatuaży.

### Przesiewowe wykrywanie raka okrężnicy i jelita grubego

Rak okrężnicy jest jednym z najczęściej występujących nowotworów zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn (3 miejsce). Ponad 90% przypadków występuje po 50. r.ż., głównie w wyniku transformacji nowotworowej polipów gruczolowych. Umieralność z powodu raka okrężnicy spada, co jest związane z wcześniejszym wykry-



waniem i skuteczniejszym leczeniem. Lekarz powinien ocenić stopień ryzyka już w wieku około 20 lat, zadając pacjentowi pytania dotyczące przebycia raka okrężnicy lub polipa gruczołowego, rozpoznanej choroby zapalnej jelit, która zwiększa ryzyko zachorowania na raka jelita grubego, czy ktoś z członków rodziny miał raka okrężnicy lub polipa gruczołowego (rodzic, rodzeństwo, dziecko).

Badania przesiewowe u pacjentów z grupy średniego ryzyka. Pacjenci po 50. r.ż. powinni mieć corocznie wykonywany test na obecność krwi utajonej w kale w 6 próbkach (badanych bez dodatku wody). W przypadku pozytywnego wyniku przynajmniej z 1 próbki zalecane jest wykonanie kolonoskopii. Sigmoidoskopia giętkim endoskopem co 5 lat. Kolonoskopia co 10 lat. Wlew barytu (badanie z podwójnym kontrastem) co 5 lat.

Badania przesiewowe u pacjentów z grupy zwiększonego ryzyka – pacjenci z tej grupy ryzyka wymagają kolonoskopii w następujących odstępach czasowych zależnie od istniejących obciążeń:

- mały pojedynczy gruczolak (<1 cm) – 3–6 lat po polipektomii,
- pojedynczy duży gruczolak (>1 cm), liczne gruczolaki, gruczolak z dysplazją dużego stopnia lub typ kosmkowy – w ciągu 3 lat po polipektomii,
- stan po operacji z powodu raka okrężnicy – w ciągu roku od resekcji,
- krewny pierwszego stopnia poniżej 60. roku życia, 2 lub więcej krewnych pierwszego stopnia z rakiem okrężnicy lub z polipami gruczołowymi w wieku 40 lat lub 10 lat wcześniej niż najwcześniejszy przypadek w najbliższej rodzinie.

Badania przesiewowe u pacjentów z grupy dużego ryzyka. Czynniki dużego ryzyka obejmują występowanie dziedzicznej polipowatości gruczołowej w rodzinie, występowanie w rodzinie raka okrężnicy niezwiązanego z polipowatością, zapalna choroba jelit, wrzodziejące zapalenie jelita grubego lub choroba Leśniowskiego-Crohna w wywiadzie. W tych grupach wskazane jest wykonanie testów genetycznych i wczesny nadzór specjalistyczny nad pacjentem.

#### **Badanie przedmiotowe**

Badanie fizykalne jamy brzusznej składa się z czterech etapów wykonywanych zwykle w następującej kolejności: oglądanie, osłuchiwanie, opukiwanie i obmacywanie (palpacja). Przed rozpoczęciem badania ważne jest poinformowanie pacjenta o celu i zakresie badania oraz udzielenie wskazówek, jak ma się zachowywać w czasie przeprowadzania badania. Zawsze badanie jamy brzusznej wykonuje się przy dobrym oświetleniu, odpowiedniej temperaturze i u zrelaksowanego pacjenta.

#### **Oglądanie**

Oglądając brzuch pacjenta, należy ocenić jego kształt i symetrię. Nieprawidłowy kształt i poszerzenie jamy brzusznej mogą być wywołane przez wiele przyczyn. Może to być przepuklina pooperacyjna, przepuklina okołopępkowa, rozstęp mięśniowy, przepuklina kresy białej, guzy wewnątrzbrzuszne, powiększona wątroba (po stronie prawej) lub powiększona śledziona (po stronie lewej) i inne. Należy określić, czy zmiana kształtu jest ograniczona, czy uogólniona. Poszerzenie jamy brzusznej wywołane przez obecność płynu i gazu jest uogólnione i symetryczne. Płyn opada na boki, powodując uwypuklenie okolic lędźwiowych, a pępek, który prawidłowy jest wklęsły, staje się wynicowany. Asymetria może być związana z powiększeniem narządów lub obecnością nieprawidłowych mas. Nieprawidłowe masy znajdujące się w dole brzucha mogą być związane z guzem macicy lub jajnika.

Zwraca się uwagę na skórę brzucha, blizny, rozstępy, poszerzone żyły, wysypki i inne widoczne zmiany chorobowe. Rozstępy na brzuchu zlokalizowane po obu bocznych okolicach brzucha mogą być po przebytej ciąży, podobne występują u pacjentów po ustąpieniu wodobrzusza. Niedawno powstałe rozstępy skórne mają odcień czerwony lub niebieski, natomiast starsze przybierają kolor srebrnobiały. Różowo-fioletowe rozstępy występują w zespole Cushinga. W ostrym krwotocznym zapaleniu trzustki można stwierdzić niebieskawe plamy na bokach tułowia (objaw Grey-Turnera) lub w okolicy pępka (objaw Cullena), które są wynikiem przeciekania krwistego płynu puchlinowego wzdłuż powięzi do tkanki podskórnej. Podobne objawy mogą towarzyszyć pęknięciu ciąży pozamacicznej.

Blizny na brzuchu informują o przeszłości chirurgicznej pacjenta. Ich lokalizacja jest typowa dla wykonanego zabiegu operacyjnego, np. wycięcia pęcherzyka żółciowego lub wyrostka robaczkowego albo następstwem oparzeń, samouszkodzeń, usuwania tatuaży itp. Świeża blizna ma kolor czerwony, a po około 6 miesiącach przybiera barwę skóry. W przyszłości będzie to trudne do oceny ze względu na zabiegi wykonywane metodą laparoskopową. Poszerzone żyły na powierzchni brzucha są charakterystyczne dla nadciśnienia wrotnego lub niedrożności żyły głównej dolnej. Patrząc na zarysy brzucha, można czasem zauważyć perystaltykę jelit. Jeżeli

podejrzewa się niedrożność jelit, należy obserwować perystaltykę przez kilka minut. W niedrożności jelit ruchy perystaltyczne będą wzmożone. Nadłonowe wybrzuszenie może wskazywać na wypełniony pęcherz moczowy lub ciężarną macicę. Uwypuklenia w pachwinie mogą być spowodowane przepukliną.

Wnikliwej ocenie należy poddać pępek. Zwrócić należy uwagę na jego kontur, lokalizację na brzuchu oraz objawy zapalenia lub przepukliny pępkowej. Zapalenie pępka u dorosłych zdarza się rzadko i bywa najczęściej pokłosiem niewłaściwej higieny tych okolic, ale też niesterylnego przekłucia czy skałeczenia okołopępkowego. Przepuklina pępkowa i rozejście mięśni prostych brzucha stają się bardziej widoczne, kiedy pacjent w pozycji leżącej na plecach przygina głowę i ramiona do klatki piersiowej. W przypadku obecności przepukliny pępek wybrzuszy się. Podobnie bada się przepuklinę kresy białej. Zmiany skórne i zauważalne zgrubienia w okolicy pępka mogą wskazywać na guzki siostry Mary Joseph, będące przerzutami raka jajnika do skóry.

#### **Osluchiwanie**

Osluchiwanie dostarcza informacji o ruchach jelit. Zawsze należy osłuchiwać brzuch, zanim zaczniesz się opukiwanie i badanie palpacyjne, ponieważ te działania mogą zmienić częstotliwość dźwięków perystaltycznych. Prawidłowe dźwięki perystaltyki składają się z trzasków, bulgotań i przelewań występujących z częstotliwością 5–34/min. Perystaltyka może być zmieniona w bieguncie, niedrożności jelit, porażeniu jelit i zapaleniu otrzewnej. Ponieważ dźwięki perystaltyczne przenoszą się na cały brzuch, słuchanie w jednym miejscu, np. w prawym dolnym kwadrancie, jest zwykle wystarczające. Całkowity brak szmerów jelitowych, który jest połączony z wzdęciem brzucha i bólem, świadczyć może o zapaleniu otrzewnej. Wzmoczona perystaltyka jelitowa może występować u osób zdrowych, lecz może też być pierwszym objawem niedrożności mechanicznej jelit, zwłaszcza gdy towarzyszą jej kolkowe bóle brzucha.

#### **Opukiwanie**

Opukiwanie pomaga ocenić ilość i rozłożenie gazu w brzuchu oraz może pomóc zidentyfikować masy stałe lub wypełnione płynem. Brzuch należy osłuchiwać we wszystkich czterech kwadrantach i ocenić występowanie odgłosu bębnekowego i stłumienia. Odgłos bębnekowy zwykle dominuje w przypadku obecności gazu w przewodzie pokarmowym, ale i odgłos stłumiony będzie w obszarach związanych z obecnością płynu i mas kałowych. Wystający brzuch z odgłosem bębnekowym przy opukiwaniu sugeruje niedrożność jelit. Należy odnotować obszary stłumienia, które mogą oznaczać nieprawidłowe masy lub powiększone narządy. Mogą to być: ciężarna macica, guz jajnika, powiększona wątroba lub śledziona. Stłumienie po obu stronach brzucha może sugerować konieczność dalszej oceny w kierunku wodobrzusza.

Opukiwaniem można ocenić wielkość powiększonej wątroby. Rozpiętość wątroby mierzy się w płaszczyźnie pionowej przez ocenę stłumienia w prawej linii środkowoobojczykowej oraz w linii mostkowej. Uderzenie palców przy opukiwaniu powinno być lekkie do umiarkowanego, ponieważ przy silniejszym zaniża się wielkość wątroby. Zaczynając od dołu w linii środkowoobojczykowej prawej na wysokości pępka (w obszarze odgłosu bębnekowego), opukujemy w kierunku do góry, próbując znaleźć dolną granicę stłumienia w linii środkowoobojczykowej. Miejsce to zaznacza się. Następnie próbuje się znaleźć górną granicę stłumienia wątroby w linii środkowoobojczykowej. Opukuje się od góry, poczynając od linii brodawek sutkowych w dół, aż zmieni się jawny odgłos opukowy w stłumiony, co będzie granicą górną stłumienia wątroby. Granice stłumienia zaznacza się, następnie należy zmierzyć odległość między zaznaczonymi dwoma punktami, co będzie wyznaczać wymiar większy wątroby. Prawidłowo powinien on wynosić od 6 do 12 cm. W prawidłowych warunkach wymiar ten jest większy u mężczyzn niż u kobiet oraz u osób wysokich niż niskich. Następnie należy wyznaczyć wymiar mniejszy wątroby, opukując brzuch w linii mostkowej od góry i od dołu, zaznaczając granice stłumienia wątroby górną i dolną. Prawidłowo wielkość między dwoma zaznaczonymi punktami w linii mostkowej powinna wynosić od 4 do 8 cm. Rozpiętość stłumienia wątroby jest zmniejszona, kiedy wątroba jest mała lub obecne jest wolne powietrze pod przeponą, jak w przypadku perforacji. W chorobach wątroby, np. marskości, wielkość wątroby jest powiększona.

#### **Palpacja**

Badanie palpacyjne jamy brzusznej służy do oceny napięcia powłok i orientacyjnej wielkości narządów oraz poszukiwania tworów patologicznych w obrębie skóry, tkanki podskórnej (tłuszczaki, włókniaki) i jamy brzusznej. Badanie rozpoczyna się od palpacji jelita grubego. Badający układa dłoń na powierzchni powłok brzusznych

w okolicy lewego podbrzusza, tak by linia utworzona przez opuszki palców przebiegała równoległe do esicy. Badanie kończy się w prawym dolnym kwadrancie, w okolicy kątnicy i wyrostka robaczkowego. U osób szczupłych w rzucie esicy wyczuwa się zazwyczaj kilkucentymetrowy cylindryczny twór, który odpowiada odcinkowi jelita wypełnionego masami kałowymi. Silny ból towarzyszący palpacji esicy jest zwykle wynikiem zapalenia uchyłków. Podczas badania poszukuje się oporów patologicznych mogących przemawiać za obecnością guzów nowotworowych lub zapalnych. Szczególną uwagę należy zwrócić na okolicę krętniczno-kątniczą (prawy dolny kwadrant). Guz tej okolicy może być wynikiem perforacji zapalnie zmienionego wyrostka robaczkowego oklejonego otrzewną, tzw. plastron, lub choroby Leśniowskiego-Crohna, w której dochodzi do powstania konglomeratu pętli jelitowych z odczynem ropno-włóknistym. Bolesność w punkcie McBurneya lub Lanza może być objawem zapalenia wyrostka robaczkowego. Badanie jelita cienkiego ma znaczenie wyłącznie orientacyjne, ponieważ u osoby zdrowej nie jest ono wyczuwalne. W poszukiwaniu guzów jelita cienkiego dokonuje się palpacji pola okołopępkowego, które stanowi obszar rzutowania się jelita cienkiego na przednią ścianę jamy brzusznej. Jeśli w jamie brzusznej stwierdzi się obecność patologicznego tworów, należy określić jego umiejscowienie, wielkość, kształt, spistość, stosunek do otaczających tkanek, ruchomość i bolesność. Masy wyczuwalne w brzuchu mogą być dzielone na kilka kategorii:

- fizjologiczne – ciężarna macica,
- zapalne – zapalenie uchyłków,
- naczyniowe – tętniak aorty brzusznej,
- nowotworowe – rak okrężnicy,
- wynikające z upośledzenia drożności – przepełniony pęcherz, poszerzone pętle jelit.

Ból brzucha i nadwrażliwość na dotyk, zwłaszcza w połączeniu z napięciem mięśni, sugeruje zapalenie otrzewnej ściennej. Pacjenta należy poprosić, aby zakaszłał i określił, gdzie występuje ból. Następnie bada się delikatnie jednym palcem, aby określić obszar nadwrażliwości. Ból wywołany przez lekkie opukiwanie ma podobną wartość lokalizacyjną. Ból nasilający się przy kaszlu lub lekkim opukiwaniu sugeruje zapalenie otrzewnej. Guzy zapalne w jamie brzusznej wyczuwa się jako wzmożony opór. Po całkowitym rozluźnieniu można określić ich wielkość. Są bolesne, tkliwe, słabo ograniczone, nieruchome. Mają niewyraźny, wątpliwy zarys. Guzy niezapalne to najczęściej nowotwory żołądka, jelita grubego, macicy, torbiele jajników, wątroby i inne. Są wyraźnie ograniczone, niebolesne.

#### **Ocena aorty w kierunku tętniaka**

Rozpoczynając badanie, należy głęboko nacisnąć górną część brzucha, nieco w lewo od linii pośrodkowej ciała i znaleźć miejsce tętnienia aorty. U osób w wieku powyżej 50 lat ocenić należy szerokość aorty przez głęboki nacisk górnej części brzucha z użyciem jednej ręki po każdej stronie aorty. Prawidłowa aorta nie powinna przekraczać 3 cm szerokości (średnio ok. 2,5 cm). Ten pomiar nie uwzględnia grubości ściany brzucha. Łatwość, z jaką można wyczuć aortę, jest zależna od grubości ściany brzucha oraz wielkości przednio-tylnego wymiaru jamy brzusznej. Czynniki ryzyka wystąpienia tętniaka aorty brzusznej to: wiek powyżej 65 lat, palenie papierosów w wywiadzie, płeć męska, a także operacja z powodu tętniaka aorty brzusznej u krewnego pierwszego stopnia.

#### **Techniki specjalne mające zastosowanie w diagnostyce jamy brzusznej**

**Objaw Chełmońskiego** – objaw chorobowy występujący w chorobach wątroby, polegający na bolesności w trakcie uderzenia pięścią w okolicę łuku żebrowego prawego. Zwykle badanie tego objawu polega na położeniu dłoni na łuku żebrowym prawym i następnie uderzeniu w dłoń pięścią drugiej ręki. W zapaleniu pęcherzyka żółciowego, zwłaszcza w przebiegu kamicy żółciowej, wstrząsanie sprawia ból promieniujący do dołka. Wstrząsanie lewego podżebrza nie powoduje bólu. Wówczas objaw uważa się za dodatni.

**Objaw Murphy'ego** – objaw chorobowy służący do różnicowania bólu w okolicy podżebrzowej prawej. Uważa się, że jest dodatni w przypadku kamicy pęcherzyka żółciowego, natomiast ujemny w przypadku zapalenia dróg żółciowych bądź ich kamicy. Badanie objawu wykonuje się w pozycji leżącej na wznak, polega na położeniu dłoni w okolicy podżebrzowej prawej w linii środkowo-obojęzycznej (lokalizacja pęcherzyka żółciowego) i poproszenie o wykonanie przez badanego głębokiego wdechu. Objaw uważa się za dodatni, jeśli badany przerwie wdech, co spowodowane jest bólem. W trakcie wdechu rozprężające się płuca oraz napinająca się przepona powodują ruch znajdującą się poniżej wątroby oraz leżącego na jej dolnym brzegu pęcherzyka żółciowego, który – obniżając się przy wdechu, uderza w palce badającego, powodując w przypadku jego stanu zapalnego ból i odruchowe wstrzymanie oddechu.

**Objaw Goldflama** – w badaniu fizykalnym wywoływany przez uderzenie pięścią badającego w grzbiet drugiej rozwartej ręki, przyłożonej w okolicy kąta kręgosłupowo-żebrowego. Prawidłowo wstrząsanie tej okolicy nie wywołuje bólu. Pojawiający się ostry ból stanowi dodatni objaw Goldflama i sugeruje ostry proces zapalny nerki po stronie badanej.

**Punkt Basy'ego** – orientacyjny punkt na skórze jamy brzusznej, który jest zlokalizowany 2–3 palce na zewnątrz od pępka w poziomej linii przechodzącej przez środek pępka. Może wykazywać bolesność uciskową w przypadku niektórych chorób nerek (m.in. kamicy nerkowej, odmiedniczkowego zapalenia nerek).

#### **Badanie płynu w obrębie jamy brzusznej**

##### **Opukiwanie powłok brzusznych przy zmianie pozycji ciała pacjenta**

U chorego leżącego na wznak wolny płyn rozmieszcza się po bokach jamy otrzewnej, tworząc obraz tzw. żabiego brzucha. Płyn unosi jelita wypełnione gazem, stąd u pacjenta leżącego na wznak charakter wypuku w części środkowej jamy brzusznej jest bębnowy, natomiast stłumiony po obu bokach. Jeśli chory zostanie ułożony na jednym z boków, to cały płyn, zgodnie z grawitacją, przemieszcza się na tę stronę (wypuk stłumiony). Po drugiej stronie wypuk jest bębnowy, bo znajdują się tam wypełnione gazem jelita.

##### **Objaw chełbotania**

Objaw ten wywołuje się przez szybkie, kilkukrotne uderzenie bocznej powierzchni brzucha pacjenta opuszkami 3–4 palców prawej ręki, przy czym ruch ręki wyprowadzany jest z nadgarstka. Czynność ta wzbudza w wolnym płynie falę, która uderza o przeciwległą ścianę powłok brzusznych. To zjawisko jest rejestrowane przez lewą dłoń, spoczywającą płasko na powłokach dolnej części brzucha po stronie prawej pacjenta. U pacjentów otyłych, osób ze zwiotczalnymi powłokami lub małą ilością płynu mieszczącego się w miednicy objaw chełbotania może być nieobecny. U pacjentów bez wodobrzusza może powstać zjawisko rzekomego chełbotania w wyniku drgań przenoszonych przez tkankę podskórną. Aby wyeliminować tę możliwość, pacjent lub asystująca pielęgniarka są proszeni o ucisk krawędzią dłoni powłok brzusznych w linii pośrodkowej.

##### **Objawy ostrego brzucha**

###### **Punkt McBurneya**

Orientacyjny punkt na skórze jamy brzusznej, zlokalizowany w 1/3 odległości między przednim górnym prawym kolcem kości biodrowej a pępkiem (w połowie odległości zlokalizowany jest u kobiet rzut prawego jajnika). Jest najczęstszym miejscem największej bolesności w ostrym procesie zapalnym wyrostka robaczkowego.

###### **Punkt Lanza**

Orientacyjny punkt na skórze brzucha odpowiadający położeniu wyrostka robaczkowego w jamie brzusznej. Leży on w odległości 1/3 od prawego kolca biodrowego przedniego na linii łączącej kolec biodrowy górny przedni z lewym. Jest on bardziej miarodajny niż punkt McBurneya i znajduje się nieco poniżej niego.

Objawy otrzewnowe są bardzo ważne z uwagi na fakt, iż zapalenie otrzewnej stanowi zagrożenie dla życia chorego, jeśli jego przyczyna nie zostanie usunięta metodami chirurgicznymi. Pacjent z zapaleniem otrzewnej układa się zwykle na boku z podkurczonymi nogami, gdyż takie ułożenie ciała zmniejsza napięcie mięśni brzucha, powodując złagodzenie dolegliwości bólowych. W zapaleniu otrzewnej występuje miejscowa lub rozlana bolesność podczas ucisku powłok jamy brzusznej. Bólowi towarzyszy wzrost napięcia mięśni przedniej ściany brzucha, a w skrajnych przypadkach tzw. brzuch deskowaty, który pojawia się u chorych z perforacją przewodu pokarmowego lub pęcherzyka żółciowego. Chory nie oddaje gazów ani stolca wskutek niedrożności porażonej jelit (należy pacjenta o to zapytać). Podczas osłuchiwania nie stwierdza się motorycznej czynności jelit.

Wyróżnia się cztery podstawowe objawy otrzewnowe, tj. Blumberga, Rovsinga, Jaworskiego i objaw kaszlowy, oraz dwa objawy pomocnicze, tj. z mięśnia lędźwiowo-udowego i mięśnia zasłonowego.

###### **Objaw Blumberga**

Badający układa opuszki palców na powierzchni powłok brzusznych i dokonuje powolnego, lecz głębokiego ucisku (w punkcie Lanza lub McBurneya), a następnie nagle odrywa dłoń. Pojawienie się zwiększonej bolesności bezpośrednio po oderwaniu dłoni wskazuje na podrażnienie lub zapalenie otrzewnej. Należy również śledzić wyraz twarzy pacjenta podczas odrywania dłoni. Objaw Blumberga może występować lokalnie, np. u chorych z ostrym zapaleniem wyrostka robaczkowego, pęcherzyka żółciowego lub uchyłków esicy, ponieważ zapalnie

zmienione struktury kontaktują się z otrzewną ścienną. W przypadku perforacji wyrostka robaczkowego, pęcherzyka żółciowego lub uchyłku jelitowego dochodzi do rozlanego zapalenia otrzewnej, w którym objaw Blumberga jest obecny w każdym miejscu powłok brzusznych.

#### **Objaw Rovsinga**

Badający układa dłoń w okolicy lewego dołu biodrowego, prostopadle do okrężnicy esowatej, a następnie uciska głęboko i równomiernie palcami lewy dół biodrowy. Taki manewr powoduje wzrost ciśnienia gazów w okrężnicy i rozciągnięcie kątnicy wraz z wyrostkiem robaczkowym. Ból w prawym dolnym kwadrancie podczas ucisku po stronie lewej sugeruje ostre zapalenie wyrostka robaczkowego.

#### **Objaw Jaworskiego**

Badany unosi wyprostowaną w stawie kolanowym prawą kończynę dolną. Badający uciska delikatnie opuszkami palców okolicę wyrostka robaczkowego (w punkcie Lanza lub McBurneya), polecając badanemu opuszczenie uniesionej kończyny do pozycji horyzontalnej. Nasilający się ból podczas opuszczania kończyny przemawia za zapaleniem wyrostka robaczkowego. Objaw Jaworskiego ujawnia zapalenie wyrostka robaczkowego położonego za kątnicą.

#### **Objaw kaszlowy**

Badający poleca badanemu leżącemu na plecach zakasłać. Kaszel powoduje wzrost napięcia mięśni brzucha i pojawienie się dolegliwości bólowych. Ból może lokalizować się w obrębie konkretnej okolicy w przypadku ograniczonego zapalenia otrzewnej lub przybierać charakter uogólniony w przypadku rozlanego jej zapalenia.

#### **Objaw z mięśnia lędźwiowo-udowego**

Objaw ten najczęściej występuje po stronie prawej u chorych z zapaleniem wyrostka robaczkowego. Badający uciska dłonią prawe kolano badanego leżącego na plecach, po czym poleca uniesienie kończyny wyprostowanej w stawie kolanowym. Pojawienie się bólu w okolicy mięśnia lędźwiowo-udowego podczas unoszenia kończyny przemawia za objęciem procesem zapalnym tego mięśnia.

#### **Objaw z mięśnia zasłonowego**

Objaw ten podobnie jak objaw z mięśnia lędźwiowo-udowego jest obserwowany najczęściej po stronie prawej u chorych z zapaleniem wyrostka robaczkowego. Badany leży na plecach z prawą kończyną dolną zgiętą w stawie biodrowym i kolanowym. Badający wykonuje delikatną rotację wewnętrzną w stawie biodrowym. Wystąpienie bólu w okolicy prawego podbrzusza wskazuje na objęcie stanem zapalnym mięśnia zasłonowego.

#### **Badanie odbytu**

Badanie per rectum stanowi integralną część badania fizykalnego i nie powinno być bez istotnego powodu pomijane (około 30% raków jelita grubego leży w zasięgu 20 cm od kanału odbytu i przynajmniej część z nich można stwierdzić podczas badania per rectum). Wyjaśnienie pacjentowi celu badania i wykonanie go w warunkach zapewniających intymność sprzyjają jego akceptacji przez badanego. Jeśli badaniu poddana jest kobieta, a badający to mężczyzna, powinien on poprosić pielęgniarkę o obecność podczas wykonywania badania. Przed badaniem należy poprosić chorego o rozluźnienie się i uprzedzić o możliwości odczuwania parcia na stolec podczas badania, a także parcia na mocz w czasie palpacji gruczołu krokowego u mężczyzn. Okolica odbytu musi być właściwie oświetlona. W razie obecności dużej ilości stolca w bańce odbytnicy badanie należy wznowić po oddaniu stolca.

W wywiadzie należy zapytać, czy w ostatnim czasie pojawiły się jakiegokolwiek zmiany rytmu wypróżnień lub wielkości bądź średnicy stolca, czy występuje biegunka lub zaparcia, czy pacjent zauważył zmianę koloru stolca. Niektóre objawy dotyczące nieprawidłowych stolców zostały omówione w przypadku badania jamy brzusznej. Naprzemiennie występujące biegunki z zaparciami, stolce ołówkowate wskazywać mogą na raka okrężnicy. Krew w stolcu może pochodzić z polipów lub raka, ale również z górnego odcinka przewodu pokarmowego czy miejscowych guzków krwawniczych. Śluz może towarzyszyć gruczolakowi kosmkowemu. Jeżeli u kogoś z krewnych w przeszłości występowały zachorowania na polipy lub raka okrężnicy, to u badanego pacjenta występuje zwiększone ryzyko zachorowania na raka okrężnicy i potrzeba dalszej diagnostyki. W rozdziale wyżej zostały przedstawione wytyczne dotyczące badań przesiewowych. Jeżeli pacjent zgłasza ból podczas defekacji, tkliwość okolicy odbytu lub odbytnicy, należy zapytać o zachowania seksualne, np. stosunki analne. Zapalenie odbytnicy charakteryzuje się zapaleniem błony śluzowej dolnej części przewodu pokarmowego, często wraz z towarzyszącym poszerzeniem części kanału odbytu. Jest to nieprzyjemny stan obniżający jakość życia chorego. Objawy choroby to m.in. krew w stolcu, ropny lub śluzowy wyciek z odbytu, uczucie niepełnego wypróżnienia i bóle okolicy

odbytu. Do przyczyn zalicza się: rzeżączkę, zakażenie chlamydiowe, ziarniaka wenerycznego, bierne stosunki analne, owrzodzenia w przebiegu zakażenia wirusem opryszczki. Świąd u młodszych pacjentów może być wywołany przez owsiki. W okolicy odbytu lub na odbycie występować mogą brodawki wywołane przez ludzko wirus brodawczaka, kłykciny płaskie, szczeliny odbytu w zapaleniu odbytnicy, chorobie Leśniowskiego-Crohna.

#### **Badanie przedmiotowe**

Dla wielu pacjentów badanie przez odbyt jest najmniej przyjemną częścią badania przedmiotowego. Może powodować dyskomfort, ale jeżeli zostanie odpowiednio przeprowadzone, nie powinno być bolesne. Nie wolno pominąć tego badania u pacjentów w średnim wieku i starszych, gdyż grozi to przeoczeniem bezobjawowego raka. Należy wytłumaczyć pacjentowi, czego może się spodziewać podczas badania, a same manipulacje wykonywać spokojnie i delikatnie, powoli przesuwając palec. Niezależnie od pozycji jaką przyjmuje pacjent do badania, palcem nie można zbadać całej długości odbytnicy. Jeżeli istnieje podejrzenie raka odbytnicy lub esicy lub uzasadniona jest przesiewowa ocena w tym kierunku, należy wykonać sigmoidoskopię lub kolonoskopię.

Po założeniu rękawiczek należy dokładnie zbadać okolicę krzyżowo-guziczną i okołoodbytniczą w poszukiwaniu guzków, owrzodzeń, otarć, stanu zapalnego bądź wysypki. U osób dorosłych skóra w okolicy odbytu jest ciemniejsza i bardziej szorstka niż skóra pośladków. Należy obmacać wszystkie nieprawidłowe obszary, zwracając uwagę na obecność guzków i tkliwości. Do zmian stwierdzanych w okolicy odbytu i okołoodbytniczej należą guzki krwawnicze, kłykciny, opryszczka, owrzodzenie kiłowe oraz rak. Linijne pęknięcia sugerują obecność szczeliny odbytu wywołanej twardymi stolcami, zapalnymi chorobami jelit lub chorobami przenoszonymi drogą płciową. Świąd odbytu to dolegliwość bardzo dokuczliwa, szczególnie latem. Oglądając okolice odbytu, można zauważyć, że skóra jest zaczerwieniona lub mocno przekrwiona, pogrubiała, często sączy się z niej płyn surowiczy. Przyczyny mogą być różne, np. wzmożona wilgotność odbytu, powstanie przetoki, szczeliny odbytu, hemoroidy, choroby zapalne jelita grubego, nowotwory, wypadanie śluzówki odbytu, zaniedbania higieniczne, nadmierne pocenie się, zapalenie skóry spowodowane alergią na mydło lub płyny do kąpieli, dezodoranty, bieliznę z włókien sztucznych i inne. Świąd odbytu może być objawem w takich chorobach, jak m.in. cukrzyca, żółtaczką, alergię i inne.

W następnej kolejności po nawilżeniu palca żelem należy przeprowadzić badanie odbytu i odbytnicy. Poprosić należy pacjenta, aby się rozluźnił. Zbadać należy odbyt, zwracając uwagę na wszystkie zmiany lub nieprawidłowości. Obecność tkliwej, ropnej, zaczerwienionej zmiany, której towarzyszy gorączka lub dreszcze, można stwierdzić w przypadku ropnia odbytu. Ropnie przebijające się do skóry z odbytu lub odbytnicy mogą utworzyć zaczerwienioną lub drenującą przetokę okołoodbytniczą. Z przetok może wydostawać się krew, ropa lub śluz z kałem. Kontynuując badanie palpacyjne odbytu, należy ocenić napięcie mięśnia zwieracza odbytu, który w warunkach prawidłowych ściśle przylega do palca. Słabe napięcie zwieracza może występować w przypadku leku, stanu zapalnego lub blizn, niedowład występuje w niektórych chorobach neurologicznych. Stwardnienie może być wywołane zapaleniem, bliznowaceniem lub procesem złośliwym.

Następnie trzeba wprowadzić palec jak najdalej do odbytnicy. Dłoń badając obracać zgodnie ze wskazówkami zegara, co pozwala na zbadanie prawej strony odbytnicy pacjenta, a następnie przeciwnie do wskazówek zegara, aby zbadać tylną powierzchnię po lewej stronie. Badając palpacyjnie prostatę, należy uprzedzić pacjenta, że może odczuwać parcie na mocz. Następnie, przesuwając starannie palce po gruczole krokowym, należy zidentyfikować płaty boczne gruczołu i bruzdę pośrodkową pomiędzy nimi. Zwrócić uwagę na rozmiar, kształt i konsystencję oraz guzki lub tkliwość podczas badania. Prawidłowo gruczoł krokowy jest gumowaty i niebolesny. Kończąc badanie, należy delikatnie wycofać palec i wytrzeć okolicę odbytu, a pacjentowi podać papier toaletowy. Zwrócić trzeba uwagę na kolor zawartości odbytnicy na rękawiczce. Kał z rękawiczki wysłać do laboratorium na obecność krwi utajonej. Badanie pojedyncze nie jest miarodajne.

#### **Badanie gruczołu krokowego**

U mężczyzny należy ocenić przebieg mikcji. Zapytać pacjenta, czy odczuwa jakieś trudności w rozpoczynaniu lub powstrzymaniu strumienia moczu: jak często oddaje mocz, czy ma potrzebę oddawania moczu w nocy, a nie wiąże tego z dużą ilością wypijanych płynów wieczorem, czy zauważył krew w moczu lub spermie podczas ejakulacji, czy odczuwa ból w okolicach bioder, dolnej połowy pleców? Pozytywne odpowiedzi na powyższe pytania sugerują zwężenie cewki moczowej, jak w łagodnym rozroście prostaty lub raku gruczołu kroko-

wego, zwłaszcza u mężczyzn powyżej 70. r.ż. Określenie ciężkości zaawansowania łagodnego przerostu prostaty ułatwia „Skala objawów łagodnego przerostu prostaty” (wykaz skal – rozdział VI). Jeżeli pacjent zgłasza dyskomfort lub ciężar w okolicy gruczołu krokowego u podstawy prącia, złe samopoczucie, gorączkę lub dreszcze, wówczas powyższe obawy wskazują na możliwość zapalenia gruczołu krokowego.

#### **Badania przesiewowe w kierunku raka gruczołu krokowego**

Głównymi czynnikami ryzyka są wiek, rasa oraz pokrewieństwo pierwszego stopnia z osobą chorą. Ryzyko wystąpienia raka gruczołu krokowego zwiększa się znacznie z każdą dekadą powyżej 50. r.ż. Z nieznanych przyczyn częstość występowania jest istotnie większa wśród mężczyzn rasy czarnej niż mężczyzn rasy białej. U mężczyzn rasy czarnej rak gruczołu krokowego występuje we wcześniejszym wieku i jest rozpoznawany w bardziej zaawansowanym stadium. Około 15% mężczyzn z rozpoznany rakiem gruczołu krokowego ma osobę chorą wśród krewnych pierwszego stopnia. Prowadzone badania wskazują, że spożywanie tłuszczów, zwłaszcza nasyconych i pochodzenia zwierzęcego, ma związek z ryzykiem wystąpienia raka gruczołu krokowego. Obecnie zaleca się wykonywanie w ramach badań przesiewowych badania per rectum oraz oznaczeń PSA począwszy od 50. r.ż., a od 40. r.ż. życia u mężczyzn rasy czarnej oraz z obciążającymi wywiadami rodzinnymi. Zalecenia te są obecnie powszechnie wykonywane, chociaż eksperci zalecają rozpoczęcie wykonywania przesiewowych oznaczeń stężenia PSA w wieku 40 lat.

## **2.9. Badanie żeńskich i męskich narządów płciowych**

### **2.9.1. Badanie żeńskich narządów płciowych**

Początkowo pacjentka może mieć opory przed rozmową o zaburzeniach płciowych lub seksualnych, jednak łagodną perswazją można zachęcić ją do wypowiedzi na temat intymnych dolegliwości. Stopień szczegółowości wywiadu zależy od znaczenia uzyskiwanych danych dla zasadniczego problemu zdrowotnego. Najczęściej rozpoczęcie wywiadu od pytań dotyczących przebytych ciąży lub charakterystyki miesiączkowania stanowi wystarczający wstęp do pytań bardziej szczegółowych. U kobiet zgłaszających dolegliwości bólowe w obrębie podbrzusza należy zawsze rozważyć możliwość występowania zmian chorobowych w zakresie narządu rodno.

#### **Bóle w podbrzuszu związane z cyklem miesiączkowym**

Istotnym problemem zawsze wymagającym wyjaśnienia jest ból w okolicy podbrzusza. Ból w podbrzuszu oznacza dolegliwości zlokalizowane w dolnej części brzucha. Na ból podbrzusza najczęściej skarżą się kobiety, gdyż zwykle ma on źródło w narządach rozrodczych (szyjka macicy, macica, przydatki), choć zdarza się także u mężczyzn. Wiele dolegliwości ginekologicznych powoduje bóle okresowe, tzn. pojawiające się zawsze w tej samej fazie cyklu miesiączkowego. Na ogół do najczęstszych przyczyn bólu w podbrzuszu pochodzenia ginekologicznego zalicza się: owulacja, zaburzenia cyklu miesiączkowego, endometriozę, stany zapalne, zwyrodnienia, torbiele, ciążę pozamaciczną.

**Bolesne miesiączkowanie** – objawia się ostrym lub kurczowym bólem na początku miesiączki lub parę dni przed jej wystąpieniem. Ból ten często jest połączony z bólem głowy, nudnościami, zaparciami, biegunką lub częstym oddawaniem moczu. Opisane dolegliwości zwykle osiągają szczyt w ciągu doby, niekiedy jednak utrzymują się przez 2–3 dni od wystąpienia miesiączki.

**Endometrioza (gruczolistość)** – objawia się ostrym lub kurczowym bólem przed miesiączką lub we wczesnym jej okresie, często w połączeniu z bolesnym miesiączkowaniem, odczuwaniem bólu w czasie stosunku lub bolesnym oddawaniem stolca. Endometrioza może powodować pojawienie się bólu bez związku z cyklem miesiączkowym, w zaawansowanych stadiach przebiegająca niekiedy z tyłozgięciem macicy, jej tkliwością uciskową i zmniejszoną ruchomością. Niekiedy wyczuwalny jest guz w miednicy (przypuszczalnie endometrioma) lub tkliwe na ucisk guzki wyczuwalne przy badaniu oburęcznym przez pochwę.

**Ból międzymiesiączkowy** – to nagle występujący silny, ostry ból, najintensywniejszy na początku miesiączki i ustępujący w ciągu 1–2 dni. Ból międzymiesiączkowy często jest połączony z niewielkim plamieniem z pochwy.

**Ból owulacyjny**, czyli ten występujący w połowie cyklu (w czasie owulacji), spowodowany jest przez niewielkie i krótkotrwałe podrażnienie otrzewnej w procesie pęknięcia pęcherzyka Graafa.

#### **Bóle w podbrzuszu niezwiązane z cyklem miesiączkowym**

**Stany zapalne miednicy** objawiają się stopniowo narastającym bólem w miednicy, śluzowo-ropną wydzieliną z szyjki, a niekiedy gorączką, bolesnym oddawaniem moczu i dyspareunią, czyli odczuwaniem bólu w czasie stosunku. Typowa jest także znaczna tkliwość uciskowa przy ruchach szyjki i tkliwość uciskowa przydatków. Rzadko wyczuwalny jest guz przydatków (ropień).

**Pęknięcie torbieli jajnika** objawia się nagłym wystąpieniem bólu, najsilniejszego na początku, a potem szybko w ciągu paru godzin słabnącego. Pęknięcie torbieli niekiedy jest połączone z niewielkim krwawieniem z pochwy, nudnościami, wymiotami i objawami otrzewnowymi (m.in. objaw Blumberga, sztywność mięśni brzucha, obrona mięśniowa).

**Na pękniętą ciążę pozamaciczną** wskazuje nagły zlokalizowany ból (nie o charakterze skurczowym), często połączony z krwawieniem z pochwy, a czasem także z omdleniem i wstrząsem krwotocznym. Charakterystycznymi objawami są także zamknięte ujście szyjki macicy, niekiedy ostre wzdęcie brzucha lub tkliwy na ucisk guz przydatków.

#### **Krwawienia międzymiesiączkowe**

Mięśniaki macicy i polipy wystające w kierunku jamy macicy lub zlokalizowane w szyjce macicy mogą spowodować obfite krwawienia między miesiączkami. Przyczyną krwawień międzymiesiączkowych mogą być różnego typu zaburzenia hormonalne, niektóre leki, stany zapalne i niektóre nabyte zaburzenia krzepnięcia. Nie zawsze jednak przyczynę krwawienia daje się wyjaśnić. W leczeniu krwawień stosuje się leczenie przyczynowe, jeśli wiadomo, jaki jest powód krwawienia, lub leczenie objawowe. Jedynie przedłużające się krwawienia, nie poddające się leczeniu zachowawczemu, kwalifikuje się do leczenia zabiegowego.

Po menopauzie problemem u kobiet jest suchość pochwy i sromu oraz zmiany atroficzne w obrębie tych narządów, które to zjawiska mogą powodować dyskomfort podczas współżycia. Krwawienia po stosunku u starszych kobiet mogą sugerować zanikowe zapalenie pochwy.

Uplawy w przebiegu zapalenia pochwy trzeba odróżnić od fizjologicznej wydzieliny, która jest jasna lub biała, może zawierać białe grudki komórek nabłonka i nigdy nie jest cuchnąca. Istotne jest ponadto odróżnienie wydzieliny pochwowej od wydzieliny z szyjki macicy. Najprościej oczyścić tamponem szyjkę i, jeżeli ujście pozostanie czyste, to najpewniej jest to wydzielina pochwowa.

#### **Zapalenie pochwy wywołane rzęsistkiem pochwowym**

Przyczyną jest rzęsistek pochwowy, pierwotniak, który jest często, ale nie zawsze, przenoszony drogą płciową. Wydzielina z pochwy jest żółtawozielona lub szara, może być pienista, często obfita i zalegająca w sklepieniu pochwy. Może być cuchnąca. Inne objawy to świąd (ale nie tak silny jak przy zakażeniu Candida), ból podczas oddawania moczu, dyspareunia (dysfunkcja seksualna objawiająca się odczuwaniem bólu w czasie stosunku).

#### **Badanie przedmiotowe**

Przed badaniem należy poprosić pacjentkę, aby oddała mocz oraz rozebrała się (dolna połowa ciała). Należy upewnić się, że pacjentka ma możliwość swobodnego przygotowania się do badania. Do badania pacjentkę należy ułożyć na plecach w pozycji ginekologicznej i światło skierować w okolice narządów płciowych w celu zapewnienia dobrej widoczności badającemu.

Badanie rozpoczyna się od oglądania (badanie zewnętrzne), zwracając uwagę na nieprawidłowości w obrębie wzgórka łonowego, skóry krocza, warg sromowych (większych i mniejszych), łechtaczki, ujścia cewki moczowej, przedsionka pochwy oraz obserwacji w kierunku cech stanu zapalnego – zaczerwienienia, wysypki, owrzodzenia, obrzęków, wydzieliny. Przed badaniem należy powiedzieć pacjentce, że będzie się dotykać jej narządów płciowych. Ocenic należy wzgórek łonowy, wargi sromowe większe oraz krocze. Otarcia lub swędzenie, małe, czerwone grudkowo-plamkowe zmiany skórne sugerują wszawicę łonową (wszy). Należy poszukać gnid lub wesz przy podstawie włosów łonowych. Następnie rozchyła się wargi sromowe większe i bada łechtaczkę, ujście zewnętrzne cewki moczowej i ujście pochwy. Powiększona łechtaczka świadczy o maskulinizacji. Zmiany związane z cewką moczową to mięsko cewki moczowej i wypadanie błony śluzowej cewki moczowej.

#### **Wypadanie błony śluzowej cewki moczowej**

Wypadnięta śluzówka tworzy obrzęknięty, czerwony pierścień wokół ujścia cewki moczowej. Zazwyczaj pojawia się przed pierwszą miesiączką lub po menopauzie. Aby ustalić rozpoznanie, należy znaleźć ujście cewki moczowej w środku obrzękniętej masy.

Należy zwrócić uwagę na występowanie cech stanu zapalnego, owrzodzenia, upławów, obrzęku czy guzków. Każdą nieprawidłową zmianę należy zbadać palpacyjnie. Zmiany chorobowe sromu to: opryszczka narządów płciowych, zmiana pierwotna w przebiegu kiły, kłykciny płaskie, kłykciny kończyste, torbiel naskórkowa.



### **Opryszczka narządów płciowych**

Płytke, małe owrzodzenia na czerwonej podstawie sugerują zakażenie wirusem opryszczki. Początkowo objawy mogą być znacznie nasilone. Nawracające infekcje są zwykle ograniczone do małej, miejscowej plamki.

### **Zmiana pierwotna w przebiegu kiły**

Gładkie, niebolesne owrzodzenie może być zmianą pierwotną obserwowaną w kile pierwszorzędowej. Ponieważ większość tych zmian u kobiet rozwija się od wewnątrz, często nie są wykrywalne.

### **Kłykciny kończyste (brodawki narządów płciowych)**

Brodawkowate zmiany na wargach sromowych oraz w przedsionku pochwy sugerują obecność kłykciny kończystej. Spowodowane są one zakażeniem ludzkim wirusem brodawczaka.

### **Kłykciny płaskie (kiła drugorzędowa)**

W niewielkim stopniu uniesione, okrągłe lub owalne, płasko zakończone grudki pokryte szarym wysiękiem. Stanowią one jeden z objawów kiły drugorzędowej i są zakaźne.

### **Torbiel naskórkowa**

Mały, gładki, okrągły, torbielowaty guzek w skórze warg sromowych sugeruje obecność torbieli naskórkowej. Zmiany te są żółtawe. Należy poszukać ciemnych punktów wskazujących zablokowane ujście gruczołów.

### **Rak sromu**

Owrzodziała lub uniesiona czerwona zmiana na sromie u starszych kobiet. Jest to nieprawidłowy i nieustający rozrost komórek nowotworowych wywodzących się z komórek nabłonku sromu. Jeżeli pacjentka podaje w wywiadach obrzęk warg sromowych, to trzeba zawsze sprawdzić gruczoły Bartholina. Należy włożyć swój palec wskazujący do pochwy, umieszczając go w pobliżu tylnego końca jej ujścia. Kciuk układa się na zewnątrz tylnej części wargi sromowej większej. W ten sposób po obu stronach bada się obszar pomiędzy kciukiem a palcem wskazującym, poszukując obrzęku lub bolesności. Należy ocenić, czy z ujścia tych gruczołów nie wydostaje się wydzielina. Jeżeli tak, to należy wykonać jej posiew.

Gruczoły Bartholina mogą ulec ostremu lub przewlekłemu zakażeniu i są wówczas obrzęknięte.

### **Zapalenie gruczołów Bartholina**

Zapalenie gruczołów Bartholina może być spowodowane urazem, zakażeniem dwóinkami beztlenowymi, takimi jak *Bacteroides* lub *Peptostreptococcus*, bądź też zakażeniem *Chlamydia trachomatis*. Ostre zakażenie charakteryzuje się pojawieniem się napiętego, gorącego i bardzo bolesnego ropnia. Należy zwrócić uwagę na ropną wydzielinę wydostającą się z ujścia gruczołu lub zaczerwienienie wokół ujścia. Zapalenie przewlekłe objawia się obecnością niebolesnej torbieli, która może być mała lub duża.

### **Ocena występowania przepuklin**

Przepukliny pachwinowe najczęściej występują u mężczyzn, ale także i u kobiet (są znacznie rzadsze). Techniki ich badania są zasadniczo takie same u obu płci. Kobieta podczas badania powinna stać. Aby wyczuć przepuklinę pachwinową skośną, należy zbadać palpacyjnie wargi sromowe większe, kierując się do góry i bocznie od guzków łonowych. Przepuklina pachwinowa skośna to najczęstszy typ przepukliny pachwinowej u kobiet. Drugim typem pod względem częstości występowania jest przepuklina udowa.

### **Pęknięcie ciąży pozamacicznej (jajowodowej)**

Podczas pęknięcia ciąży jajowodowej krew dostaje się do jamy otrzewnej, powodując bardzo silny ból brzucha i bolesność uciskową. Niekiedy obecne są objawy otrzewnowe. Można wyczuć guzowatą masę po jednej stronie, ale bolesność przy palpacji zwykle uniemożliwia jej wykrycie. Mogą pojawić się takie objawy, jak: omdlenie, nudności, wymioty, tachykardia oraz wstrząs. Objawy te świadczą o krwotoku. Pacjentka może podawać brak miesiączki, mogą być widoczne inne objawy ciąży.

## **2.9.2. Badanie męskich narządów płciowych**

Wywiady dotyczące płciowości pacjenta, w tym identyfikacji płci i sprawności seksualnej dotyczą bardzo prywatnych aspektów życia pacjenta. Zawsze należy wytłumaczyć pacjentowi cel zbierania wywiadów, zachęcić go do szczerych i otwartych odpowiedzi na zadawane pytania, uświadomić pacjentowi, że zawsze jest taka sama procedura przeprowadzania wywiadu oraz zapewnić pacjenta, że rozmowa ma charakter poufny.

Pacjenta należy pytać o jego związek z drugą osobą, preferencje seksualne, współżycie płciowe, libido. Brak libido może wynikać z przyczyn psychogennych, takich jak depresja, zaburzeń hormonalnych lub być działaniem niepożądanym leków. Zaburzenia wzwodu mogą mieć przyczynę psychogenną (szczególnie, gdy zachowana jest

poranna erekcja), a także mogą wynikać ze zmniejszonego stężenia testosteronu, upośledzenia przepływu krwi w tętnicach podbrzusza lub z zaburzeń ukrwienia. Przedwczesna ejakulacja jest częstym problemem, szczególnie wśród młodych mężczyzn. Rzadziej występuje problem zmniejszonego wytrysku lub jego braku, dotyczący mężczyzn w średnim i starszym wieku. Do możliwych przyczyn należą leki, operacje, deficyty neurologiczne oraz brak androgenów. Brak orgazmu podczas ejakulacji ma zwykle podłoże psychogenne.

Żeby nie przeoczyć zakażenia narządów płciowych przenoszonych drogą płciową, warto zapytać pacjenta o obecność wydzieliny z cewki moczowej, która może wyciekać kropelkami lub plamić bieliznę. Jeżeli pacjent zgłasza taki objaw, należy zapytać go o ilość wydzieliny, jej kolor i konsystencję, gorączkę, dreszcze, wysypkę. Wydzielina z cewki moczowej pojawia się w przebiegu rzeżączki (zwykle żółta) oraz nierzęzączkowych zapaleń cewki moczowej. Należy zapytać także o ból lub obrzęk moszny, o owrzodzenia lub zgrubienia w obrębie prącia. Zbierając wywiad, należy pytać o wcześniejsze objawy ze strony narządów płciowych, wcześniej przebyte zakażenia, w tym opryszczkę, rzeżączkę i kiłę. Każdy pacjent, który miał wiele partnerek, jest homoseksualistą, stosuje nielegalne używki bądź przebył w przeszłości chorobę przenoszoną drogą płciową, należy do grupy zwiększonego ryzyka. Pacjenta należy zapytać o charakter podejmowanych przez niego praktyk seksualnych, w tym stosunki oralne i analne. Jeżeli pacjent odpowie twierdząco, należy zapytać o takie objawy, jak ból gardła, biegunki, krwawienie z odbytnicy oraz ból lub świąd odbytu. Do zakażeń spowodowanych stosunkami oralnymi należą: rzeżączka, zakażenie chlamydiami, kiła oraz opryszczka. Następstwem stosunków analnych może być objawowe lub bezobjawowe zapalenie odbytu.

#### **Badanie przedmiotowe**

Badanie przedmiotowe narządów płciowych męskich można przeprowadzić u pacjenta znajdującego się w pozycji stojącej lub leżącej na plecach. Aby można było ocenić występowanie żylaków powrózka nasiennego, pacjent powinien stać, a badający wygodnie usiąść na krześle. Do badania odsłaniamy tylko zewnętrzne narządy płciowe i okolice pachwin. Badanie przeprowadza się w rękawiczkach.

Oglądając narządy płciowe męskie, zwracamy uwagę na stopień dojrzałości płciowej w odniesieniu do wieku badanego pacjenta. Opóźnione dojrzewanie płciowe należy podejrzewać u chłopców, u których pojawienie się cech dojrzewania płciowego miało miejsce dopiero po 14. r.ż. Najczęstszą przyczyną opóźnionego dojrzewania płciowego u chłopców jest opóźnienie konstytucyjne uwarunkowane genetycznie, obejmuje ono opóźnienie wieku kostnego i rozwoju fizycznego przy prawidłowym stężeniu hormonów płciowych.

W następnej kolejności należy dokładnie obejrzeć prącie, w tym ocenić skórę na prąciu, napletek i żołądź. Skóra na prąciu powinna być koloru cielistego, lekko zaróżowiona bez zmian zapalnych. Napletek powinien zakrywać żołądź, o ile pacjent nie jest obrzezany. Otwór w napletku powinien być w miarę szeroki. Zwężenie ujścia napletka uniemożliwiające jego ściągnięcie wskazuje na stulejkę. Zacerwieniona żołądź może wskazywać na jej zapalenie. Dokładnie należy obejrzeć skórę wokół podstawy prącia, poszukując otarć lub cech stanu zapalnego. Należy wykluczyć obecność gnid i wesz, które bytują u podstawy włosów łonowych. Otarcia w okolicy łonowej i narządów płciowych zewnętrznych mogą być spowodowane wszawicą lub rzadziej świerzmem.

Etapem kończącym oglądanie jest ocena moszny i jej zawartości. Zwrócić należy uwagę na skórę moszny, jej kolor oraz wielkość. W mosznie powinny być widoczne luźno leżące dwa jądra. Jedno jądro zazwyczaj leży niżej niż drugie, najczęściej jest to lewe. Słabo rozwinięta moszna po jednej lub obu stronach sugeruje wnetrostwo (niezstąpienie jądra lub jąder). Do najczęstszych przyczyn powiększenia moszny zalicza się przepukliny pachwinowe pośrednie, wodniak jądra oraz obrzęk moszny.

#### **Badanie przedmiotowe prącia**

W badaniu przedmiotowym należy ocenić każdą nieprawidłowość w obrębie prącia, zwracając uwagę na bolesność lub stwardnienia. Zdrowe prącie nie boli, nawet przy lekkim ucisku. Trzon prącia bada się, trzymając go między kciukiem a pozostałymi palcami (najczęściej 2. i 3. palcem), lekko uciskając i oceniając, czy nie wyczuwa się zgrubień (uciskanie prącia pozwala na wyciśnięcie wydzieliny oraz ocenę wrażliwości prącia na ból). Zgrubienie wzdłuż brzusznej powierzchni prącia sugeruje zwężenie cewki moczowej lub raka. Bolesność takiego stwardniałego obszaru wskazuje na zapalenie okołocewkowe, które jest wtórne do zwężenia cewki moczowej. Będąc na szczycie prącia, należy ruchem zdecydowanym i łagodnym odciągnąć napletek i ocenić łatwość jego

zsunięcia. Stulejka to zwężenie ujścia napletka uniemożliwiające jego ściągnięcie, natomiast załupek jest to stan, w którym zbyt wąskiego napletka nie można z powrotem odprowadzić na żołądź prącia. Ponadto pod napletkiem może gromadzić się serowata, biała wydzielina zwana mastką. Zawsze należy porozmawiać z pacjentem na temat prawidłowego utrzymania higieny krocza. Gdy odsłoniemy żołądź, należy zwrócić uwagę na lokalizację cewki moczowej, a następnie delikatnie ją ucisnąć i trzymając ją między palcem wskazującym na górze, a kciukiem na dole, ocenić ilość i charakter wydzieliny z cewki moczowej. W prawidłowych warunkach ujście cewki moczowej powinno pozostać czyste, a wydzielina jest przezroczysta w ilości skąpej. Obfita ilość wydzieliny koloru żółtego jest w rzeżączkowym zapaleniu cewki moczowej. W zapaleniu nierzeżączkowym wydzielina jest skąpa, biała lub przezroczysta. Definitywne rozpoznanie wymaga oceny bakteriologicznej oraz posiewu.

#### **Nieprawidłowości w obrębie prącia**

**Spodzieństwo** – wada wrodzona, w której ujście cewki moczowej znajduje się na brzusznej powierzchni prącia. Od ujścia cewki aż do szczytu żołądź, gdzie ujście to znajduje się w prawidłowych warunkach, przebiega rowkowane zagłębienie w skórze.

**Wierzchniactwo** – wada wrodzona, zewnętrzne ujście cewki położone jest na grzbietowej powierzchni prącia. Cewka jest niezrośnięta, prącie krótkie i płaskie, zagięte ku górze.

**Choroba Peyroniego** (stwardnienie włókniste prącia) – bezpośrednio pod skórą prącia obecne są wyczuwalne, niebolesne, twarde zgrubienia. Zwykle lokalizują się wzdłuż grzbietowej części prącia. Pacjenci skarżą się na skrzywienie i bolesność prącia podczas wzwodu.

#### **Rak prącia**

Stwardniały guzek lub wrzód, który zazwyczaj jest niebolesny, występuje prawie wyłącznie u mężczyzn nieobrzezanych, może być ukryty pod napletkiem. Każdy ciągły ból powinien budzić podejrzenie raka.

#### **Nieprawidłowości w obrębie moszny**

##### **Obrzęk moszny**

Ciastowate obrzęki mogą prowadzić do napięcia skóry w obrębie moszny. Występują w zastoinowej niewydolności serca lub w zespole nerczycowym.

##### **Wodniak jądra**

Jest to niebolesne nagromadzenie się płynu pomiędzy osłonkami jądra. Obserwuje się poświatę podczas próby transluminacji. Podczas badania można sięgnąć palcami nad nieprawidłową masą w obrębie moszny.

##### **Przepuklina mosznowa**

Zwykle jest to przepuklina pachwinowa pośrednia, która przechodzi przez pierścień pachwinowy powierzchowny, dlatego podczas badania nie można sięgnąć palcami nad nieprawidłową masę w obrębie moszny.

#### **Choroby męskich narządów płciowych przenoszone drogą płciową**

##### **Kłykciny kończyste (brodawki narządów płciowych)**

Są to pojedyncze lub mnogie grudki lub blaszki różnego kształtu. Mogą być okrągłe, ostrokończyste (szpiczaste) lub cienkie. Zmiany mogą być uniesione, płaskie lub kalafiorowate. Czynnikiem wywołującym jest wirus brodawczaka ludzkiego (HPV), zwykle podtypu 6 lub 11, karcinogenne podtypy są rzadkie. Stanowią ok. 5-10% wszystkich brodawek okolicy anogenitalnej. Okres wylegania od kilku tygodni do miesięcy. U osoby zakażonej mogą nie występować widoczne brodawki. Zmiany mogą pojawiać się na prąciu, mosznie, w pachwinach, na udach, w okolicy odbytu. Mogą zniknąć bez leczenia.

##### **Opryszczka narządów płciowych**

Są to małe, rozproszone lub skupione pęcherzyki wielkości 1–3 mm, widoczne na żołądź lub trzonie prącia. Przekształcają się w nadżerki, gdy błona pęcherzyków pęka. Czynnikiem wywołującym jest zazwyczaj wirus opryszczki pospolitej typu 2 (HSV) w 90%. Okres wylegania 2–7 dni od ekspozycji. Pierwszy epizod może przebiegać bezobjawowo, nawroty są zwykle mniej bolesne i trwają krócej. Zakażeniu towarzyszą: gorączka, złe samopoczucie, bóle głowy, bóle mięśni, miejscowy ból i obrzęk, powiększenie węzłów chłonnych. Należy różnicować z półpaścem narządów płciowych (zwykle u starszych pacjentów, lokalizacja zmian w obrębie dermatomu) oraz z kandydozą.

##### **Kiła pierwszorzędowa**

Są to małe, czerwone grudki przechodzące we wrzód lub niebolesną nadżerkę o średnicy do 2 cm. Podstawa wrzodu jest czysta, czerwona, gładka i lśniąca. Brzegi są uniesione i stwardniałe. Wrzód goi się w ciągu 3–8 tygodni, czynnikiem wywołującym jest krętek błądy. Okres wylegania od 9 do 90 dni od ekspozycji. W ciągu 7 dni może pojawić się limfadenopatia pachwinowa, węzły chłonne mają gumiatą konsystencję, są niebolesne i ru-

chome. U 20-30% pacjentów dochodzi do rozwoju kiły drugorzędowej przy wciąż obecnym owrzodzeniu pierwotnym. Różnicować trzeba z opryszczką narządów płciowych.

#### **Wrzód miękki (szankroid)**

Początkowo obecne są czerwone grudki lub krostki, następnie tworzą się bolesne głębokie owrzodzenia z poszarpanymi, nieulegającymi stwardnieniu brzegami, zawierają wysięk martwiczy, mają kruchą podstawę. Czynnikiem wywołującym jest pałeczka wrzodu miękkiego. Okres wylegania od 3 do 7 dni od ekspozycji. Węzły chłonne pachwinowe są bolesne, powiększone, u 25% pacjentów dochodzi do ich ropnego zapalenia. Różnicować należy z kiłą pierwszorzędową, opryszczką narządów płciowych.

W ocenie moszny należy zwrócić uwagę na jej obrzmienia, guzki lub widoczne poszerzenia żył. Mogą być widoczne kopulaste, białe bądź żółte grudki lub guzki utworzone przez zamknięte mieszki włosowe wypełnione resztkami keratyny pochodzącej ze złuszczonego nabłonka. Takie torbiele naskórkowe są częste, zwykle mnogie i łagodne.

Palpacyjnie bada się każde jądro i najądrze, trzymając je między kciukiem a pozostałymi palcami (najczęściej 2. i 3. palcem). Każde jądro bada się osobno, najczęściej badanie rozpoczynamy od jądra prawego. Delikatnie obmacujemy jądro, oceniając jego wielkość, kształt, spistość i bolesność. Nacisk na jądro wywołuje głęboki ból trzewny. Zwrócić należy uwagę, czy nie wyczuwa się zgrubień.

Następnie należy ocenić górno-tylną powierzchnię każdego jądra, tam znajdują się najądrza. Wyczuwa się je jako guzkowe struktury w kształcie sznura i nie należy ich mylić z nieprawidłowymi guzkami. Ból przy badaniu może sugerować zapalenie najądrza.

#### **Nieprawidłowości w obrębie jąder**

##### **Wnętrostwo**

Małe, atroficzne jądra znajdują się w kanale pachwinowym lub w jamie brzusznej, worek mosznowy jest pusty. Wada ta istotnie zwiększa ryzyko rozwoju nowotworu jądra.

##### **Małe jądra**

U dorosłych mężczyzn długość jader wynosi zwykle do 3,5 cm. Wielkość małych, spistych jąder w zespole Klinefeltera zwykle nie przekracza 2 cm. Małe jądra, o miękkiej konsystencji, co sugeruje ich zanik, obserwowane są w przebiegu marskości wątroby, dystrofii miotonicznej, podczas stosowania estrogenów oraz w niedoczynności przysadki. Mogą też być następstwem przebytego zapalenia jąder.

##### **Ostre zapalenie jąder**

Jądra są zmienione zapalnie, bolesne i obrzęknięte. Może być trudno odróżnić najądrza. Moszna może być zaczerwieniona. Występuje w przebiegu świnki i innych zakażeń wirusowych. Zwykle jednostronnie.

##### **Nowotwór jądra**

Zazwyczaj pojawia się niebolesna grudka. Każde zgrubienie w obrębie jądra powinno budzić niepokój i wymaga wykluczenia nowotworu złośliwego. W miarę rozwoju choroby nowotwór może zająć całe jądro, które odczuwane jest jako cięższe niż normalnie. Zawsze niebolesne powiększenie się jądra wymaga szybkiej diagnostyki w celu wykluczenia nowotworu.

W następnej kolejności bada się każdy powróżek nasienny z nasieniowodem, trzymając go pomiędzy kciukiem a pozostałymi palcami. Powróżek oceniamy na całej długości od najądrza aż do pierścienia pachwinowego powierzchniowego.

Bolesne powiększenie moszny występuje w przebiegu ostrego zapalenia najądrza, ostrego zapalenia jądra, skręcenia powróżka nasiennego lub uwięźnięcia przepukliny pachwinowej. Każdy bolesny guzek w obrębie jądra powinien budzić podejrzenie nowotworu jądra, potencjalnie wyleczalnego, którego szczyt zachorowalności przypada na 15–35 lat. Liczne kręte żyły w obszarze jądra, zwykle po stronie lewej, które można wyczuć, a często również zobaczyć, świadczą o obecności żyłaków powróżka nasiennego. W przewlekłych stanach zapalnych nasieniowód ulega pogrubieniu. Torbielowata struktura w obrębie powróżka nasiennego to wodniak powróżka nasiennego. Jeżeli w obrębie moszny wyczuwa się obrzmienie, które nie odpowiada prawidłowym jądom, można je ocenić przez wykonanie próby transluminacji. Po zaciemnieniu gabinetu kieruje się strumień światła zza moszny w kierunku nieprawidłowej tkanki. Obserwuje się przewodzenie światła w postaci czerwonej poświaty. Powięk-

szenie moszny, które wynika z obecności surowiczego płynu, jak w wodniaku jądra, manifestuje się czerwoną poświatą podczas próby transluminacji. Jeżeli powiększenie wynika z obecności krwi lub tkanki litej, takiej jak prawidłowe jądro, guz czy większość przepuklin, podczas próby transluminacji poświata nie pojawia się.

#### **Nieprawidłowości w obrębie moszny**

##### **Obrzęk moszny**

Ciastowate obrzęki mogą prowadzić do napięcia skóry w obrębie moszny. Występują w zastoinowej niewydolności serca lub w zespole nerczycowym.

##### **Wodniak jądra**

Jest to niebolesne nagromadzenie się płynu pomiędzy osłonkami jądra. Obserwuje się poświatę podczas próby transluminacji. Podczas badania można sięgnąć palcami nad nieprawidłową masą w obrębie moszny.

##### **Przepuklina mosznowa**

Zwykle jest to przepuklina pachwinowa pośrednia, która przechodzi przez pierścień pachwinowy powierzchowny, dlatego podczas badania nie można sięgnąć palcami nad nieprawidłową masę w obrębie moszny.

##### **Ostre zapalenie najądrza**

Zmienione zapalnie najądrze jest bolesne i opuchnięte. Może być trudne do odróżnienia od jądra. Moszna może być zaczerwieniona, a nasieniowód również zmieniony zapalnie. Choroba występuje głównie u dorosłych mężczyzn. Za tym rozpoznaniem przemawia współistnienie zapalenia dróg moczowych lub zapalenia gruczołu krokowego.

##### **Żyłki powrózka nasiennego**

Są to poszerzone żyły powrózka nasiennego, zwykle występujące po lewej stronie. Wyglądają jak miękka „torba robaków” oddzielona od jąder. Wolno opadają w dół, gdy uniesie się do góry mosznę u pacjenta znajdującego się w pozycji leżącej. Mogą być przyczyną niepłodności męskiej.

##### **Skręcenie powrózka nasiennego**

Skręcenie jądra na powrózku nasiennym powoduje jego ostry ból i obrzęk. Jądro jest wciągnięte do góry. Moszna staje się zaczerwieniona i obrzęknięta. Nie współistnieje zapalenie dróg moczowych. Skręcenie jądra, najczęściej występujące u nastolatków, wymaga natychmiastowej interwencji chirurgicznej w celu przywrócenia prawidłowego krążenia krwi w tym obszarze.

##### **Badanie przepuklin**

Podczas oglądania pacjent powinien znajdować się w pozycji stojącej, a badający siedzieć wygodnie naprzeciwko pacjenta. Należy obejrzeć okolice pachwin oraz zewnętrznych narządów płciowych, poszukując wybrzuszeń i asymetrii. W tym czasie prosi się pacjenta, aby parł jak podczas defekacji (próba Valsalvy), aby zwiększyć ciśnienie wewnątrzbrzuszne, co ułatwia wykrycie ewentualnych przepuklin. Wypukłość, która pojawia się podczas parcia, to prawdopodobnie przepuklina.

##### **Badanie palpacyjne**

Badając prawą stronę, umieszcza się czubek prawego palca wskazującego blisko dolnego brzegu worka mosznowego, a następnie przesuwa palec ku górze wzdłuż kanału pachwinowego, wgłębiając mosznę. Podąża się do góry, wzdłuż powrózka nasiennego, docierając do więzadła pachwinowego. Napotyka się na podobny do trójkąta otwór, czyli pierścień pachwinowy powierzchowny, który znajduje się nieco powyżej i bocznie do guzka łonowego. Bada się palpacyjnie pierścień, prosząc pacjenta, aby parł i ocenia się, czy przy palcu wskazującym, powyżej więzadła pachwinowego, w pobliżu guzka łonowego, nie pojawia się wybrzuszenie. Pierścień pachwinowy powierzchowny może być na tyle duży, że można delikatnie przesunąć palec skośnie wzdłuż kanału pachwinowego w kierunku pierścienia pachwinowego głębokiego. Prosi się pacjenta, aby parł i ocenia się obecność wybrzuszeń, które wpadają wówczas do kanału pachwinowego i uderzają w badający palec. Identycznie badamy stronę lewą, używając lewego palca wskazującego. Wybrzuszenie w pobliżu pierścienia pachwinowego powierzchownego sugeruje obecność przepukliny pachwinowej bezpośredniej. Wybrzuszenie w okolicy pierścienia pachwinowego głębokiego sugeruje obecność przepukliny pachwinowej pośredniej.

Aby poszukać palpacyjnie przepukliny udowej, umieszcza się palce na przedniej powierzchni uda w okolicy kanału udowego. Prosi się pacjenta, aby parł lub zakaszłał i ocenia pojawienie się obrzmienia lub bolesności uciskowej. Gdy podczas badania stwierdza się obecność dużej masy w obrębie worka mosznowego i podejrzewa się, że może to być przepuklina mosznowa, należy poprosić pacjenta, aby się położył. Masa może sama w tym momencie powrócić do jamy brzusznej. Jeżeli tak się nie stanie, jest to przepuklina. Jeżeli nie, to należy sprawdzić, czy

możliwe jest wprowadzenie palców nad masę w obrębie worka mosznowego. Jeżeli jest to możliwe, należy podejrzewać wodniaka jądra. Należy posłuchać za pomocą stetoskopu, czy nad wybrzuszeniem słyszalna jest perystaltyka. Perystaltyka może być słyszalna nad przepukliną, ale nigdy nad wodniakiem jądra.

Jeżeli wynik badania wskazuje na przepuklinę, należy delikatnie spróbować ją odprowadzić do jamy brzusznej poprzez utrzymywanie nacisku za pomocą palców. Nie wykonujemy tego, jeżeli masa jest bolesna lub pacjent zgłasza nudności i wymioty.

Uwięźnięcie przepukliny rozpoznaje się wówczas, gdy jej zawartości nie można odprowadzić do jamy brzusznej. Zadziergnięcie przepukliny to taka sytuacja, w której do uwięźniętej przepukliny nie dopływa krew. Zadziergnięcie należy podejrzewać w przypadku występowania bolesności, nudności i wymiotów. W takiej sytuacji konieczna jest interwencja chirurgiczna.

## 2.10. Badanie układu mięśniowo-szkieletowego

Badanie podmiotowe układu mięśniowo-szkieletowego osoby chorej należy ukierunkować na ustalenie występujących objawów i dolegliwości oraz charakteru ich zmian. Jedną z takich dolegliwości, na które trzeba zwrócić szczególną uwagę, jest ból. Należy określić rodzaj i natężenie bólu, miejsce występowania, czynniki podwyższające i obniżające odczuwanie bólu.

**Ból stawów** jest jedną z najczęstszych dolegliwości, która oprócz typowych cech bólu wymaga często uzyskania od pacjenta dodatkowych informacji. W badaniu podmiotowym dotyczącym bólu występującego u pacjenta zawsze należy również poprosić badanego o wskazanie bolesnego miejsca, ponieważ opis słowny dotyczący lokalizacji może być nie precyzyjny. Ponadto zawsze trzeba wyjaśnić mechanizm, w jaki doszło do uszkodzenia oraz ustalić, czy ból ma charakter zlokalizowany czy rozlany, ostry czy przewlekły, zapalny czy niezapalny. Około 85% pacjentów cierpi na tzw. ból idiopatyczny, czyli ból występujący bez uchwytnej przyczyny zlokalizowany w dolnej części kręgosłupa. Zawsze należy zapytać pacjenta, czy ból zlokalizowany jest w linii pośrodkowej, ponad kręgi, czy też bocznie, czy promieniuje do kończyny dolnej, czy bólowi towarzyszą zaburzenia funkcji pęcherza moczowego i zwieracza odbytu.

W przypadku bólu zlokalizowanego w linii pośrodkowej należy wśród przyczyn rozważyć uszkodzenie struktur mięśniowo-więzadłowych, przepuklinę krążka międzykręgowego, złamanie kompresyjne trzonu kręgowego, przerzuty nowotworowe do rdzenia kręgowego. W przypadku bólu zlokalizowanego bocznie należy wśród przyczyn uwzględnić zapalenie stawów krzyżowo-biodrowych, zapalenie kaletki krętarzowej, rwę kulszową i zmiany zapalne lub zwyrodnieniowe stawu biodrowego.

Korzeniowy ból obejmujący pośladki i tylną powierzchnię kończyny występuje w rwie kulszowej z zakresu segmentu rdzenia kręgowego S1, nasila się podczas kaszlu i próby Valsalvy. Ból kończyny dolnej zmniejszający się w spoczynku i/lub po zgięciu tułowia w przód towarzyszy zwężeniu kanału kręgowego.

W zespole ogona końskiego spowodowanym uciskiem przez wypadnięty krążek międzykręgowy lub guz na poziomie kręgów S2-4 występują zaburzenia funkcji zwieracza odbytu i pęcherza moczowego (zwykle jest to zatrzymanie moczu, a następnie nietrzymanie moczu wynikające z przepełnienia pęcherza).

Ból szyi jest częstym objawem. Zwykle ustępuje samoistnie. Należy zapytać pacjenta, czy nie towarzyszy mu promieniowanie do kończyny górnej lub dolnej, osłabienie siły mięśniowej, parestezje (mrowienia, drętwienia), zaburzenia zwieraczy. Ból korzeniowy wywołany przez ucisk nerwu rdzeniowego najczęściej dotyczy segmentu C7, a następnie C6. Inaczej niż w przypadku bólu w dolnej części kręgosłupa, częściej spowodowany jest uciskiem nerwu przez zmiany zwyrodnieniowe w otworach międzykręgowych niż przepuklina krążka międzykręgowego. Ból utrzymujący się po przebytych tępych urazach lub po wypadku komunikacyjnym wymaga dokładnej dalszej diagnostyki. Ból stawowy może być zlokalizowany, rozlany bądź układowy. Zawsze należy poprosić pacjenta, aby wskazał umiejscowienie bólu. Ból ograniczony tylko do jednego stawu może być związany z przebytych urazem, zapaleniem pojedynczego stawu, zapaleniem ścięgna lub kaletki maziowej. Ból zlokalizowany na bocznej powierzchni biodra w okolicy krętarza większego sugeruje zapalenie kaletki krętarzowej. Pacjent może zgłaszać ból wielostawowy, czyli obejmujący kilka stawów. Charakter wędrujący mają bóle stawów w gorączce reumatycznej i reumatycznym zapaleniu stawów. Kolejne zajmowanie symetrycznych stawów obserwuje się w reumatoidalnym

zapaleniu stawów. Ból może pochodzić także z tkanek pozastawowych – kości, mięśni i innych struktur zlokalizowanych w obrębie stawów. Uogólnione bóle, jeśli dotyczą mięśni, nazywa się mialgią, a jeśli dotyczą stawów i nie towarzyszą im inne objawy zapalenia stawów, nazywa się artralgią. Przyczyny dolegliwości bólowych pozastawowych to: zapalenie kaletki maziowej, zapalenie ścięgna, zapalenie pochewki ścięgnistej, czy ból spowodowany rozciągnięciem lub naderwaniem więzadła. Silny ból o nagłym początku i zaczerwieniony, obrzęknięty staw sugerują ostre septyczne zapalenie stawu lub napad dny moczanowej.

#### **Typy bólu stawowego i okolic stawu**

##### **Reumatoidalne zapalenie stawów**

Choroba najczęściej lokalizuje się w przypadku ręki w stawach międzypaliczkowych bliższych i śródrečno-paliczkowych, stawie promieniowo-nadgarstkowym, łokciowym; natomiast jeżeli dotyczy stopy, to w stawach śródstopno-paliczkowych, skokowym, kolanowym. Początek choroby jest zwykle podstępny. Zajęcie struktur symetryczne, progresja na sąsiednie stawy, z utrzymującymi się zmianami w dotychczas zajętych już stawach. Czas trwania choroby przewlekły, z okresami remisji i zaostrzeń. Objawy towarzyszące to często obrzęk błony maziowej stawów lub pochewek ścięgnistych, guzki podskórne, bolesność i ucieplenie stawu, rzadko zaczerwienienie. Występuje wyraźna sztywność poranna, trwająca około godzinę i dłużej, także po okresie bezruchu. Często występuje ograniczenie ruchomości. Objawy ogólne choroby to: osłabienie, zmęczenie, utrata masy ciała, niewielka gorączka.

##### **Choroba zwyrodnieniowa stawów**

Najczęstsza lokalizacja zmian to: stawy kolanowe, biodrowe, ręki (dalsze, czasem bliższe stawy międzypaliczkowe), kręgosłup szyjny i lędźwiowy, staw nadgarstkowo-śródrečno, zwłaszcza pierwszy, a także stawy wcześniej uszkodzone urazem lub innym procesem chorobowym. Początek choroby jest zwykle podstępny. Zajęcie struktur postępujące, ale może być zajęty tylko jeden staw. Powolna progresja z okresami zaostrzenia po przeciążeniu stawu. Może być obecny obrzęk, niewielki wysięk w stawach, zwłaszcza kolanowych. Objawy towarzyszące to możliwa bolesność i czasem ucieplenie stawu, rzadko zaczerwienienie. Występuje często sztywność stawów, ale krótkotrwała (5–10 min), rano i po okresie bezruchu. Często rozwija się ograniczenie ruchomości.

##### **Napad dny moczanowej**

Najczęstsza lokalizacja to: nasada palucha (staw śródstopno-paliczkowy), grzbiet stopy, staw skokowy, kolanowy i łokciowy. Początkowo ataki ograniczone do pojedynczego stawu. Początek choroby nagły, często w nocy, po urazie, operacji, poście lub obfitym posiłku lub nadużyciu alkoholu. Występują sporadyczne ataki bólu trwające od kilku dni do 2 tygodni, mogą stawać się częstsze i silniejsze, z dłużej utrzymującymi się atakami. Występuje obrzęk w stawie i wokół stawu. Objawy towarzyszące to duża bolesność, miejscowy wzrost temperatury i zaczerwienienie. Nieznaczna sztywność stawów. Może być obecna gorączka.

##### **Przewlekła dna moczanowa**

Zmiany w przebiegu długotrwałej dny mogą przypominać reumatoidalne zapalenie stawów lub chorobę zwyrodnieniową. Zajęcie stawów zwykle nie jest tak symetryczne, jak w reumatoidalnym zapaleniu. Stwierdzić można objawy ostrego zapalenia stawu. Obrzęk guzkowaty w okolicy stawów może ulegać owrzodzeniu, z którego wydobywają się kredowobiałe moczany.

##### **Polimialgia reumatyczna**

Choroba najczęściej dotyczy mięśni obręczy miednicowej i barkowej, symetrycznie. Początek choroby jest zwykle podstępny lub nagły, nawet z dnia na dzień. Czas trwania choroby przewlekły, ale ostatecznie samoograniczający się. Brak obrzęku. Mięśnie są często bolesne, ale bez ucieplenia i zaczerwienienia. Występuje wyraźna sztywność poranna. Objawy ogólne choroby to: uczucie rozbicia, obniżony nastrój, możliwy jadłowstręt, utrata masy ciała i gorączka, ale bez osłabienia siły mięśniowej.

##### **Fibromialgia**

Choroba lokalizuje się „wszędzie”, ale zwłaszcza zajmuje okolice szyi, barki, ręce, dolny odcinek kręgosłupa i stawy kolanowe. Początek choroby bywa różny. Czas trwania przewlekły, z wahaniami nasilenia objawów. Występuje sztywność stawów, zwłaszcza rano. Brak ograniczeń ruchomości. Objawy ogólne to: zaburzenia snu, z porannym uczuciem zmęczenia.

##### **Badanie przedmiotowe**

Oglądając dłoń pacjenta, należy obserwować ustawienie ręki podczas ruchu i ocenić płynność oraz naturalność ruchów. W pozycji spoczynkowej palce powinny być lekko zgięte i ustawione prawie równolegle. Ostrożne ru-

chy czynne pacjenta sugerują uszkodzenie. Nieprawidłowe ustawienie palca stwierdza się w uszkodzeniu ścięgna zginacza. Zwrócić należy uwagę na występowanie obrzęku na dłoniach. Rozlany obrzęk występuje w zapaleniu stawów lub zakażeniu, lokalny obrzęk w przypadku wytworzenia się torbieli galaretowatej pochewki ścięgna (tzw. ganglion).

#### **Ganglion**

Ganglion to torbielowaty, okrągły, zwykle niebolesny obrzęk wzdłuż pochewki ścięgniastej lub torebki stawowej, często na powierzchni grzbietowej stawu promieniowo-nadgarstkowego. Zgięcie w stawie uwydatnia ganglion, wyprost powoduje jego zmniejszenie. Gangliony mogą wystąpić również w innych miejscach, w okolicy ręki, stopy, stawu skokowego.

Oglądając dłoń, należy również zwrócić uwagę na obecność zniekształceń nadgarstka, ręki czy kości palców, a także na odchylenie od prawidłowego położenia (ulnaryzacja lub radializacja). W chorobie zwyrodnieniowej stawów występują guzki Heberdena w okolicy stawów międzypaliczkowych dalszych i guzki Boucharda w okolicy stawów międzypaliczkowych bliższych. W reumatoidalnym zapaleniu stawów występuje symetryczne zniekształcenie stawów międzypaliczkowych bliższych, stawów śródrečno-paliczkowych i stawów nadgarstka z odchyleniem w kierunku łokciowym (ulnaryzacja).

#### **Guzki Heberdena**

Guzki Heberdena występują na powierzchni grzbietowo-bocznej stawów międzypaliczkowych dalszych. Zwykle są twarde i niebolesne. Występują u pacjentów w średnim i podeszłym wieku. Mogą towarzyszyć im zmiany w innych stawach. Mogą pojawiać się przykurcze i odchylenia w stawach.

#### **Guzki Boucharda**

Guzki Boucharda są to guzki występujące na grzbietowej powierzchni stawów międzypaliczkowych bliższych. Guzki składają się z tkanki kostnej i chrzęstnej, w ich okolicy może dojść niekiedy do odczynów zapalnych. Stawy śródrečno-paliczkowe nie są zajęte. Są charakterystyczne dla choroby zwyrodnieniowej stawów rąk. Ocenie należy poddać także zarys ręki, a zwłaszcza kłąb kciuka i kłąbik. Ocenić, czy nie występuje pogrubienie ścięgien zginaczy lub przykurcz zgięciowy palców. Zanik mięśni tworzących kłąb kciuka występuje w przypadku ucisku na nerw pośrodkowy w zespole cieśni nadgarstka, zanik kłąbika występuje w przypadku ucisku na nerw łokciowy.

#### **Przykurcz Dupuytrena**

Pierwszym objawem przykurczu Dupuytrena jest pojawienie się pogrubiałej blaszki ponad ścięgnem zginacza palca serdecznego i czasem również małego na wysokości bruzdy dłoniowej dalszej. Następnie skóra w tej okolicy ulega ściągnięciu, a między dłonią a palcami powstają pogrubiałe pasma włókniste. Dalej stopniowo rozwija się przykurcz zgięciowy palców 4., 5. i 3.

#### **Palec cynglowy**

Przyczyną jest niebolesny guzek w obrębie ścięgna zginacza zlokalizowany na powierzchni dłoniowej w pobliżu głowy kości śródrečna. Guzek jest zbyt duży, aby zmieścić się do pochewki ścięgniastej w czasie normalnego wyprostowania palców z pozycji zgięciowej. Z dużym wysiłkiem lub przy pomocy pacjenta palec prostuje się i zgina ze słyszalnym i wyczuwalnym trzaskiem, gdy guzek wskakuje do pochewki. Należy zaobserwować i wyczuć guzek oraz wysłuchać trzask w momencie, gdy pacjent zgina i prostuje palec.

#### **Guzek reumatoidalny**

Guzki reumatoidalne są to podskórne guzki w miejscach narażonych na ucisk, wzdłuż powierzchni wyprostowanej kości łokciowej. Mogą powstawać u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów lub gorączką reumatyczną. Są twarde, niebolesne i niezwiązane z pokrywającą je skórą. Mogą nie być lub być połączone z okostną. Mogą pojawić się w okolicy kaletki wyrostka łokciowego, ale częściej stwierdza się je bardziej dystalnie.

**Palec butonierkowaty** – przymusowe zgięcie palca w stawie międzypaliczkowym bliższym i przeprost w stawie międzypaliczkowym dalszym w następstwie uszkodzenia (uraz lub choroba) pasma centralnego ścięgna prostownika.

**Palec typu łabędzia szyja** – przymusowy przeprost palca w stawie międzypaliczkowym bliższym i zgięcie w stawie międzypaliczkowym dalszym wskutek urazu lub choroby.

Często oglądanie łączy się z badaniem palpacyjnym. Obmacując dłoń, należy delikatnie ucisnąć stawy w takiej



kolejności, jak je oglądaliśmy. Zazwyczaj zaczynamy od stawów najdrobniejszych, czyli śródrečno-paliczkowych, gdyż zmiany patologiczne zazwyczaj rozpoczynają się od tych stawów. Zawsze należy obmacać każde miejsce, w którym na podstawie wywiadu lub oglądania spodziewać się można nieprawidłowości.

Należy obejrzeć okolice stawu skokowego i stopę, poszukując zniekształceń, guzków, obrzęku, modzeli i odcisków. Następnie za pomocą kciuków należy obmacać przednią powierzchnię stawu skokowego, zwracając uwagę na obrzęk i bolesność. Zlokalizowaną bolesność stwierdza się w zapaleniu stawu, uszkodzeniu więzadeł lub w zakażeniu. Bolesność stwierdza się w zapaleniu ścięgna Achillesa, zapaleniu okolicznych kaletek maziowych lub przy naderwaniu ścięgna w wyniku urazu. Na kości piętowej można stwierdzić obecność tzw. ostróg piętowych. Zlokalizowany ból przy palpacji powięzi stopy sugeruje jej zapalenie, stwierdzane w przebiegu reumatoidalnego zapalenia stawów, dny moczanowej lub po długim przebywaniu w pozycji stojącej bądź wykonywaniu ćwiczeń związanych z powtarzaniem uderzaniem piętą o podłoże.

Następnie dokładnie należy obmacać okolice kostki przyśrodkowej i bocznej w poszukiwaniu bolesności, zwłaszcza jeżeli pacjent doznał urazu tej okolicy. Jeżeli pacjent po urazie nie może utrzymać ciężaru ciała na stopie oraz przejść więcej niż 4 kroki i stwierdza się bolesność na tylnej powierzchni kostki, zwłaszcza przyśrodkowej, należy podejrzewać złamanie kostki. Jeżeli występuje bolesność przy badaniu palpacyjnym stawów śródstopno-paliczkowych, jest to wczesny objaw reumatoidalnego zapalenia stawów. Ostre zapalenie stawu śródstopno-paliczkowego występuje w dnie moczanowej. Bolesność w okolicy głowy 3. i 4. kości śródstopia po stronie podeszwowej występuje w nerwiaku Mortona.

### **Nieprawidłowości w obrębie stopy**

#### **Płaskostopie**

Objawy płaskostopia mogą być bardzo widoczne u pacjenta lub widoczne tylko w pozycji stojącej. Łuk podłużny ulega spłaszczeniu tak, że podeszwa zbliża się lub całkowicie dotyka podłoża. Prawidłowo wklęsły kształt przyśrodkowej strony stopy staje się wypukły. Może być stwierdzana bolesność od okolicy kostki przyśrodkowej i w dół wzdłuż przyśrodkowo-podeszwowej powierzchni stopy. Do przodu od kostki przyśrodkowej może pojawiać się obrzęk. Należy obejrzeć stopy, poszukując śladów nadmiernego obciążenia wewnętrznej krawędzi stopy i pięty.

#### **Koślawość palucha**

W przypadku koślawości paluch jest nieprawidłowo odwiedziony w stosunku do pierwszej kości śródstopia, która z kolei jest przesunięta przyśrodkowo. Może wystąpić przerost kości po stronie przyśrodkowej głowy 1. kości śródstopia, a nad punktem wzmoczonego nacisku może wykształcić się kaletka. Czasem może dojść do zapalenia tej kaletki.

#### **Nerwiak Mortona**

Bolesność na podeszwowej powierzchni stopy i nad głowami 3. i 4. kości śródstopia spowodowana jest prawdopodobnie uciskiem na przyśrodkowy i boczny nerw podeszwowy. Inne objawy to: przeczulica, drętwienie, ból, uczucie pieczenia od okolicy głów kości śródstopia do 3. i 4. palca.

#### **Wrośnięty paznokieć**

Ostra krawędź paznokcia może wbić się i zranić boczną część wału łoża paznokciowego, powodując stan zapalny lub zakażenie. Pojawia się bolesność i zaczerwienienie wału, który może nasuwać się na płytkę paznokciową. Pojawić może się ziarnina i wyciek ropnej treści. Najczęściej występuje w obrębie palucha.

#### **Palec młoteczkowaty**

Palec młoteczkowaty, patologia najczęściej dotyczy 2. palca, polega na nadmiernym wyproście (przeproście) w stawie śródstopno-paliczkowym i zgięciu w stawie międzypaliczkowym bliższym. Nad miejscem wzmoczonego ucisku nad stawem międzypaliczkowym bliższym pojawia się nadmierne rogowacenie – odcisk.

#### **Odcisk**

Odcisk to bolesne, stożkowate zgrubienie skóry, prawidłowo w tym miejscu cienkiej, wynikające z powtarzającego się ucisku. Szczyt stożka skierowany jest w głąb tkanek i powoduje ból. Odciski najczęściej pojawiają się nad wyniosłościami kostnymi, takimi jak 5. palec. Jeśli zlokalizowany jest w okolicy narażonej na wilgoć, takiej jak okolica między palcem 4. a 5., nazywa się go odciskiem miękkim.

#### **Modzel**

Podobnie jak odcisk, modzel to obszar znacznego pogrubienia skóry powstający w okolicy narażonej na powtarzający się ucisk. Inaczej niż w przypadku odcisku modzel powstaje w rejonie skóry grubszej, takiej jak na podeszwie stopy, jest zwykle niebolesny. Jeżeli modzel jest bolesny, to pod nim może znajdować się brodawka.

## **Brodawka**

Brodawki na stopach to brodawki zwykłe, zlokalizowane w obrębie grubszej skóry podeszwy. Brodawka może przypominać modzel lub być przykryta modzelem. Należy poszukiwać małych, ciemnych plamek nadających brodawce nakrapiany wygląd. Prawidłowe linie papilarne kończą się na brzegu brodawki.

## **Owrzodzenie neuropatyczne**

Gdy czucie bólu jest zmniejszone lub go nie ma, jak w przypadku neuropatii cukrzycowej, owrzodzenia neuropatyczne mogą pojawiać się w punktach wzmożonego ucisku na stopie. Mimo że często są głębokie i zakażone, są też niebolesne. Stwierdzenie obecności modzeli wokół owrzodzenia może być pomocne dla ustalenia rozpoznania. Podobnie jak owrzodzenie, modzel również powstaje w wyniku przewlekłego ucisku.

## **2.11. Badanie układu nerwowego**

Zebranie dokładnego wywiadu ma duże znaczenie w poznawaniu sytuacji pacjenta z zaburzeniami neurologicznymi. Wywiad powinien obejmować: rodzaj i czas trwania dolegliwości, ich rozwój i przebieg, co może pomóc rozpoznać szczególne problemy pacjenta. Czasem może być utrudnione zebranie informacji od pacjenta, gdyż może on być splątany. Wówczas bardzo zasadne jest porozmawianie z krewnymi, przyjaciółmi, sąsiadami, czyli osobami, które dłużej znają badanego pacjenta.

Na czoło zaburzeń istotnych w diagnozowaniu neurologicznym pacjenta wysuwają się bóle głowy i omdlenia. Bóle głowy zostały już omówione szczegółowo przy badaniu głowy, natomiast omdlenia, czyli krótkotrwała utrata przytomności wywołana przejściowym globalnym zmniejszeniem perfuzji mózgowej, zostaną szczegółowo omówione w tym rozdziale.

### **Rodzaje i przyczyny omdleń**

**Hipotensja ortostatyczna** – nieadekwatny odruchowy skurcz naczyń, zarówno tętniczek, jak i żył, który skutkuje zastojem żylnym, zmniejszonym rzutem serca i niskim ciśnieniem krwi. Najczęściej czynnikiem ją wywołującym jest nagła zmiana pozycji – zbyt szybkie wstawanie, duży wysiłek w czasie defekacji przy zaparciach.

**Omdlenie związane z kaszlem** – mechanizm takiego omdlenia związany jest ze zwiększeniem ciśnienia wewnątrz klatki piersiowej, najczęściej spowodowany ciężkim napadem kaszlu.

**Omdlenie związane z oddawaniem moczu** – mechanizm takiego omdlenia jest nieznany, najczęściej występuje na skutek opróżnienia pęcherza moczowego po wstaniu z łóżka.

**Zaburzenia rytmu serca** – omdlenie spowodowane jest zmniejszonym rzutem serca wtórnym do rytmu serca, który jest za szybki (zwykle powyżej 180/min) lub za wolny (mniej niż 3-40/min). Na ogół ma nagły początek i nagły koniec. Czynnikiem wywołującym jest nagła zmiana rytmu serca. Częściej występuje u starszych pacjentów. U młodych ludzi pod wpływem stresu emocjonalnego, z objawami przepowiadającymi w postaci zaczerwienienia twarzy, uczucia ciepła lub nudności, może występować omdlenie wazowagalne (naczyniodepresyjne) o powolnym początku i zakończeniu.

**Stenoza aortalna i kardiomiopatia przerostowa** – mechanizm takiego omdlenia spowodowany jest oporem naczyniowym zmniejszającym się podczas wysiłku, ale brak jest wzrostu rzutu serca. Czynnikiem wywołującym omdlenie jest wysiłek.

**Zatorowość płucna** – omdlenie powstaje w wyniku nagłej hipoksji lub zmniejszonego rzutu serca. Przyczyny mogą być różne, w tym przedłużone unieruchomienie lub zaburzenia krzepnięcia.

**Hipokapnia spowodowana hiperwentylacją** – skurcz naczyń żylnych mózgowia wtórny do hipokapnii wywołanej hiperwentylacją. Czynnikiem wywołującym może być sytuacja stresowa.

**Hipoglikemia** – stężenie glukozy niewystarczające do utrzymania metabolizmu mózgu, a wydzielanie adrenaliny przyczynia się do wystąpienia objawów. Prawdziwe omdlenie nie jest częste. Różne mogą być czynniki wywołujące, np. głodzenie.

**Zasłabnięcie histeryczne** – symboliczne wyrażenie nieakceptowanej idei poprzez język ciała. Zabarwienie skóry oraz parametry życiowe mogą być prawidłowe, czasami z dziwnymi i celowymi ruchami. Omdlenie występujące często w obecności innych ludzi. Powoduje je sytuacja stresowa.

### **Badanie przedmiotowe**

Badanie przedmiotowe obejmuje oglądanie i palpację. W czasie oglądania zwraca się uwagę na występowanie drgawek, zaburzeń mowy, oczopląsu, porażen twarzy, zaburzeń chodu i postawy oraz obecność cech świadczących o danym stanie klinicznym. Natomiast badając palpacyjnie, należy ocenić napięcie mięśniowe, ustalić występowanie ewentualnych zaburzeń, jak również zbadać odruchy patologiczne.

Badanie może przebiegać jako badanie pełne układu nerwowego lub jako badanie skrócone. Niezależnie od tego, czy przeprowadza się badanie pełne czy tylko skrócone, należy starać się je zawsze usystematyzować, wyróżniając 5 kategorii: 1. stan psychiczny, mowa i wymowa, 2. nerwy czaszkowe, 3. układ ruchowy, 4. układ czuciowy, 5. odruchy. Badanie rozpoczyna się od obserwacji pacjenta. Obserwacja twarzy, zachowania, wykonywanych ruchów nasuwa często określone podejrzenia co do rodzaju zaburzeń neurologicznych. Mogą to być porażenia poszczególnych nerwów czaszkowych, jak opadanie powieki, zez lub osłabienie mięśni twarzy. Ubogość mimiki, zaobserwowana podczas rozmowy, może być wyrazem depresji lub hipokinezy parkinsonowskiej. Grymasy twarzy przemawiają za rozpoznaniem płasawicy. Osłabienie mięśni wyrazowych (twarzy), rozwijające się podczas zbierania wywiadu, może być bezpośrednim dowodem diagnostycznym miastonii.

Drgawki są to mimowolne, dość rytmiczne skurcze mięśni. Drgawki pojawiające się, kiedy kończyna jest uniesiona równolegle do podłoża, to drgawki fizjologiczne.

Drgawki częściowe zaczynają się objawami ogniskowymi. Dzielimy je dalej na drgawki częściowe proste, w których nie dochodzi do zaburzeń świadomości, oraz drgawki częściowo złożone, w których świadomość jest zaburzona. Drgawki częściowe mogą stać się uogólnione. Drgawki częściowe wszystkich typów zwykle świadczą o strukturalnym uszkodzeniu w korze mózgowej, takim jak blizna czy zawał.

Drżenia są to względnie rytmiczne ruchy oscylacyjne, które można ogólnie podzielić na 3 grupy: drżenie spoczynkowe, posturalne i zamiarowe.

#### **Drżenia spoczynkowe**

Ten rodzaj drżenia jest najbardziej wyraźny w spoczynku i może się zmniejszać lub zanikać podczas ruchu dowolnego. Występuje częste, względnie powolne, drobnofaliste drżenie, typowe dla parkinsonizmu, przypominające kręcenie pigulek, o częstotliwości ok. 5 na sekundę.

#### **Drżenia posturalne**

To drżenie pojawia się, gdy zajęta część ciała aktywnie utrzymuje jakąś pozycję. Wśród przykładów można wymienić drobnofaliste, szybkie drżenie w nadczynności tarczycy, drżenia w niepokoju i zmęczeniu czy łagodne drżenie samoistne (czasami występujące rodzinnie). Drżenie może nasilać się nieco w trakcie wykonywania dowolnych czynności.

#### **Drżenia zamiarowe**

Drżenie zamiarowe, nieobecne w spoczynku, pojawia się w trakcie wykonywania czynności i często jest najbardziej wyraźne, gdy cel jest blisko. Wśród przyczyn znajdują się choroby obejmujące drogi mózdkowe, takie jak stwardnienie rozsiane.

#### **Dyskinezy ustno-twarzowe**

Dyskinezy ustno-twarzowe są ruchami rytmicznymi, powtarzalnymi, dziwacznymi, które obejmują głównie twarz, usta, żuchwę i język: wykrzywanie twarzy, sznurowanie ust, wysuwanie języka, otwieranie i zamykanie ust, ruchy żuchwy na boki. Kończyny i tułów zajęte są znacznie rzadziej. Ruchy te mogą być późnym powikłaniem stosowania leków psychotropowych, np. z grupy pochodnych fenotiazyny i nazywane są wówczas dyskinezami późnymi. Występują także w długotrwałych psychozach, u części osób w podeszłym wieku i pozbawionych zębów.

#### **Tiki**

Tiki to krótkotrwałe, powtarzalne, stereotypowe skoordynowane ruchy pojawiające się w nieregularnych odstępach czasu. Przykłady to powtarzalne mruganie, grymasy twarzy, wzruszanie ramionami. Przyczyny obejmują zespół Tourette'a, leki, np. pochodne fenotiazyny i amfetaminę.

#### **Dystonia**

Ruchy dystoniczne są podobne do atetotycznych, ale obejmują większe obszary ciała, w tym tułów. Wynikiem mogą być groteskowe, wykręcone pozycje ciała. Przyczyny obejmują leki, np. pochodne fenotiazyny (chlorpromazyna), pierwotną dystonię torsyjną oraz kręć karku.

#### **Atetoza**

Ruchy atetotyczne są wolniejsze, bardziej skracające i „węzowe” niż ruchy płasawicze, mają także większą am-

plitudę. Najczęściej obejmują twarz i dystalne części kończyn. Atetozą często powiązana jest ze spastycznością. Wśród przyczyn wymienia się porażenie mózgowe.

#### **Pląsawica**

Ruchy podobne do pląsawicznych są krótkie, nagłe, zrywające, nieregularne i nieprzewidywalne. Występują w spoczynku lub przerywają prawidłowe, skoordynowane ruchy. W przeciwieństwie do tików rzadko się powtarzają. Najczęściej dotyczą twarzy, głowy, przedramion i dłoni. Przyczyny obejmują pląsawicę Sydenhama (z gorączką reumatyczną) i chorobę Huntingtona.

#### **Zaburzenia mowy**

Zaburzenia mowy dzielą się na 3 grupy: wpływające na głos, artykulację, tworzenie i rozumienie wypowiedzi.

**Afonia** oznacza utratę głosu, która towarzyszy chorobom krtani lub zaopatrujących ją nerwów.

Termin **dysfonia** odnosi się do łżejszych zaburzeń wpływających na głośność, charakter czy wysokość głosu. Pacjent może być zachrypnięty lub mówi tylko szeptem. Przyczynami zaburzeń mogą być zapalenie krtani, guzy krtani oraz jednostronne porażenie strun głosowych (nerw czaszkowy X).

**Dyzartria** oznacza uszkodzenie kontroli nerwowo-mięśniowej nad aparatem mowy (wargami, językiem, podniebieniem czy gardłem). Słowa mogą być wypowiedane nosowo, niewyraźnie lub niezrozumiale, ale symboliczne znaczenie wypowiedzi pozostaje prawidłowe. Przyczyny obejmują uszkodzenie układu ruchowego w części ośrodkowej lub obwodowej układu nerwowego, parkinsonizm i choroby mózdzku.

**Afazja** to zaburzenie tworzenia lub rozumienia wypowiedzi. Często jest ona spowodowana uszkodzeniem w dominującej półkuli mózgu, zazwyczaj lewej.

**Afazja Wernickiego** – mowa jest płynna, często szybka, obfita, niewymagająca wysiłku. Fleksja i wymowa są prawidłowe, ale zdania są pozbawione sensu, a słowa zniekształcone (parafrazje) lub wymyślone (neologizmy). Mowa może być całkowicie niezrozumiała. Zaburzone jest rozumienie słów, powtarzanie, nazywanie, rozumienie tekstu czytanego, pisanie. Ognisko chorobowe jest zlokalizowane w tylnej, górnej części płata skroniowego.

**Afazja Broki**. Mowa niepłynna, powolna, z nielicznymi słowami i znacznym wysiłkiem. Zaburzona jest fleksja i artykulacja słów, ale wypowiedzi zachowują sens, z rzeczownikami, czasownikami przechodnimi i istotnymi przymiotnikami. Krótkie części zdania są często pomijane. Rozumienie słów jest dość dobre lub dobre, powtarzanie zaburzone, nazywanie zburzone, chociaż pacjent rozpoznaje obiekt. Rozumienie tekstu pisanego jest dość dobre lub dobre, pisanie zaburzone. Ognisko chorobowe jest zlokalizowane w tylnej, dolnej części płata skroniowego.

**Oczopląs** to rytmiczne oscylacje gałek ocznych, analogiczne do drżenia innych części ciała. Istnieje wiele jego przyczyn, m.in. zaburzenia widzenia we wczesnym okresie życia, choroby błędnika i mózdzku oraz działania toksyczne leków. Oczopląs pojawia się zwykle wtedy, gdy patrzymy na szybko poruszające się objekty (np. przejeżdżający pociąg).

#### **Porażenia twarzy**

Niedowład lub porażenie mięśni twarzy może być spowodowane albo obwodowym uszkodzeniem nerwu czaszkowego VII, czyli nerwu twarzowego, na każdym jego odcinku albo uszkodzeniem ośrodkowym obejmującym górny neuron ruchowy w odcinku pomiędzy korą mózgu a mostem.

**Uszkodzenie nerwu VII obwodowe** – powoduje porażenie całej prawej części twarzy, łącznie z czołem. Oko nie zamyka się, gałka oczna ucieka ku górze, wygładzony fałd nosowo-gardłowy, czoło nie marszczy się, brew się nie unosi, porażenie dolnej części twarzy (opadnięty kącik ust).

**Uszkodzenie nerwu VII ośrodkowe** – powoduje porażenie tylko dolnej części twarzy (opadnięty kącik ust).

#### **Zaburzenia chodu i postawy**

Ważnym elementem oceny neurologicznej jest ocena chodu i postawy. Należy poprosić pacjenta, aby przeszedł się po pokoju tam i z powrotem, kucnął, przeszedł na piętach i na palcach. Obserwować należy jego chód, postawę, utrzymanie równowagi, ruchy nóg. U osób zdrowych nie występują problemy z utrzymaniem równowagi, pacjent porusza ramionami i płynnie wykonuje zwroty. Zaburzenia chodu zwiększają ryzyko upadków. Chód, w którym brak jest koordynacji, występuje chwieianie i niestabilność, określa się jako ataktyczny. Ataktyczność może być spowodowana uszkodzeniem mózdzku, utratą czucia ułożenia lub zatruciem. Chód „stopkami”

może wykazać obecność dyskretnej ataksji. Chodzenie na palcach i piętach może wykazać obecność dystalnego osłabienia mięśni kończyn dolnych. Niemożność chodzenia na piętach jest czułą próbą dla oceny uszkodzenia drogi piramidowej. Trudności z wykonaniem przysiadu sugerują osłabienie mięśni proksymalnych (prostowników stawu biodrowego), osłabienie mięśnia czworogłowego (prostownik kolana) lub jednych i drugich.

#### **Obraz kliniczny śpiączki**

Śpiączka jest to głębokie zaburzenie świadomości i przytomności związane z rozpadem cyklu czuwania i wzbudzenia, objawiające się brakiem reakcji nawet na silne bodźce oraz uogólnionym bezruchem. Istnieje wiele przyczyn śpiączki, większość można zaklasyfikować jako strukturalne lub metaboliczne. Objawy są bardzo zmienne u poszczególnych pacjentów, dlatego nie mogą być ścisłymi kryteriami diagnostycznymi.

**Śpiączka metaboliczna.** Zatrucie ośrodków odpowiedzialnych za utrzymanie świadomości lub niedobór istotnych substratów. Tor oddychania, jeśli jest regularny, może być prawidłowy lub przebiegać z hiperwentylacją. Jeśli nieregularny, zazwyczaj to oddech Cheyne'a-Stokesa. Źrenice są równe, reagujące na światło. Poziom świadomości zmienia się po zmianie szerokości źrenic. Przykłady przyczyn: mocznica, hiperglikemia, alkohol, leki, niewydolność wątroby, niedoczynność tarczycy, hipoglikemia, niedokrwienie, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie mózgu, hipertermia, hipotermia.

**Śpiączka strukturalna.** Ogniska chorobowe powodują uszkodzenie lub ucisk ośrodków pobudzających w pniu mózgu, albo bezpośrednio, albo wtórnie, do rozrastających się odległych zmian powodujących efekt masy. Tor oddychania jest nieregularny, szczególnie typu Cheyne'a-Stokesa lub ataktyczny. Może wystąpić ośrodkowa hiperwentylacja. Źrenice nierówne lub niereagujące na światło (sztywne), obraz sugeruje ucisk na śródmózgowie. Poziom świadomości zmienia się przed zmianą szerokości źrenic. Przykłady przyczyn: krwiak nadwardówkowy, podwardówkowy, zawał lub zator mózgowy, guz, ropień, zawał pnia mózgu, zawał mózdzku, krwotok, guz lub ropień.

#### **Badanie palpacyjne**

W badaniu neurologicznym pacjenta należy także ocenić jego napięcie mięśniowe i ułożenie ciała. Zwrócić należy uwagę na pozycję ciała pacjenta. Jeżeli nie wykonuje żadnych spontanicznych ruchów, może być konieczna stymulacja bodźcem bólowym. Ruch prawidłowy, unikanie – pacjent odpycha bolesny bodziec lub wycofuje przed nim kończynę. Ruch stereotypowy – bodziec wywołuje nieprawidłową odpowiedź posturalną tułowia i kończyn lub występuje porażenie wiotkie lub brak reakcji. Przeważnie występują 2 spośród reakcji stereotypowych: sztywność z odkorowania oraz sztywność odmóżdzeniowa. Brak reakcji po jednej stronie sugeruje uszkodzenie drogi korowo-rdzeniowej.

#### **Sztywność z odkorowania**

W sztywności z odkorowania kończyny górne są mocno przywiedzione do boków, ze zgiętymi łokciami, nadgarstkami i palcami rąk. Kończyny dolne są wyprostowane i zrotowane do wewnątrz. Stopy są zgięte podszwowo. Taka pozycja wskazuje na uszkodzenie dróg korowo-rdzeniowych w obrębie lub w pobliżu półkul mózgu. Jeśli występuje jednostronnie, jest to pozycja typowa dla przewlekłego spastycznego porażenia połowiczego.

#### **Sztywność odmóżdzeniowa**

W sztywności odmóżdzeniowej zęby są zaciśnięte, a szyja wyprostowana. Kończyny górne są przywiedzione i sztywno wyprostowane w stawach łokciowych, z przedramionami nawróconymi, nadgarstkami i palcami zgiętymi. Kończyny dolne są sztywno wyprostowane w stawach kolanowych, ze stopami zgiętymi podszwowo. Pacjent może przyjmować taką pozycję spontanicznie lub tylko w reakcji na bodziec zewnętrzny, taki jak światło, hałas lub ból.

#### **Porażenie połowicze**

Nagłe, jednostronne uszkodzenie mózgu obejmujące drogę korowo-rdzeniową może spowodować porażenie połowicze (jednostronne), które we wczesnym okresie jest wiotkie. Spastyczność rozwija się później. Porażone kończyny są wiotkie. Opadają luźno i bez napięcia po podniesieniu z łóżka. Ruchy spontaniczne i reakcje na bodźce bólowe są ograniczone do strony przeciwnej. Kończyna dolna może leżeć w pozycji zrotowanej na wewnątrz. Jedna strona twarzy może być porażona i w czasie wydechu może być słyszalne „pykanie” (objaw fajki). Oczy mogą być zwrócone w stronę przeciwną do porażonej.

#### **Zaburzenia napięcia mięśniowego**

**Spastyczność** – występuje zwiększone napięcie mięśniowe (hipertonie) zależne od szybkości ruchu. Napięcie jest większe, jeśli ruchy bierne wykonywane są szybciej, a mniejsze, gdy ruchy bierne są wolniejsze. Napięcie jest także większe w krańcowych pozycjach zakresu ruchu. Podczas gwałtownego ruchu biernego początkowo hipertonia może ustąpić nagle, kiedy kończyna się rozluźnia. To spastyczne „zacięcie” i rozluźnienie jest znane jako

opór „scyzorykowy”. Lokalizacja uszkodzenia – górny neuron ruchowy w drodze korowo-rdzeniowej na każdym jej odcinku od kory mózgu do rdzenia kręgowego. Często przyczyna to udar, głównie faza późna lub przewlekła. **Sztywność** – zwiększony opór, stały przez cały zakres ruchu, niezależny od szybkości ruchu, nazywany jest sztywnością rury ołowianej. Nakładające się podczas ruchów zgięcia i prostowania w nadgarstku lub przedramieniu zacinalenie się nazywane jest sztywnością koła zębatego. Lokalizacja uszkodzenia – układ jąder podstawy. Często przyczyna – parkinsonizm.

**Wiotkość** – utrata napięcia mięśniowego (hipotonia) powodująca rozluźnienie lub wiotkość kończyny. Zajęte kończyny mogą być podatne na przeprost lub nawet cepowate. Wiotkie mięśnie są jednocześnie słabe. Lokalizacja uszkodzenia – dolny neuron ruchowy w każdym punkcie od rogów przednich rdzenia kręgowego po nerwy obwodowe. Często przyczyna – Zespół Guillaina-Barrego, także początkowa faza w uszkodzeniu rdzenia kręgowego (szok rdzeniowy) lub udar.

**Paratonia** – nagłe zmiany napięcia przy ruchach biernych. Nagła utrata napięcia, która zwiększa łatwość ruchu, zwana jest „współporuszaniem”. Nagły wzrost napięcia utrudniający ruch nazywany jest „powstrzymywaniem”. Często przyczyna to otępienie.

**Objaw Rossolimo (odruch Rossolimo)** – patologiczny objaw neurologiczny świadczący o uszkodzeniu układu piramidowego, polegający na podeszwowym zgięciu palców stopy w odpowiedzi na szybkie ich uderzenie. Badanie przeprowadza się u pacjenta leżącego na plecach z wyprostowanymi kończynami dolnymi. Badający szybko, energicznie i dość silnie uderza opuszkami palców jednej ręki w opuszki palców stopy chorego, wywołując zgięcie podeszwowe palców i ich odwodzenie. Jego znaczenie jest mniejsze niż objawu Babińskiego, który to może być nieraz jedynym i rozstrzygającym objawem sugerującym uszkodzenie układu piramidowego (drogi korowo-rdzeniowej).

**Objaw Oppenheima** – objaw świadczący o uszkodzeniu dróg piramidowych ośrodkowego neuronu ruchowego. Wywołuje się go, uciskając przednią krawędź kości piszczelowej, a potem przesuwając ucisk obwodowo w kierunku stawu skokowego. Jeżeli nastąpi charakterystyczny wyprost palucha, to objaw jest dodatni. Objaw Oppenheima zyskuje na znaczeniu, gdy pacjent, siłą woli powstrzymując odruch, uniemożliwia zbadanie klasycznego objawu Babińskiego.

**Objaw Chaddocka** – objaw neurologiczny z grupy objawów piramidowych, polegający na zgięciu grzbietowym palca lub palców stopy po podrażnieniu skóry kostki bocznej, np. ręką ręką młoteczką neurologiczną. Sprawdzenie tego objawu nie zastępuje wywołania objawu Babińskiego, ma jednak znaczenie uzupełniające.

#### Techniki specjalne w badaniu układu nerwowego

##### Badanie objawów oponowych

Badanie tych objawów jest istotne w przypadku podejrzenia zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych wywołanego zakażeniem w obrębie ośrodkowego układu nerwowego lub krwawieniem podpajęczynówkowym.

**Sztywność karku.** Przed badaniem należy upewnić się, że nie doszło u pacjenta do urazu kręgosłupa szyjnego i rdzenia kręgowego. Następnie, kiedy pacjent leży na plecach, delikatnie rusza się głową pacjenta na boki w celu sprawdzenia, czy nie ma wzmożonego napięcia mięśni karku. Następnie należy podłożyć lewą rękę z tyłu głowy pacjenta i przygiąć ją tak, aby broda dotknęła do klatki piersiowej. Objaw sztywności karku jest dodatni, jeżeli automatycznie wzrasta napięcie mięśni karku i niemożliwe jest zbliżenie brody pacjenta do klatki piersiowej lub obracanie głowy na boki. Liczbą palców badającego ocenia się odległość między brodą a mostkiem pacjenta, co określa nasilenie objawu. Sztywność karku występuje u 90% pacjentów z ostrym bakteryjnym zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych i u 20–85% pacjentów z krwawieniem podpajęczynówkowym. W nasilonych przypadkach może mieć miejsce samoistne zgięcie głowy ku tyłowi. U osób zdrowych kark jest podatny i pacjent z łatwością może przygiąć głowę do przodu. Należy pamiętać, że u osób starszych może wystąpić niemożność przygięcia głowy spowodowana zmianami zwyrodnieniowymi w kręgosłupie szyjnym.

**Objaw Brudzińskiego karkowy.** Podczas zginania karku pacjenta należy obserwować jego kończyny dolne w stawach biodrowych i kolanowych. Zgięcie kończyn dolnych w stawach biodrowych i kolanowych w czasie wykonywania przygięcia głowy do klatki piersiowej określane jest jako dodatni objaw Brudzińskiego i sugeruje zapalenie opon mózgowych. U osób zdrowych kończyny dolne w czasie wykonywania badania powinny pozostać rozluźnione i nieruchome.

**Objaw Kerniga.** Pacjentowi leżącemu na plecach należy zgiąć kończynę dolną zarówno w stawie biodrowym, jak i kolanowym, a następnie ją wyprostować. Uczucie dyskomfortu pod kolanem podczas pełnego wyprostowania występuje u wielu zdrowych osób, ale ruch ten nie powinien wywoływać bólu. Ból i zwiększony opór przy prostowaniu kończyny oznacza dodatni objaw Kerniga. Jeżeli występuje obustronnie, sugeruje podrażnienie opon. Ucisk na korzeń nerwu rdzeniowego w odcinku lędźwiowo-krzyżowym może także wywołać opór przy prostowaniu oraz ból w dolnej części pleców i na tylnej powierzchni uda. Zazwyczaj wówczas zajęta jest tylko jedna kończyna.

**Objaw Hermana.** Podczas próby badania sztywności karku i zbliżenia brody do klatki piersiowej dochodzi do odruchowego zgięcia grzbietowego palucha (objaw karkowo-paluchowy). Uważa się, że objaw ten występuje częściej w gruźliczym zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych.

Jeżeli u pacjenta występuje ból w krzyżu promieniujący wzdłuż kończyny, to powszechnie zwany jest rwą kulszową, jeśli obejmuje obszar unerwiony przez korzeń S1. Typowo towarzyszy mu ból w dolnej części kręgosłupa. Pacjenci zgłaszają parestezje i osłabienie siły mięśniowej. Pochylenie tułowia, kichanie, kaszel, napięcie tłoczni brzusznej w czasie defekacji nasilają ból. Rwa kulszowa jest czułym (ok. 95%) i swoistym (ok. 88%) objawem przepukliny krążka międzykręgowego.

**Objaw Lasègue'a.** Objaw polegający na niemożności podniesienia kończyny dolnej w pozycji leżącej. Wskazuje na kompresję nerwu kulszowego. Ponadto może mu towarzyszyć trudność w unoszeniu bioder i całego ciała z pozycji leżącej przy wyprostowanych kończynach dolnych, spowodowana występującym wtedy bólem. Pacjent może wykonać tę czynność dopiero po uprzednim zgięciu nóg w stawach kolanowych. Objaw Lasègue'a jest charakterystyczny dla rwy kulszowej.

**Objaw Lasègue'a ma dwie odmiany:**

- pierwsza polega na wystąpieniu bólu wzdłuż wyprostowanej kończyny dolnej podczas jej biernego unoszenia;
- drugą wywołuje się, zginając kończynę w stawach biodrowym i kolanowym, a następnie prostując; podobnie o objawie dodatnim świadczy wystąpienie nagłego bólu wzdłuż kończyny.

Test diagnostyczny objawu Lasègue'a wygląda następująco: Badany leży na plecach, miednica musi być ustabilizowana. Badający wykonuje bierne podnoszenie nogi pacjenta. Noga w stawie kolanowym wyprostowana, stopa w zgięciu podeszwowym i wykonuje się zgięcie w stawie biodrowym. Jeżeli ból występuje w niefizjologicznym zakresie, oznacza to, że mamy do czynienia z zespołem korzeniowym, a dokładniej z uciskiem na nerw kulszowy. Jeżeli odczuwa się jedynie ciągnący ból, może to być powiązane z przykurczem mięśni grupy kulszowo-goleniowej. Znaczenie posiada również kąt (w stosunku do poziomu), przy którym występuje ból, świadczy on bowiem o zaawansowaniu zmian. Dodatni skrzyżowany objaw Lasègue'a (ból w kończynie chorej, gdy prostowana jest zdrowa) wskazuje na przepuklinę krążka międzykręgowego.

**Badanie pacjenta nieprzytomnego**

**Odruch oczno-mózgowy** (objaw „oczu lalki”). Odruch ten pomaga ocenić funkcje pnia mózgu u pacjenta w śpiączce. Trzymając powieki pacjenta otwarte, tak aby widoczne były gałki oczne, należy obrócić szybko głowę pacjenta raz w jedną, raz w drugą stronę. Przed badaniem należy upewnić się, że pacjent nie doznał urazu kręgosłupa szyjnego. U pacjenta w śpiączce, u którego pień mózgu nie został uszkodzony, podczas zwrotu głowy gałki oczne obracają się w stronę przeciwną (ruch „oczu lalki”). Objaw „oczu lalki” jest zachowany. U pacjenta w śpiączce, u którego brak jest objawu „oczu lalki”, utracona została zdolność do skojarzonego ruchu gałek ocznych, co sugeruje uszkodzenie na poziomie śródmózgowia lub mostu.

**Odruch oczno-przedsionkowy** (przy stymulacji kalorycznej). Jeśli odruch oczno-mózgowy nie jest obecny, należy poszukiwać innych sposobów oceny funkcji pnia mózgu i zbadać odruch oczno-przedsionkowy. To badanie prawie nigdy nie jest wykonywane u pacjentów przytomnych. Przed badaniem należy upewnić się, że przewody słuchowe i błony bębenkowe nie są uszkodzone. Do badania głowę pacjenta należy unieść pod kątem ok. 30°, poniżej ucha należy umieścić miskę nerkową, aby do niej spływała woda. Dużą strzykawką należy wstrzykiwać lodowatą wodę przez mały cewnik leżący wewnątrz przewodu słuchowego, ale nie zatykający go. Następnie należy obserwować gałki oczne, czy nie następuje ich zbaczanie w płaszczyźnie poziomej. Może być potrzebne do 120 ml wody, aby wywołać reakcję. U pacjenta w śpiączce, ale z nieuszkodzonym pniem mózgu, gałki oczne zbaczają w stronę ucha, do którego wiano zimną wodę. Badanie należy powtórzyć po drugiej stronie, po odczekaniu 3 do 5 minut, aby całkowicie ustąpiła reakcja po poprzedniej próbie. Brak reakcji sugeruje uszkodzenia pnia mózgu.

## 2.12. Badanie układu endokrynologicznego

Badanie układu endokrynologicznego (wydzielania wewnętrznego) stanowi część ogólnego badania fizykalnego. Osobno bada się jednak gruczoł tarczowy. Najpierw ogląda się szyję od przodu. Jeżeli widoczne jest obrzmienie w okolicy gruczołu tarczowego, należy poprosić pacjenta o przełknięcie (tradycyjnie podaje się badanemu do wypicia szklankę z przegotowaną wodą). Tarczyca (lub torbiel przewodu tarczowo-językowego) przemieszcza się ku górze podczas przełykania, ponieważ jest pokryta przez powięź przedtchawiczą, połączoną z chrząstką pierścieniową krtani. Ten prosty test służy odróżnieniu powiększonej tarczycy od innych guzów szyi (np. powiększonych węzłów chłonnych, które nie zmieniają położenia przy połykaniu). Przerzuty do szyjnych węzłów chłonnych mogą być widoczne jako guzki położone bocznie w stosunku do samej tarczycy. Przed oceną palpacyjną tarczycy należy przeprowadzić badanie tchawicy. Najłatwiej jest przeprowadzić badanie tchawicy, gdy stoi się przed pacjentem. Przesunięcie tchawicy w jedną lub drugą stronę przemawia za znacznym wnikiem wola za mostek. Badanie palpacyjne tarczycy wykonuje się u pacjenta siedzącego. Do badania używa się obu rąk. Obmacując okolice tarczycy, należy starać się wymacać wszystkie nieprawidłowości i je ocenić. Wole jest to powiększona tarczyca. Obmacując tarczycę, należy ocenić jej wielkość, kształt, spistość i bolesność. Rozlany obrzęk guzkowy przemawia za wolem wieloguzkowym, a zlokalizowane obrzmienie może być pojedynczym guzkiem wola wieloguzkowego, choć można również wskazywać, że jest to torbiel, gruczolak lub nowotwór złośliwy. Rozlana bolesność jest typowa dla wirusowego zapalenia tarczycy, natomiast bolesność miejscowa może być objawem krwawienia do światła torbieli tarczycy. Guzki tarczycy o strukturze zbliżonej do prawidłowego gruczołu mogą być duże lub małe, pojedyncze lub mnogie i zwykle są łagodne. Bardzo twarde guzki wskazują na złośliwy charakter zmiany. Powiększone, nieruchome węzły chłonne w sąsiedztwie tarczycy wskazują na raka tarczycy. Tarczyca jest miękka w chorobie Gravesa-Basedowa, spista w zapaleniu Hashimoto i nowotworach.

### Guzek pojedynczy

Może być torbielą, łagodnym guzem oraz guzkiem w obrębie wola guzkowego.

W sytuacji stwierdzenia następujących cech guzka: twardość, szybki wzrost, zespolenie z otaczającymi tkankami, powiększone węzły szyjne należy rozważyć możliwość istnienia nowotworu, którego czynnikami ryzyka są wcześniejsze naświetlania i płeć męska.

### Wole wieloguzkowe

Powiększona tarczyca z 2 lub większą liczbą guzków sugeruje raczej proces metaboliczny niż nowotworowy. Czynnikiem ryzyka nowotworu są dodatnie wywiady rodzinne i postępujące powiększanie guzków.

### Osluchiwanie tarczycy

Osluchując tarczycę, przykładą się membranę stetoskopu po kolei do każdego płata. Pacjenta należy poprosić, aby w czasie osłuchiwania wstrzymał na chwilę oddech. Osluchanie gruczołu może ujawnić szmer w przypadku choroby Gravesa-Basedowa, choć trzeba pamiętać o możliwości przekazywania szmerów pochodzących z serca lub tętnic szyjnych.

### Opukiwanie rękojęści mostka

Gruczoł tarczowy może także powiększać się w kierunku śródpiersia, znajduje się wówczas za rękojęścią mostka. Wole zamostkowe może rozprzestrzeniać się w głąb śródpiersia górnego, wywołując czasami objawy uciskowe (duszność i dysfagię). Wielkość wola zamostkowego można ocenić, opukując rękojęść i górną część mostka. Prawidłowo odgłos opukowy nad tą okolicą jest jawny, natomiast obecność wola zamostkowego powoduje jego stłumienie. Nie jest to jednak pewny sposób wykrywania wola zamostkowego.

### Objawy dysfunkcji tarczycy – nadczynność tarczycy

**Objawy podmiotowe:** nerwowość, utrata masy ciała pomimo zwiększonego łaknienia, zwiększona potliwość i nietolerancja ciepła, kołatanie serca, częste oddawanie stolca, osłabienie mięśni proksymalnych i drżenie.

**Objawy przedmiotowe:** ciepła, gładka i wilgotna skóra, zwiększone ciśnienie skurczowe i rozkurczowe, tachykardia lub migotanie przedsionków. Jeżeli prócz tych zmian dodatkowo występują objawy oczne, jak opóźnienie ruchu powieki i wytrzeszcz, może to wskazywać na chorobę Gravesa-Basedowa.



**Objawy dysfunkcji tarczycy – niedoczynność tarczycy**

**Objawy podmiotowe:** zmęczenie, senność, umiarkowany wzrost masy ciała, sucha, szorstka skóra, nietolerancja zimna, obrzęk twarzy, rąk i podudzi, zaparcia, osłabienie i kurcze mięśni, ból stawów, parestezje, upośledzenie pamięci i słuchu.

**Objawy przedmiotowe:** sucha, szorstka, czasami żółtawa skóra z obrzękiem niepoddającym się uciskowi i wypadaniem włosów, obrzęk okołoczodołowy, zmniejszone ciśnienie tętnicze krwi, bradykardia, w późnych stadiach hipotermia, upośledzona pamięć, niedosłuch, senność.



## V. WYKAZ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH, DO KTÓRYCH JEST UPRAWNIONA PIELĘGNIARKA, POŁOŻNA PO UKOŃCZENIU KURSU SPECJALISTYCZNEGO WYWIAD I BADANIE FIZYKALNE

1. Wykonanie badania podmiotowego osoby dorosłej oraz dokumentowanie wyników badania.
2. Wykonanie badania przedmiotowego osoby dorosłej oraz dokumentowanie wyników badania.
3. Analiza wyników badania podmiotowego i przedmiotowego osoby dorosłej dla potrzeb formułowania diagnozy pielęgniarskiej.

## ZAŁĄCZNIK NR 1

### TEST SPRAWDZAJĄCY BADANIE PODMIOTOWE I PRZEDMIOTOWE OSOBY DOROSŁEJ W ZAKRESIE ZABURZONYCH FUNKCJI NARZĄDÓW I UKŁADÓW

1. Celem badania podmiotowego nie jest:

- a) uzyskanie informacji o pacjencie i jego dolegliwościach somatycznych, psychicznych, o jego sytuacji rodzinnej, społecznej,
- b) zrozumienie istoty schorzenia,
- c) zebranie danych do sformułowania diagnozy pielęgniarskiej,
- d) stwierdzenie nieprawidłowych granic badanych narządów.

2. W badaniu podmiotowym źródłem informacji o pacjencie nie może być:

- a) obserwacja,
- b) wywiad,
- c) pomiar tętna, RR, oddechów,
- d) analiza dokumentacji.

3. Rozpoczynając wywiad z pacjentem, zaczniesz od zadawania pytań:

- a) zamkniętych,
- b) pogłębionych,
- c) otwartych,
- d) nie ma znaczenia od jakich.

4. Klaryfikacja jest to:

- a) ustalenie ważności podawanych zdarzeń,
- b) zwerbalizowanie wypowiedzi pacjenta,
- c) ustalenie kolejności zadawania pytań,
- d) przygotowanie pomieszczenia do badania pacjenta.

5. Pytania, które z jednej strony ograniczają pole odpowiedzi, a z drugiej zachęcają pacjenta do udzielenia dodatkowych informacji, nazywamy pytaniami:

- a) wprost,
- b) otwartymi,
- c) pogłębiającymi,
- d) zamkniętymi.

6. Objawem przedmiotowym nie będzie:

- a) uderzenie gorąca,
- b) krosta,
- c) ściszony szmer płucny po prawej stronie,
- d) błądność powłok skórnych.

7. Okazywanie poprzez słowa zrozumienia uczuć pacjenta jest:

- a) wyjaśnianiem,
- b) empatią,
- c) klaryfikacją,
- d) interpretacją.

8. OLD CARD służy do:

- a) zbierania informacji o dolegliwościach pacjenta,
- b) przeprowadzenia wywiadu socjalnego,

- c) określenia terapii w chorobie pacjenta,
- d) schematycznego przedstawienia więzi rodzinnych pacjenta.

9. SAMPLE to:

- a) schemat badania przedmiotowego,
- b) schemat wywiadu przeprowadzanego z chorym,
- c) rodzaj urazu,
- d) brak prawidłowej odpowiedzi.

10. W skład badania przedmiotowego wchodzi:

- a) zebranie wywiadu,
- b) rozmowa z chorym, USG jamy brzusznej,
- c) osłuchiwanie, palpacja i analiza dokumentacji chorego,
- d) oglądanie, obmacywanie (palpacja), opukiwanie, osłuchiwanie.

11. W badaniu przedmiotowym pacjenta ważne jest badanie stanu psychicznego. Badając orientację allopsychiczną, oceniamy wiedzę pacjenta o:

- a) tożsamości własnej osoby,
- b) emocjach towarzyszących badaniu,
- c) miejscu, czasie i przestrzeni badania,
- d) zaburzeniach spostrzegania.

12. Rozpoznasz II stopień otyłości u pacjenta, gdy BMI wynosić będzie:

- a) 20–25,
- b) 25–30,
- c) 30–35,
- d) 35–40.

13. Pacjent ma na skórze wypukłą, ponad 3 mm zmianę wypełnioną płynem surowicznym pomiędzy warstwami. Możesz określić ją jako:

- a) krostka,
- b) grudka,
- c) plamka,
- d) pęcherzyk.

14. Węzły chłonne badamy w następujący sposób:

- a) symetrycznie po obu stronach jednocześnie – oburącz,
- b) najpierw po jednej stronie, później po drugiej – jedną ręką,
- c) najpierw po jednej stronie, później po drugiej – oburącz,
- d) żadne z powyższych.

15. Badaniem fizykalnym możemy zbadać tylko zatoki:

- a) szczękowe i sitowe,
- b) czołowe i sitowe,
- c) szczękowe i czołowe,
- d) klinowe.

16. Prawidłowo człowiek powinien słyszeć szept z odległości:

- a) 2 m,
- b) 4 m,
- c) 5 m,
- d) 6 m.

17. Próbę Webera wykonujemy przy badaniu:

- a) nerwu IX – językowo-gardłowego,
- b) nerwu VIII – przedsionkowo-ślimakowego,
- c) nerwu X – błędnego,
- d) nerwu XI – dodatkowego.

18. Hyposomia jest to:

- a) brak możliwości rozpoznania zapachu,
- b) nadwrażliwość w rozpoznawaniu zapachów,
- c) brak węchu,
- d) upośledzenie węchu.

19. Błona śluzowa pokrywająca przegrodę i małżowiny nosowe w wirusowym nieżycie nosa jest:

- a) czerwona, naczynia krwionośne obkurczone,
- b) obrzmiała i czerwona,
- c) obrzmiała i blada,
- d) obrzmiała i pokryta nadżerkami.

20. Entropion jest to:

- a) nazwa wstrząsu endokrynogennego,
- b) przyrząd do badania astygmatyzmu,
- c) podwinięcie powieki górnej do wewnątrz,
- d) wywinięcie powieki dolnej na zewnątrz.

21. Chłodna i szorstka skóra, włosy suche i łamliwe mogą być objawami:

- a) nadczynności tarczycy,
- b) nadczynności gruczołów przytarczycznych,
- c) niedoczynności tarczycy,
- d) niedoczynności gruczołów przytarczycznych.

22. Obustronny wytrzeszcz gałek spotykany jest w:

- a) chorobie Graves-Basedowa,
- b) jako cecha konstytucjonalna,
- c) guzie oczodołu,
- d) prawdziwe A i B.

23. W jakiej pozycji powinien być pacjent podczas badania tarczycy?

- a) siedzącej, głowa odchylona lekko do tyłu,
- b) siedzącej, głowa pochylona lekko do przodu,
- c) siedzącej, głowa przygięta do klatki piersiowej,
- d) stojącej, głowa wyprostowana.

24. Wole endemiczne tarczycy spowodowane jest:

- a) nadczynnością tarczycy,
- b) chorobą Gravesa-Basedowa,

- c) zapaleniem tarczycy typu Hashimoto,
- d) niedoborem jodu w pożywieniu.

25. W badaniu przedmiotowym klatki piersiowej:

- a) stłumiony odgłos opukowy może odpowiadać krwiakowi opłucnej,
- b) stwierdzone stłumienie podczas osłuchiwania serca może odpowiadać jego tamponadzie,
- c) obie odpowiedzi prawidłowe,
- d) obie odpowiedzi nie są prawidłowe.

26. Badanie fizykalne jamy brzusznej należy wykonać w następującej kolejności:

- a) oglądanie, osłuchanie, palpacja, opukanie,
- b) palpacja, osłuchanie, opukanie, oglądanie,
- c) oglądanie, osłuchanie, opukanie, palpacja,
- d) osłuchanie, palpacja, oglądanie, opukanie.

27. Punkt McBurney'a jest to punkt znajdujący się:

- a) 2 cm po lewej lub prawej stronie pępka w linii poziomej pępkowej,
- b) w 1/3 odległości od kolca biodrowego prawego na linii łączącej kolec biodrowy górny prawy z pępkiem,
- c) w 1/6 odległości od kolca biodrowego prawego na linii łączącej kolce biodrowe górne,
- d) w połowie odległości, na linii łączącej kolce biodrowe.

28. Objaw Blumberga jest objawem:

- a) rozlanych zmian zapalnych jamy brzusznej,
- b) zapalenia pęcherzyka żółciowego,
- c) zapalenia nerek,
- d) pęknięcia śledziony.

29. Dodatni objaw Murphy'ego jest objawem:

- a) rwy kulszowej,
- b) przepełnienia pęcherza moczowego,
- c) rozlanych zmian zapalnych jamy brzusznej,
- d) zapalenia pęcherzyka żółciowego.

30. Twardy, tzw. deskowaty brzuch można wykryć za pomocą:

- a) palpacji lekkiej jamy brzusznej,
- b) palpacji głębokiej jamy brzusznej,
- c) palpacji oburęcznej jamy brzusznej,
- d) palpacji jamy brzusznej na wdechu.

31. Objaw Chelmońskiego bada się poprzez:

- a) obmacywanie dolnego brzegu wątroby,
- b) wstrząsanie okolicy prawego łuku żebrowego,
- c) wstrząsanie okolicy lędźwiowej prawej,
- d) osłuchiwanie czynności skurczowej pęcherzyka żółciowego.

32. Utrzymujące się od kilku dni bóle w lewym dolnym kwadrancie brzucha, gorączka, objawy otrzewnowe po stronie lewej, wzdęcie:

- a) mogą odpowiadać zapaleniu uchyłków esicy,
- b) są typowe dla ostrego zapalenia trzustki,
- c) są spowodowane zapaleniem pęcherzyka żółciowego,
- d) brak prawidłowej odpowiedzi.

33. Smolisty stolec, fusowate wymioty są objawami:

- a) zatrucia pokarmowego,
- b) krwawienia z przewodu pokarmowego,
- c) obie odpowiedzi są prawidłowe,
- d) obie odpowiedzi nie są prawidłowe.

34. Do pozabrzusnych przyczyn ostrego bólu brzucha zaliczamy:

- a) zawał serca,
- b) zapalenie płuc,
- c) zapalenie przełyku,
- d) wszystkie odpowiedzi prawidłowe.

35. W przypadku krwotoku objawem występującym najpóźniej jest/są:

- a) spadek ciśnienia,
- b) zaburzenia świadomości,
- c) zmniejszenie ilości tlenu w ustroju,
- d) tachykardia.

36. Do schorzeń powodujących objawy „ostrego brzucha” zaliczamy:

- a) zapalenie wyrostka robaczkowego,
- b) przepuklina rozworu przełykowego,
- c) perforacja wrzodu żołądka,
- d) odpowiedź a i c prawidłowe.

37. Do objawów niedrożności jelita nie należy:

- a) wzdęcie brzucha,
- b) wymioty,
- c) duszność,
- d) wstrzymaniu gazów i stolca.

38. Dodatni objaw Jaworskiego jest charakterystyczny dla:

- a) ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego,
- b) zapalenia wyrostka robaczkowego położonego zakątniczo,
- c) kamicy nerkowej,
- d) ostrego zapalenia trzustki.

39. Ból trzewny występuje podczas:

- a) rozciągania i obkurczania ściany jelit,
- b) działania bodźców będących wynikiem wzrostu temperatury,
- c) działania toksyn, środków chemicznych i enzymów,
- d) wystąpienia nacieczenia zapalnego i obrzęku.

40. Objaw chęłbotania może wskazywać na:

- a) obecność torbieli w jamie brzusznej,
- b) obecność płynu w jamie brzusznej,
- c) obecność perforacji wyrostka robaczkowego,
- d) obecność kamieni w pęcherzyku żółciowym.

41. Wątroba ma wypuk:

- a) bębnekowy,
- b) metaliczny,
- c) stłumiony,
- d) jawny.

42. Do badania per rectum pacjenta ciężko chorego, leżącego układamy:

- a) płasko,
- b) na lewym boku,
- c) na prawym boku,
- d) w pozycji pochylonej.

43. Choroba zwykle rozpoczyna się od rozlanego bólu na środku brzucha. Po kilku godzinach ból nasila się i przemieszcza w stronę prawego dołu biodrowego. Kolejno pojawiają się brak łaknienia oraz nudności i obrona mięśniowa. Opis dotyczy:

- a) zapalenia uchyłków jelita grubego,
- b) perforacji przewodu pokarmowego,
- c) zapalenia wyrostka robaczkowego,
- d) zapalenia trzustki.

44. Dodatni objaw Murphy'ego jest objawem:

- a) rwy kulszowej,
- b) przepełnienia pęcherza moczowego,
- c) rozlanych zmian zapalnych jamy brzusznej,
- d) zapalenia pęcherzyka żółciowego.

45. Zjawisko egofonii wysłuchujemy podczas:

- a) osłuchiwania zdrowego mięszu płucnego,
- b) osłuchiwania tchawicy,
- c) osłuchiwania obszaru o zwiększonym zagęszczeniu tkanki płucnej,
- d) osłuchiwanu oskrzela głównego.

46. Stosując technikę opukiwania, możemy określić wielkość wątroby. Prawidłowa rozpiętość stłumienia wątroby w linii środkowo-obojęczykowej po stronie wątroby wynosi:

- a) 2-6 cm,
- b) 4-8 cm,
- c) 6-12 cm,
- d) 8-16 cm.



47. Dla chorób nerek charakterystyczny jest objaw:

- a) Frostberga,
- b) Goldflama,
- c) Chwostka,
- d) Blumberga.

48. Nagły bardzo silny ból w okolicy lędźwiowej, promieniujący wzdłuż wewnętrznej części ud może świadczyć o:

- a) zapaleniu wyrostka robaczkowego,
- b) niedrożności porażennej jelit,
- c) napadzie kolki nerkowej,
- d) perforacji żołądka.

49. Badanie piersi przez kobietę najlepiej przeprowadzać:

- a) co miesiąc przed miesiączką około 3-4 dni,
- b) co miesiąc, około tygodnia po rozpoczęciu miesiączki,
- c) podczas jajczkowania,
- d) w każdym czasie cyklu.

50. W celu zbadania dołu pachowego lewego należy użyć dłoni:

- a) lewej ułożonej płasko,
- b) lewej tworzącej budkę,
- c) prawej ułożonej płasko,
- d) prawej tworzącej budkę.

51. Przyczyną świstów oddechowych jest najczęściej:

- a) bakteryjne zakażenie tkanki płucnej,
- b) zator tętnicy płucnej,
- c) zwężenie dróg oddechowych,
- d) zawał płuca.

52. Określ fazę wdechu w przypadku szmeru oskrzelowo-pęcherzykowego:

- a) wydech równy wdechowi,
- b) wydech krótszy niż wdech,
- c) wydech dłuższy niż wdech,
- d) wydech niesłyszalny.

53. Badanie płuc polegające na ocenie zdolności przewodzenia szeptu to:

- a) bronchofonia,
- b) egofonia,
- c) krepitacja,
- d) pektorylokwia.

54. Objawy balonu i uwypuklenia są stosowane w rozpoznaniu:

- a) bólu kończyn dolnych,
- b) problemów neurologicznych,
- c) obecności płynu w stawie kolanowym,
- d) zmian w widzeniu.

55. Prawidłowe wypełnienie kapilarne wynosi:

- a) 1 – 2 sek.,
- b) 3 – 5 sek.,
- c) 3 – 6 sek.,
- d) tylko 1 sek.

56. Pierwszy ton serca (S1) jest wyrazem:

- a) zamknięcia zastawki aortalnej i płucnej,
- b) biernego wypełniania się komór krwią,
- c) rozszczepienia tonu drugiego S2,
- d) zamknięcia się zastawki trójdzielnej i mitralnej.

57. W którym miejscu można osłuchać zastawkę aortalną?

- a) nie można jej osłuchać,
- b) gdziekolwiek w okolicy serca,
- c) w 2 przestrzeni międzyżebrowej po prawej stronie mostka,
- d) w 2 przestrzeni międzyżebrowej po lewej stronie mostka.

58. Chłonka z jąder jest odprowadzana do węzłów chłonnych:

- a) pachwinowych,
- b) brzusznych,
- c) udowych,
- d) mosznowych.

59. Pacjent leży w łóżku. Prosisz go, by uniośł nogi. Pacjent jednak nie jest w stanie wykonać tego ruchu. Nie widzisz nawet drgań grup mięśniowych. Ocenisz siłę mięśni jako:

- a) 0,
- b) +1,
- c) +2,
- d) +3.

60. Wykonując badanie pacjenta, badasz odruchy. W kończynie górnej nie zbadasz:

- a) odruchu ze ścięgna mięśnia dwugłowego ramienia,
- b) odruchu ze ścięgna mięśnia trójgłowego ramienia,
- c) odruchu ze ścięgna mięśnia czworogłowego ramienia,
- d) odruchu ze ścięgna mięśnia ramiennie-promieniowego.

61. Anizokoria jest to:

- a) wielkość źrenic,
- b) brak reakcji źrenic na światło,
- c) oczopląs wzrokowo-ruchowy,
- d) nierówność źrenic.

62. Wykonując próbę Romberga, oceniasz:

- a) siłę i napięcie mięśni szkieletowych,
- b) podrażnienie opon mózgowo-rdzeniowych,
- c) odruchy ścięgniste,
- d) równowagę ciała i koordynację ruchową.

63. Badanie czucia głębokiego jest to:

- a) ocena odczuwania czucia bólu,
- b) ocena ułożenia i ruchu ciała,
- c) ocena czucia temperatury,
- d) ocena bólu i dotyku.

64. Nerw czaszkowy IX odpowiada za:

- a) smak, ruchy podniebienia – połykanie,
- b) mimikę,
- c) obrót gałki ocznej na zewnątrz,
- d) ocenę położenia ciała w przestrzeni, słuch.

65. Ocena zmarszczenia czoła, symetrii fałdów nosowo-wargowych, wyszczerzenia zębów, zmarszczenia brwi to próby wykonywane przy badaniu nerwu:

- a) okoruchowego,
- b) trójdzielnego,
- c) błoczkowego,
- d) twarzowego.

66. Badanie zborności ruchów w kończynie górnej polega na:

- a) wykonaniu próby „palec – nos”,
- b) rozpoznawaniu kształtu narysowanych na dłoni figur, nazywaniu cyfr,
- c) dotyku watką, tęnym narzędziem do skóry,
- d) odbiorze drgań wibratora przystawionego do dystalnych części kończyn.

67. Dodatni objaw Babińskiego jest prawidłowy u dziecka do:

- a) 1 r.ż.,
- b) 2 r.ż.,
- c) 3 r.ż.,
- d) 4 r.ż.

68. Hemiplegia jest to:

- a) porażenie kończyn dolnych,
- b) porażenie czterokończynowe,
- c) paraliż jednej połowy ciała,
- d) paraliż kończyn dolnych.

69. Afazja Wernickiego (czuciowa) oznacza:

- a) utratę głosu (afonię),
- b) nierozumienie mowy przy zachowanej zdolności do mówienia,
- c) prawidłowe rozumienie mowy przy upośledzonej zdolności do mówienia,
- d) prawidłowe A i B.

70. Objawem oponowym nie jest:

- a) objaw Kerniga,
- b) objaw Lesegua,
- c) objaw Brudzińskiego,
- d) sztywność karku.

## ZAŁĄCZNIK NR 2 KLUCZ ODPOWIEDZI DO TESTU

1. D	19. B	37. C	55. A
2. C	20. C	38. B	56. D
3. C	21. C	39. A	57. C
4. B	22. D	40. B	58. B
5. C	23. A	41. C	59. A
6. A	24. D	42. B	60. C
7. B	25. C	43. C	61. D
8. A	26. C	44. D	62. D
9. B	27. B	45. C	63. B
10. D	28. A	46. C	64. A
11. C	29. D	47. B	65. D
12. D	30. A	48. C	66. A
13. D	31. B	49. B	67. B
14. A	32. A	50. D	68. C
15. C	33. B	51. C	69. B
16. D	34. D	52. A	70. B
17. B	35. B	53. D	
18. D	36. D	54. C	

## ZALĄCZNIK NR 3

## ARKUSZ BADANIA PODMIOTOWEGO PACJENTA - ZALICZENIE MODUŁU I

Imię i nazwisko ..... Wiek ..... Płeć .....

Legenda: opisz lub zaznacz tak „+”, nie „-”, nie wiem lub nie dotyczy „O”

Część 1 - BADANIE PODMIOTOWE											
Źródło informacji o chorym											
Pacjent		Członek/opiekun rodziny		Lekarz rodzinny		Pielęgniarka rodzinna					
Główne dolegliwości (zacytować słowa pacjenta)											
.....											
Początek dolegliwości											
Czynniki nasilające											
Czynniki łagodzące											
Leki przyjmowane przez pacjenta											
.....											
Uczulenia											
.....											
Stosowanie tytoniu		Używanie alkoholu		Narkotyki		Środki psychoaktywne					
Choroby przebyte w dzieciństwie											
.....											
Choroby przewlekłe w życiu dorosłym											
.....											
Wywiad rodzinny – choroby występujące w rodzinie											
Nadciśnienie tętnicze		Choroba wieńcowa		Hipercholesterolemia		Udar mózgu		Cukrzyca			
Choroby tarczycy		Choroby nerek		Choroby stawów		Gruźlica		Astma oskrzelowa			
Choroby płuc		Bóle głowy		Nowotwory		Inne					
DOLEGLIWOŚCI ZE STRONY POSZCZEGÓLNYCH NARZĄDÓW I UKŁADÓW											
Objawy ogólne											
Zmiana masy ciała w ostatnich 3 m-ch				Oslabienie		Męczliwość		Gorączka			
Tycie		Chudnięcie									
Skóra											
Wysypki		Świąd		Guzki		Owrzodzenia		Zmiany zabarwienia		Inne	
Głowa											
Bóle głowy		Urazy głowy		Zawroty głowy		Uczucie pustki w głowie		Inne			
Oczy											
Ból oczu		Podwójne widzenie		Zaczerwienienie		Łzawienie		Okulary			
Plamki przed oczami		Wrażenie migającego światła		Jaskra		Zaćma		Inne			
Uszy											
Śluch	Prawidłowy		Aparat		Szum w uszach		Ból ucha		Zakażenie		Wycieki
	Nieprawidłowy										
Nos i zatoki przynosowe											
Częste infekcje		Zatkanie nosa		Wycieki		Swędzenie		Katar sienny			
Krwawienia z nosa		Problemy z zatokami		Inne							
Jama ustna i gardło											
Stan zębów		Ubytki w zębach		Protezy zębowe		Ból dziąseł		Krwawienia dziąseł			

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

Zapalenie języka		Owrodzenie języka		Suchość jamy ustnej		Ból gardła		Zapalenie gardła	
<b>Szyja</b>									
Węzły chłonne powiększone	Tak Nie		Wole		Guzki		Ból	Sztynność karku	Zmiany skórne na karku
<b>Piersi</b>									
Widoczne zmiany	Prawa Lewa		Ból		Guzki	Prawa Lewa		Wycieki z brodawki	Samobadanie piersi
<b>Układ oddechowy</b>									
Kaszel		Plwocina		Kolor plwociny		Krwioplucie		Duszność	Świsty
Ból opłucnowy		Data ostatniego zdjęcia RTG		Chrapanie		Choroby płuc		Wymień	
<b>Układ krążenia</b>									
RR			Szmery		Ból w klatce piersiowej			Kołatanie serca	
Duszność nocna			Obrzęki na kończynach					Łatwość męczenia się	
<b>Przewód pokarmowy</b>									
Apetyt		Nudności		Wymioty		Zgaga		Trudności w połykaniu	
Częstotliwość wypróżnień		Ból podczas defekacji		Zaparcia		Biegunki		Czarne stolce	
Ból brzucha		Odbijanie się		Oddawanie gazów		Żółtaczką		Inne	
<b>Naczynia obwodowe</b>									
Chromanie przestankowe		Kurcze mięśni nóg		Żyłaki kończyn		Obrzęki kończyn		Bóle kończyn	
<b>Układ moczowy</b>									
Częstość oddawania moczu		Nykturia		Nagłe parcia na moc		Pieczenie w cewce		Krwiomocz	
Zakażenie układu moczowego		Ból nerek		Kolka nerkowa		Strumień moczu	ciągły przerwany	Nietrzymanie moczu	
<b>Narządy płciowe męskie</b>									
Przepuklina		Wydzielina z cewki		Zmiany skórne na prąciu		Ból jąder		Samobadanie jąder	
<b>Narządy płciowe żeńskie</b>									
Pierwsza miesiączka (wiek)		Regularność miesiączek		Czas trwania		Bolesność		Krwawienia między miesiączkowe	
Ostatnia miesiączka		Wiek menopauzy		Wydzielina z pochwy		Świąd sromu		Owrodzenia/guzki sromu	
<b>Układ mięśniowo-szkieletowy</b>									
Bóle mięśni		Ból stawów		Obrzęk stawów		Ograniczenie ruchomości stawów		Dna moczanowa	
<b>Objawy neurologiczne</b>									
Zmiany nastroju		Zaburzenia snu		Zmiany orientacji		Zmiany skupienia		Zmiany pamięci	Omdlenia
Bóle głowy		Zawroty głowy		Uczucie wirowania		Zasłabnięcia		Drgawki	Tiki
Oslabienia		Niedowład		Porażenia		Drżenia		Dreptwienia	Mrowienie
<b>Układ krwiotwórczy</b>									
Bładość skóry		Krwiaki		Zaburzona krzepliwość		Przetoczenia krwi		Reakcje po transfuzji	
<b>Objawy endokrynologiczne</b>									
Nietolerancja ciepła		Nietolerancja zimna		Nadmierna potliwość		Zwiększony głód		Zwiększone pragnienie	
Poluria			Zmiana rozmiaru rękawiczek			Nadmierna aktywność życiowa			

Rozpoznane problemy zdrowotne: .....

Data, podpis i pieczęć pielęgniarki/położnej badającej pacjenta

ZAŁĄCZNIK NR 4  
 ARKUSZ BADANIA PRZEDMIOTOWEGO PACJENTA

Imię i nazwisko ..... Wiek ..... Płeć .....

Legenda: opisz lub zaznacz tak „+”, nie „-”, nie wiem lub nie dotyczy „O”

Część 2 - BADANIE PRZEDMIOTOWE											
<b>Stan ogólny</b>											
Sylwetka ciała				Masa ciała .....		Wzrost.....		BMI .....			
Prawidłowa		Nieprawidłowa									
<b>Narządy zmysłów</b>											
Wzrok				Słuch				Węch			
Prawidłowy		Zaburzony		Prawidłowy		Zaburzony		Prawidłowy		Zaburzony	
<b>Skóra i tkanka łączna</b>											
Stan higieny						Zmiany skórne					
Bardzo dobry		Dobry		Zły		Bez zmian		Występują zmiany		Opisz	
<b>Mięśnie</b>											
Skurcze mięśniowe				Zaniki mięśniowe				Sprawność fizyczna			
								Dobra		Ograniczona	
<b>Układ kostno-stawowy</b>											
Poruszanie się											
Samodzielnie		Konieczność pomocy				Na wózku		Leżący w łóżku			
<b>Głowa</b>											
Urazy głowy				Ból głowy							
				Brak		Często		Rzadko		Nigdy	
Skala Glasgow		.....pkt		Napięciowe				Migrenowe		Klasterowe	
<b>Uszkodzenie mózgu (interpretacja skali Glasgow)</b>											
Brak		Niewielkie				Średnie		Ciężkie			
<b>Galki oczne</b>											
Osadzenie prawidłowe		Ból		Wyrzecz		Zapadnięta gałka oczna		Łzawienie		Zaczerwienienie	
<b>Jama ustna, język, gardło</b>											
Uzębienie				Gardło				Migdałki podniebienne			
Prawidłowe		Ubytki zębów		Ból dziąseł		Ból gardła		Prawidłowe		Zaczerwienione	
<b>Szyja i tarczyca</b>											
Szyja				Tarczyca							
Gruba i krótka		Długa i wąska		Niewyczuwalna		Powiększona		Bolesna			
<b>Klatka piersiowa</b>											
Budowa											
Prawidłowa		Kurza		Lejkowata		Beczkowata		Inna			
Układ oddechowy						Ilość oddechów/min .....					
Oddech						Odgłos opukowy					
Prawidłowy		Zaburzony		Jawny		Bębunkowy		Stłumiony			
<b>Szmeru oddechowe</b>											
Prawidłowe		Nieprawidłowe		Trzeszczenia		Świsty		Tarcie opłucnowe			

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

Duszność		Ślinotok		Zaleganie wydzielin		Kaszel			
						Wilgotny		Suchy	
<b>Układ moczowo-płciowy</b>									
Ilość moczu/dobę .....				Diureza					
				Prawidłowa	Anuria	Oliguria	Poliuria		
<b>Układ krążenia</b>									
Czynność serca					Ciśnienie tętnicze krwi				
Miarowa..... ud/min		Niemiarowa....ud/min			Kończyna górna lewa		Kończyna górna prawa		
					.....mmHg		.....mmHg		
<b>Tętnice kończyny dolnej (tętno)</b>									
Udowa	Lewa		Prawa		Podkolanowa	Lewa		Prawa	
Piszczelowa	Lewa		Prawa		Grzbietowa stopy	Lewa		Prawa	
<b>Układ pokarmowy</b>									
<b>Stan odżywienia</b>									
Niedożywienie		Prawidłowy			Nadwaga			Otyłość	
								I <sup>0</sup>	II <sup>0</sup>
									III <sup>0</sup>
Palpacja jamy brzusznej – lokalizacja bólu: kwadrant					Wydalenie				
górny lewy		górny prawy			Prawidłowe		Biegunki		Zaparcia
dolny lewy		dolny prawy			Nudności		Wymioty		Wzdęcia
Wątroba					Śledziona				
Powiększona		Bolesna			Powiększona		Bolesna		
<b>Jama brzuszna</b>									
Brak dolegliwości		Punkt McBurneya			Punkt Lanza			Punkt Basy'ego	
<b>Jama brzuszna - objawy</b>									
Blumberga		Rovsinga			Jaworskiego		Zasłonowy		
Murphy'ego		Kaszłowy			Chełmońskiego		Goldflama		
<b>Obrzęki</b>									
Brak		Kończyny dolne			Twarz		Inne		
<b>Stan psychiczny – nastrój</b>									
Prawidłowy		Euforyczny			Przygnębiony			Depresja	
<b>Badanie neurologiczne</b>									
Odruchy w kończynach górnych					Odruchy w kończynach dolnych				
m. dwugłowy		m. trójgłowy		m. ramiennie-promieniowy	kolanowy		skokowy		podeszwowy
Czucie w stopach		Prawa	Lewa	Objawy korzeniowe	Objawy oponowe		Objawy ogniskowe		
<b>Niedowłady</b>					<b>Porażenia</b>				
Kończyna górna			Kończyna dolna		Kończyna górna			Kończyna dolna	
Lewa	Prawa		Lewa	Prawa	Lewa	Prawa	Lewa	Prawa	
<b>Test Allena</b>									
Kończyna górna lewa					Kończyna górna prawa				
Tętnica promieniowa		Tętnica łokciowa			Tętnica promieniowa		Tętnica łokciowa		

Diagnozy pielęgniarskie .....

Data, pieczętka i podpis pielęgniarki/położnej badającej pacjenta



## LITERATURA

1. Beyers K.L., Dudas S. The clinical practice of medical surgical nursing. Little Brown, Boston 2004.
2. Bickley L.S. Przewodnik Batesa po badaniu przedmiotowym i podmiotowym. Wydanie polskie pod red. Z. Gacionga, P. Jędrusika, Termedia, Poznań 2001.
3. Bosacka M., Bączyk G. Rola klinimetrii w pracy pielęgniarki z pacjentem po udarze mózgu. *Pielęgniarstwo Polskie* nr 3(53), 2014, s. 244-249.
4. Dyk D. Badanie fizykalne w pielęgniarstwie. Podręcznik dla studentów medycyny. PZWL, Warszawa 2013.
5. Epstein P., Perkin G., de Bono D., Cookson J. Badanie kliniczne. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2001.
6. Felsmann M., Głowacka M., Haor B., Humańska M., Kurowska K., Rezmerska L. i wsp. Badanie fizykalne jako integralny element pracy pielęgniarki. W: I Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Europejski wymiar nauk o zdrowiu”. Bydgoszcz, 20–21.IV.2006: 8–9.
7. Gaciong Z., Sienkiewicz Z. Wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych, wyd. Agencja Reklamowa TOP, Włocławek 2017.
8. Gorzkowicz B., Strecker D. Czy badanie przedmiotowe jest krokiem ku pielęgniarstwu zaawansowanej praktyki w Polsce. *Problemy Pielęgniarstwa* 2010, tom 18, zeszyt nr 2, s. 118-119.
9. Gorzkowicz B., Strecker D. Rola badania fizykalnego w pracy pielęgniarki. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2007; 8 (12): 169–171.
10. Krajewska-Kułak E., Szczepański M. Badanie fizykalne w praktyce pielęgniarek i położnych. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008.
11. Ramowy program kursu specjalistycznego – Wywiad i badanie fizykalne – program przeznaczony dla pielęgniarek i położnych. CKPPIP, Warszawa 2017.
12. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 551 ze zm.).
13. Motyka M. Znaczenie komunikacji terapeutycznej z pacjentem. *Sztuka leczenia*. 2013, nr 3-4, str. 17-24.
14. Stangierska I., Horst-Sikorska W. Ogólne zasady komunikacji między pacjentem a lekarzem. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2007, tom 1, nr 1, s. 58-68.
15. Warzocha K. Diagnostyka powiększonych węzłów chłonnych (w:) *Zamojskie Studia i Materiały*. Rok Wyd. XIII, zeszyt 1 (34), Zamość 2011.