

Jak przygotować się do wizyty u lekarza specjalisty?

dr n med. *Krystyna Szyrocka-Szwed*



EBOOK

Jak przygotować się do wizyty u lekarza specjalisty?

Kochani, to mój pierwszy ebook, jaki przygotowałam dla Was.



Będzie to poradnik z mnóstwem praktycznych wskazówek, dotyczących wizyty u lekarza, a także samego badania neurologicznego.

Dowiecie się z niego, o co będzie Was pytał lekarz w czasie wizyty, jakie informacje są szczególnie ważne, jak będziecie badani, co i jak się bada oraz jakie wnioski z poszczególnych elementów badania lekarz będzie mógł wysnuć.

Całość ubarwiona opisami przykładów i konkretnych przypadków z mojej praktyki, wskazujących na największe Wasze – i lekarza – problemy w komunikacji.

Będzie też opis autentycznego, humorystycznego zdarzenia, w którym badanie neurologiczne okazało się kluczowe.

Na początek więc kilka słów o mnie

Dr n. med Krystyna Szyrocka-Szwed

Większość z pewnością mnie zna, bo prowadzę, od ponad roku, medyczny blog:

<http://zpamietnikalekarza.pl>, ale te słowa wstępu są dla tych, którzy dołączyli do nas niedawno.

Jestem lekarzem z 40-letnim stażem pracy, specjalistą neurologiem, neurofizjologiem, ze stopniem naukowym doktora nauk medycznych.

Zdobyłam bardzo duże doświadczenie w pracy zawodowej. Pracowałam bowiem w wielu miejscach, rozpoczynając od kliniki neurologii, poprzez poradnię przykliniczną, stanowisko ordynatora oddziałów neurologii i udarowego, kończąc na stanowisku dyrektora do spraw leczenia. Do tego doszła praca w poradni i dyżury lekarskie.

A prywatnie?

Mój mąż jest lekarzem, mamy trzech wspaniałych synów, cudowne wnuki i kochanego psa.



Dla kogo przeznaczony jest ten ebook?

Ebook przeznaczony jest dla wszystkich zainteresowanych tematem zdrowia i medycyną, bez względu na wiek. Staram się pisać przystępnym językiem, **a wszystkie medyczne pojęcia wyjaśniać, aby całość była jasna i zrozumiała dla każdego.**

A porady są bardzo konkretne, dotyczą powtarzających się często problemów w czasie spotkań pacjent/lekarz.

Więc, aby zacząć od samego początku, pierwszym tematem jest wizyta u lekarza.

Niby proste, ale o co będziemy w trakcie wizyty pytani?

Czy coś powinniśmy ze sobą zabrać?

Jak będzie wyglądało badanie?

Często słyszę od pacjentów: nie wiem, nie wiedziałem, że to potrzebne, nikt mi nie powiedział, mam, ale nie wziąłem ze sobą...

Pacjent wielokrotnie czeka miesiącami na wizytę u specjalisty i wychodzi z niczym.

A następną wizytą znowu za kolejne miesiące.

Jak tego uniknąć?

Dlaczego tak się czasem dzieje?

Na te i inne pytania znajdziecie odpowiedź.

Zarówno pacjentowi, jak i lekarzowi zależy, aby wizyta była jak najbardziej wartościowa dla pacjenta.

Jak się więc do niej wizyty przygotować?

Zaczynamy!



Pierwsza wizyta u lekarza specjalisty

Jak ważny jest wywiad lekarski

Kochani, to jest temat niezwykle ważny, a w dalszym ciągu chyba mało znany pacjentom.

Nie bardzo wiedzą, o co będą przez lekarza pytani, jakich informacji lekarz będzie od nich oczekiwał, aby móc im pomóc tak, jak by chciał i potrafił.

Wywiad lekarski jest podstawą i pierwszym elementem badania pacjenta.

Studenci uczą się tego już od III roku studiów.

Żadne badania diagnostyczne, żadne badania laboratoryjne nie zastąpią dobrze zebranych informacji od chorego. Doradzę Wam więc, jak przygotować się do wizyty u lekarza.

Zacznę od przykładu z mojej własnej praktyki.

Przyszła do mnie pacjentka z 6-letnią córką, która otrzymała skierowanie na badanie EEG (czyli badanie czynności bioelektrycznej mózgu), na którym lekarz napisał: **podejrzenie padaczki**.

Rzeczywiście, mając takie podejrzenie skierowanie na badanie EEG jest jak najbardziej zasadne.

Wykonaliśmy więc badanie.

Opisując badanie dziecka, zaczęłam wypytywać matkę o to, jak wyglądają objawy, które zasugerowały lekarzowi kierującemu podejrzenie padaczki u córki.

Badania laboratoryjne, które już wcześniej były u dziecka wykonywane i badania obrazowe wypadły prawidłowo.



Dowiedziałam się, że napady, to są krzyki nocne, ale niewystępujące każdej nocy.

To mnie zastanowiło. Dlaczego niektóre noce są bez napadów krzyku, a w innych są napady. Może jest jakiś czynnik prowokujący te napady?

Wypytywałam więc dalej o najczęstsze przyczyny napadów padaczkowych:

- „Co córka robi w ciągu dnia poprzedzającego noc z napadem?”
- „Czy może idzie późno spać?”
- „Czy może długo ogląda telewizję?”
- „Czy może gra przed snem na komputerze?”
- „Czy może ma, czy miała, problemy w szkole?”

Na wszystkie pytania matka odpowiadała przecząco.

Ale, jako że jestem dość dociekliwa, drążyłam dalej.

Zapytałam wręcz, jak sama sądzi, co może być powodem tych niecodziennych krzyków nocnych?

Matka, widząc, że chyba szybko nie odpuszczę, w końcu przyznała, że krzyki nocne są zawsze wtedy, gdy jej partner zostaje u nich na noc.

Czy w tej sytuacji myślicie, że to jest padaczka? Nie jest to wykluczenie pewne, ale bardzo prawdopodobne.

To jest reakcja na stres, obawa przed odrzuceniem lub chęć zwrócenia uwagi matki na siebie, a to wymaga pomocy psychologa.

Badanie EEG zwykłe i po deprywacji snu wypadły oczywiście prawidłowo.

Co prawda, wynik mówiący o braku zmian w EEG nie wyklucza padaczki, ale w tej sytuacji wyeliminował ją raczej sam wywiad.

EEG to badanie, które pozwala potwierdzić padaczkę, gdy zarejestruje się odpowiednie zmiany w zapisie i wywiad sugeruje, że są napady padaczkowe.

Wynik EEG prawidłowy nie wyklucza natomiast rozpoznania.

Nawet, gdyby była to padaczka, to usunięcie ustalonego czynnika prowokującego napady pozwoliłoby z pewnością wyeliminować kolejne napady i uniknąć podawania małemu dziecku leków.

Gdyby nie moje szczegółowe pytania, nie udałoby się ustalić powodów krzyków nocnych dziecka, być może ktoś zleciłby dziecku leki przeciwpadaczkowe lub uspokajające, których ono nie potrzebuje, a które musiałoby stosować kilka lat.

W tej sytuacji dziecko i matka zostały skierowane do poradni psychologicznej.

To tylko jeden z przykładów, jak istotne jest udzielenie lekarzowi wielu odpowiedzi.

Zanim zacznie się **zbieranie wywiadu, czyli rozmowa z pacjentem**, neurolog rozpoczyna obserwację i ocenę pacjenta już w momencie wejścia chorego do gabinetu.

Lekarz analizuje sposób chodzenia, siadania i wystawiania się.

Pewne cechy sposobu poruszania się są typowe dla wielu schorzeń (dla choroby Parkinsona, bólów kręgosłupa, zawrotów głowy, niedowładu, ruchów mimowolnych, zaburzeń orientacji i wielu innych).

O tym przeczytacie w dalszej części.

Po tej wstępnej ocenie i wymianie kilku zdań z badanym, lekarz jest też w stanie stwierdzić, czy nie ma zaburzeń mowy, orien-

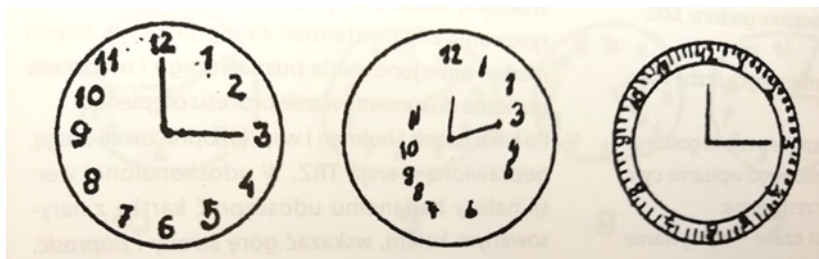
tacji co do własnej osoby (imię nazwisko, data urodzenia itp. oraz orientacji w czasie, miejscu i przestrzeni, np. dzisiejsza data, w jakim mieście się znajdujemy).

Jeżeli na większość takich pytań odpowiada samodzielnie, to dobrze, ale zdarza się, że musi wyręczać go w tym opiekun. Jeżeli pacjent ma problemy z odpowiedzią, będzie niezbędne wykonanie MMSE oraz testu zegara.

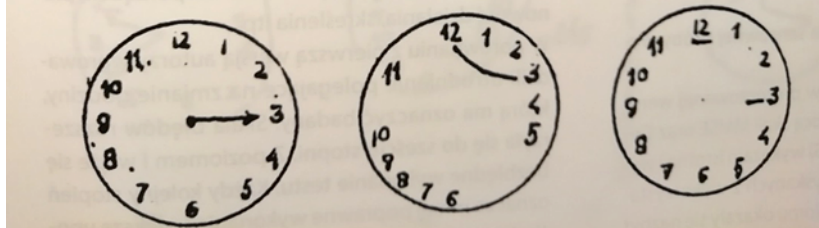
Te testy pozwolą lekarzowi na ocenę funkcji poznawczych i ewentualnych zaburzeń pamięci badanego.

Test MMSE to zbiór zadań, które pacjent ma wykonać i pytań, na które pacjent odpowiada. Prawidłowy wynik to 30 pkt.

Test zegara polega na wyrysowaniu przez pacjenta w pustym okręgu tarczy zegara, czyli godzin i wskazówek, tak aby odczytać można było wskazaną przez lekarza godzinę.



Rycina 3. Kliniczne przykłady błędów I stopnia w teście rysowania zegara wg Schulmana [3]



Łatwe? Nie dla wszystkich.

Obok umieszczone są przykłady rysunków, wykonanych przez moich pacjentów.

To ocena wstępna.

O co więc teraz będzie pytał lekarz?

Opiszę na przykładzie mojego pacjenta z omdleniami. Pierwsze pytanie, jakie zada lekarz, dotyczy:

1. **głównych dolegliwości**, które są powodem przyścia do neurologa.

Kolejne zapytania to:

2. **od kiedy te problemy występują i gdzie pacjent był wcześniej leczony,**

3. **jakie badania miał wykonywane,**

4. **jakie leki i z jakim efektem były stosowane.**

Tu często zaczynają się pierwsze problemy.

Pytanie „od kiedy?” – kwitują zwykle stwierdzeniem: „od dawna”.

Ale co to znaczy, czy to jest miesiąc, czy rok, czy kilka lat, to już raczej trudno im sprecyzować.

– Czy był z tymi problemami u lekarza?

– Był, ale nic nie pomogło.

Ale na pytanie co konkretnie nie pomogło, trudno było to sprecyzować. Brał jakieś tabletki (?), nawet zastrzyki (?), ale nie pomogło.

I skąd tu lekarz ma wiedzieć, czym był leczony i co nie pomogło?

A czy były wykonywane jakieś badania?



Były, ale chyba rok temu, więc dawno. Coś tam było, ale nie pamięta co.

A zdjęcia? Zostały w domu. Nie wiedział, że są potrzebne. Nikt mu nie powiedział, że to ma zabrać ze sobą.

No dobrze.

Pytamy dalej.

5. **Czy jeszcze na coś choruje?**

Nie – pada szybka odpowiedź.

Jeżeli na tej odpowiedzi lekarz poprzestanie, to informacje nie będą kompletne, bo pacjenci bardzo często myślą, że jeżeli jest u neurologa, to interesują go tylko problemy neurologiczne. Więc trzeba zadać pytania dodatkowe.

Czy ma Pan/Pani cukrzycę, nadciśnienie, choruje na serce?

– Tak.

– No ale przed chwilą pytałam i odpowiedź brzmiała, że nie.

– Nooo, ale to nie choroby neurologiczne, więc to chyba nieistotne.

Właśnie taką odpowiedź często w tej sytuacji słyszę.

Czy stosuje Pan/Pani jakieś leki?

– Teraz nie. Tu kolejne niezrozumienie, ale do tego wrócimy.

Więc dotychczas uzyskane informacje od pacjenta praktycznie niczego nie wniosły.

Zawroty i omdlenia, z którymi chory się zgłosił, sugerowały możliwość upośledzonego krążenia mózgowego. Badanie neurologiczne potwierdziło to podejrzenie.

Pytam więc:

– Czy były wykonywane badania laboratoryjne?



– Były, ale wszystko było dobrze.

– Wszystko, to znaczy co?

Nie wiadomo.

Nie ma możliwości, aby były wykonane wszystkie możliwe badania.

A które były?

Niestety tego nie wiemy.

Zlecam więc ponownie te badania laboratoryjne, które są dla mnie istotne, mimo że może były już wykonane, oraz przepisuję leki stosowane w tego typu zaburzeniach.

Pacjent otrzymał recepty i karteczkę, jak zażywać zapisane leki i zaczynam mu wyjaśniać, który lek na co działa i kiedy je zażyć.

– Oooo. Te leki, to ja biorę od kardiologa...

– No, ale ja przed chwilą pytałam, jakie leki Pan stosuje.

– Nie wiedziałem, że to ważne, bo to od kardiologa...

No i tak czasem wygląda rozmowa z pacjentem.

Kolejny przykład pacjenta z praktyki szpitalnej.

Tym razem ze skierowaniem pacjenta do szpitala.

Była to **młoda kobieta z omdleniami** i ogólnym złym samopoczuciem od około miesiąca. Nie chodziła do lekarza, nie wykonywała badań, gdyż dotychczas czuła się dobrze.

I teraz, w ostatnim czasie, kilkakrotnie wystąpiły omdlenia. Zgłosiła się w związku z tym do lekarza rodzinnego.

Lekarz rodzinny, po rozmowie z pacjentką i zbadaniu jej stwierdził, że powodów takich objawów może być wiele, potrzebne są dodatkowe badania i konsultacje.

Stwierdził, że zamiast samemu diagnozować chorą, lepiej będzie skierować ją od razu do szpitala, gdzie będzie miała wykonane wszystkie badania.

Tak się stało.

Chora otrzymała skierowanie na oddział neurologii, mimo iż poza omdleniami nie zgłaszała innych dolegliwości, a w badaniu neurologicznym nie stwierdzono cech uszkodzenia układu nerwowego. Omdlenia wymagają jednak wyjaśnienia. Neurolog, już na Izbie przyjęć, wykonał badanie EKG, pobrano krew na podstawowe badania laboratoryjne, wykonano też tomografię komputerową głowy – TK.

TK głowy i EKG wypadły prawidłowo. Chora została w szpitalu, przyjęta do dalszych badań, na oddział neurologii, bo tam była skierowana.

Gdy otrzymaliśmy wyniki badań laboratoryjnych, okazało się, że miała **dość znaczną anemię**.

To wymagało dalszej diagnostyki i ustalenia jej przyczyny. Tyle tylko, że taka diagnostyka nie odbywa się na oddziale neurologii.

Chorą w tej sytuacji musieliśmy przekazać na oddział wewnętrzny. To trochę trwało, bo czekaliśmy na wolne miejsce.

Dlaczego o tym piszę?

Dlatego, że gdyby miała wykonane podstawowe badania laboratoryjne (w tym wypadku morfologię) z poziomu gabinetu lekarza POZ, uniknęłaby pobytu na neurologii, który był w tym przypadku niepotrzebny, trafiłaby



wtedy od razu na właściwy oddział, gdzie szybciej byłaby zdiagnozowana i leczona.

Zdarzają się nadal takie sytuacje skierowania chorego do szpitala, ze słowami: „bo tam zrobią wszystko”.

Oczywiście, dla wyjaśnienia, takie zachowania nie są regułą, a raczej wyjątkiem.

Większość lekarzy rodzinnych tak nie postępuje i wykonuje podstawowe badania, które są w ich gestii, aby swoje podejrzenia w jakiś sposób potwierdzić, co jak widać, jest tylko z korzyścią dla pacjenta.

Po tych dygresjach wracamy do wizyty u lekarza.

Kolejne zapytanie to wspomniane już:

6. nazwy leków, które chory stosuje obecnie.

To pytanie, jak widzieliście wyżej na opisanym przykładzie, często sprawia dużo kłopotów.

Zazwyczaj pacjenci mówią, że żadnych leków nie stosują.

Ale znowu, jak wymienimy i jak dopytamy, czy ma cukrzycę, nadciśnienie, czy chodzi do kardiologa – potwierdza.

Jeżeli już więc uda się nam ustalić, że ma np. nadciśnienie, chorobę wrzodową, leczy się u reumatologa itp., to oczywistym kolejnym pytaniem jest, jak się nazywają leki, które ma zalecone.

Większość pacjentów pamięta ich nazwy, ale są i tacy, którzy mówią:

– Nie wiem, to takie trudne nazwy, nie mam do tego pamięci...



Coś na literę C, takie duże, a te drugie w takim żółtym pudełku ...i tak dalej naprowadzają lekarza – a nuż zgadnie.

– A w ogóle to to są leki od innych specjalistów, nie wiedziałem/am, że to jest istotne.

Nikt mi nie powiedział...no właśnie.

Aby więc takich sytuacji było jak najmniej w gabinecie lekarza piszę o tym w sposób jasny i wyraźny, bo jest to niezwykle istotne.

Chciałabym, aby jak najmniej pacjentów mówiło „nikt mi tego nie powiedział”.

Zapisujcie sobie na karteczce nazwy stosowanych leków albo przynóście opakowania, bo zapamiętanie ich nazw może być rzeczywiście czasem trudnie, zwłaszcza gdy jest ich 10 albo nawet 20!



Kolejny przykład z praktyki neurologa, tym razem **o pacjencie z padaczką**.

Pacjenci z padaczką zawsze proszeni są o zapisywanie w notesie, specjalnie zresztą do tego celu stworzonym, napadów, bo ocena ich liczby, godziny występowania, okoliczności i wielu innych szczegółów pomaga lekarzowi ustalić właściwą terapię.

Ale pacjenci często ich na wizytę nie przynoszą.

– Owszem, zapisywałem napady, ale notes mam w domu, zapomniałem...

To wszystko, co opisałam wyżej nie ułatwia nam, lekarzom, pracy.

Podobnie wygląda sytuacja z notesem i zapisywanym ciśnieniem tętniczym krwi.

Pacjent często zapisuje, bo lekarz o to prosił, czasem wykonuje pomiary 3x dziennie, ale notesu na wizytę nie zabrał. Jak w takiej sytuacji lekarz ma dobrać dawki leków?

Następny ważny temat to:

Karty wypisowe pobytu w szpitalu.

Karty informacyjne pobytów w szpitalu, zwłaszcza z hospitalizacji w ostatnich latach, będą wielką pomocą dla lekarza, więc warto je zabrać ze sobą.

Najlepszym rozwiązaniem będzie **zrobić ksero i pozostawić je lekarzowi**, aby przy kolejnych wizytach mógł do niego wrócić.

Pacjenci w większości przypadków mają karty wypisowe ze sobą, ale zabierają je z reguły tylko na pierwszą wizytę.

Przy wizycie kontrolnej zapytani o te wypisy mówią:

– Miałem je ostatnio, miesiąc temu. Przecież widziała je Pani.

Rzeczywiście, widziałam i nawet zawsze robię notatki z informacji, które mnie interesują, ale nie jestem w stanie wszystkiego zapamiętać, ani wszystkiego przepisać.

Po miesiącu, przy dużej liczbie przyjmowanych chorych, żaręczam, że żaden lekarz nie będzie pamiętał wszystkiego co widział w dokumentacji pacjenta miesiąc lub nawet czasem 2 miesiące wcześniej.

Rozwiązaniem jest właśnie ksero pozostawione u lekarza.

I o to Was proszę.

Ułatwicie w ten sposób znacząco pracę lekarzowi. A pomagacie sobie, bo lekarzowi będzie łatwiej Wam pomóc, dobrać uzupełniające badania i zastosować odpowiednie leki.

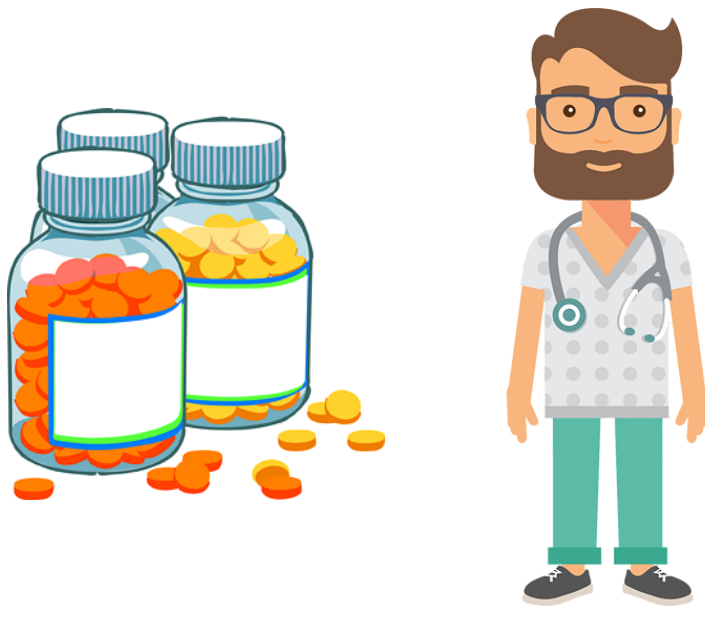
Kolejny temat to **zalecane leki po pobycie szpitalnym**, umieszczone na karcie informacyjnej.

Zdarza się, że pacjent zgłasza się do neurologa po 3–4 miesiącach od wypisania ze szpitala.

Pytany, jakie leki stosuje, odpowiada:

- Te, które są wypisane i zalecane są na karcie informacyjnej.
- Czy był w międzyczasie u lekarza rodzinnego po recepty na te leki?
 - Nie, nie był.
 - To jak mogły te leki wystarczyć na 4 miesiące?
 - No właśnie, odpowiada pacjent. To był problem. Było ich za mało. Dlatego zmniejszyłem dawkowanie, aby do dzisiejszej wizyty wystarczyło...

Tyle, jeżeli chodzi o wizytę u lekarza. Oczywiście pytania lekarza oprócz wymienionych wyżej, mogą być też inne, zależne od sytuacji i problemu, z którym pacjent się zgłosił, ale te, które opisałam, to podstawa.



Badanie neurologiczne

Jest ono odmienne od badania ogólnolekarskiego.

Rzadko, bo nie mogę powiedzieć, że nigdy, pacjent neurologiczny będzie proszony o rozebranie się do połowy, rzadko też będzie osłuchiwany czy opukiwany.

A wielu pacjentów tylko z tym kojarzy badanie u lekarza. Budzi to wielokrotnie pewne nieporozumienia.

Zdarza się bowiem, że pacjent zapytany:

- Czy neurolog pana badał?
- Nie, nie badał. Postukał tylko młotkiem, kazał pomachać rękami i nogami, ale nie badał.

No właśnie, to o czym pacjent powiedział świadczy o tym, że pacjent był badany. To są elementy badania neurologicznego.

Postaram się w największym skrócie Wam to badanie przybliżyć i wyjaśnić, że badanie układu nerwowego, zarówno centralnego jak i obwodowego, ma swoją specyfikę.

Jak wspomniałam, na początku wizyty, już zbierając wywiad zaczynamy od:

- **oceny stanu psychicznego,**
- **orientacji w czasie, miejscu i przestrzeni.**

Oceniamy **sposób wystawiania się, czyli mowę.**

A jakie mogą być zaburzenia mowy, istotne dla neurologa?

Jest ich wiele.

Najczęstsze to:

- **Afazja**, czyli zaburzenia wystawiania się (motoryczna) lub rozumienia mowy (czuciowa), amnestyczna (zapominanie słów). Jest ona jednym z głównych objawów udaru mózgu.
- **Mowa skandowania**, typowa dla dysfunkcji mózdzku,
- **Mowa zamazana, dysartryczna** – występuje między innymi w miażdżycy naczyń mózgowych,
- **Parafazje** – zaburzenia płynności mowy i używania przekręconych wyrazów. Może występować w chorobie Alzheimera.
- **mowa cicha, monotonna** – charakterystyczna dla choroby Parkinsona.

Zbierając wywiad i rozmawiając z pacjentem pewne podejrzenia problemów zdrowotnych już można na tej podstawie wysnuć.

NEUROLOG OCENIA PACJENTA JUŻ OD MOMENTU JEGO WEJŚCIA DO GABINETU.

Czy wiecie, że istnieją różne zaburzenia chodu, po których również można wiele schorzeń rozpoznać?

A jakie to są zaburzenia?

ZABURZENIA CHODU mogą być związane z wrodzonymi problemami, ale również mogą być nabyte i wiązać się z różnymi chorobami.

I tak najczęstsze to:

- **Chód kaczkowaty** – typowy dla dystrofii mięśniowej i zaburzeń czynności obręczy biodrowej. Pacjent, chodząc, kołysze się na boki.
- **chód brodzący lub koguci** – w uszkodzeniu nerwu strzałkowego, gdy utrudnione jest zginanie stopy i stopa opada. Wtedy, wykonując krok, kończyna dolna jest unoszona wysoko.
- **chód koszący** – występuje przy niedowładzie połowicznym, gdy kończyna jest wyprostowana w stawie kolanowym i pacjent zatacza nią półkola, posuwając się do przodu,
- **chód na szerokiej podstawie, marynarski, móżdżkowy** – typowy dla zaburzeń równowagi, z szeroko na boki rozstawianymi stopami,
- **chód drobnymi kroczkami** – typowy dla choroby Parkinsona,
- **chód nożycowy** – gdy krzyżują się nogi. Dość charakterystyczny dla porażenia mózgowego dziecięcego,
- **chód płasawiczny** - z dużą liczbą ruchów dodatkowych, tak zwanych współruchów patologicznych.



Jak widzicie zaburzeń chodu jest wiele i lekarz neurolog już podczas obserwacji sposobu poruszania się chorego może wiele wywnioskować i pewne choroby nawet rozpoznać.

Następnie przechodzimy do badania szczegółowego, ale skupia się ono zwłaszcza na tych okolicach i objawach, które są powodem wizyty chorego.

Narzędziem pracy neurologa jest młotek neurologiczny.



Zaczynamy od orientacyjnego **badania nerwów czaszkowych**, czyli oceniamy węch (jeżeli pacjent nie zgłasza zaburzeń, to opieramy się na wywiadzie), następnie nerwy gałkoruchowe – osadzenie gałek ocznych, symetrię źrenic, ruchomość gałek ocznych, reakcję źrenic na światło, itp.

Kolejno badamy czucie dotyku na twarzy oraz uciskamy na ujścia n V.

Następnie nerw twarzowy, czyli prosimy o zmarszczenie czoła, zaciśnięcie oczu, uśmiechnięcie się szeroko.

Uciskamy na przewody słuchowe, prosimy o wysunięcie języka, oceniamy gardło i symetrię języczka przy fonacji.

Tak wygląda w największym skrócie badanie nerwów czaszkowych.

Objawy oponowe

Badanie niezwykle istotne przy podejrzeniu infekcji ośrodkowego układu nerwowego, która najczęściej poprzedzona jest infekcją ogólną.

Sztywność karku to pierwszy z objawów oponowych, a badanie polega na przygięciu głowy do klatki piersiowej. U zdrowej osoby można ją przygiąć znacznie lub na odległość 1 palca. To norma.

W przypadku zmian zapalnych opon mózgowo-rdzeniowych ta sztywność może wynosić 4–5 palców, bo tak się ją właśnie określa. Objawy oponowe świadczą o podrażnieniu opon i wymagają wykonania punkcji lędźwiowej, czyli badania płynu mózgowo-rdzeniowego.

Ale sama sztywność karku to za mało.

Bywa, że objaw ten wypada fałszywie dodatnio u osób starszych, przy zmianach zwyrodnieniowych w odcinku szyjnym kręgosłupa i nie można go absolutnie uważać wtedy za dodatni objaw oponowy.

Bada się wtedy kolejne objawy oponowe, a są to **objaw Kerniga** – unoszenie wyprostowanej kończyny dolnej ku górze i parę innych (np. **Brudzińskiego – górny i dolny**).

Badanie kończyn

Prosimy o uniesienie obydwu kończyn ku górze i utrzymanie ich przez chwilę w tej pozycji. Kończyna niedowładna, słabsza, będzie opadała. To samo zalecamy, badając kończyny dolne.

Kończyna słabsza później odrywa się od podłoża i ma tendencję do opadania.

Młoteczką badamy **odruchy fizjologiczne** – odruch z mięśnia trójgłowego, dwugłowego, okostnowy z kości promieniowej w kończynach górnych i kolanowy i skokowy w kończynach dolnych.

Kolejne to **próby na zbornosć**, czyli wykonywanie płynnie celowanych ruchów, pozwalające ocenić funkcję głównie mózdzku.

Jest to próba palec-nos w kończynach górnych i pięta-kolano w kończynach dolnych.

Prosimy więc pacjenta, aby trafił swoim palcem wskazującym płynnym ruchem do czubka swojego nosa i analogicznie w kończynach dolnych, aby piętą jednej nogi trafił dokładnie w kolano drugiej nogi i zjechał płynnym ruchem po nodze w dół.

To, jak pacjent wykona zadania, daje lekarzowi informację o stanie pewnych elementów układu nerwowego.

Następnie **badanie czucia powierzchownego** (dotyku, bólu, temperatury) i **głębokiego** (ułożenia i wibracji).

W jamistości rdzenia, czyli syringomielii, o czym wspominałam na moim blogu, występują rozszczeplenne zaburzenia czucia.

Pacjent nie czuje bólu i temperatury, więc można zauważyć na ciele blizny po urazach i oparzeniach.

Czucie powierzchowne badamy dotykając trzonem młoteczka symetrycznych części ciała i pytając, czy dotyk jest taki sam. Czucie głębokie wymaga od badanego zamknięcia oczu, następnie dotykamy któregoś z palców i pytamy o wskazanie, czy i gdzie badany poczuł dotyk.

Odruchy patologiczne

Te odruchy, jak sama nazwa wskazuje, występują tylko przy uszkodzeniu ośrodkowego układu nerwowego.

Najważniejszym z nich jest **odruch Babińskiego**. Jest to jeden z najważniejszych odruchów w neurologii.

Opisany przez francuskiego lekarza polskiego pochodzenia, Józefa Babińskiego.

Jego prace z zakresu fizjologii układu nerwowego miały przełomowe znaczenie dla rozwoju neurologii i neurochirurgii. Aby go zbadać, pacjent musi mieć zdjęte obuwie, więc u neurologa zawsze będziecie o to proszeni.

Badamy go drażniąc trzonem młoteczka zewnętrzną powierzchnię stopy i obserwujemy reakcję palucha, który fizjologicznie zgina się podeszwowo, a dodatni objaw Babińskiego to odgięcie palucha ku górze.

Objaw ten jest fizjologiczny u dzieci, do 2-go roku życia.

W każdej innej sytuacji jest cechą uszkodzenia układu nerwowego i wymaga dalszej diagnostyki.

Badanie kręgosłupa

Bóle kręgosłupa to niezwykle częsty problem pacjentów zgłaszających się do neurologa.

Badanie kręgosłupa to ocena jego krzywizn, fizjologiczny zakres ruchomości, napięcie mięśni przykręgosłupowych oraz **objawy rozciągowe, czyli korzeniowe**.

Badając te objawy rozciągany jest korzonek nerwowy. Jeżeli jest on uszkodzony (na przykład przez wpadnięty dysk) pojawia się ból w zakresie unerwienia tego korzonka nerwowego.

Główne z nich, dotyczące odcinka krzyżowo-lędźwiowego, w którym najczęściej występują dolegliwości bólowe, to objawy:

- **Kerniga,**
- **Fajerszteina-Krzemickiego,**
- **Neriego,**
- **Mackiewicza.**

Zaburzenia równowagi wymagają wykonania **próby Romberga**.

Prosimy, aby pacjent stanął ze złączonymi stopami, wysunął ręce do przodu i następnie, asekurując pacjenta przed ewentualnym upadkiem, prosimy o zamknięcie oczu, o odgięcie głowy ku tyłowi i na boki. Asekuracja przed upadkiem jest niezbędna, gdyż wielokrotnie już widziałam, że zachwiania są duże i mogą spowodować upadki.

Osobna kwestia to **badanie mięśni**.

Najbardziej niepokojącym neurologa objawem są zaniki mięśniowe, widoczne gołym okiem i drobne drżenia pęczkowe, tak zwane **fascykulacje**.

Myślę, że większość z nas miewała czasem drobne drgania powieki. Te drgania są łagodne i niegroźne, ale podobne, występujące w mięśniach obręczy barkowej, mięśnia czworogłowego czy innych, wymagają obserwacji i wielu szczegółowych badań. Mogą być początkiem wielu trudnych do leczenia chorób neurologicznych.

Tak – w dużym uproszczeniu – wygląda wizyta u neurologa i badanie neurologiczne.

Na jego podstawie lekarz oceni, jaki zespół neurologiczny wy badał i gdzie znajduje się uszkodzenie.

Aby to potwierdzić, zleci odpowiednie badania dodatkowe, by upewnić się lub wykluczyć swoje przypuszczenia.

Żadne badania dodatkowe nie zastąpią dobrze zebranego wywiadu i badania neurologicznego, bo to pozwala na właściwe ukierunkowanie dalszego postępowania.

To stara i ciągle aktualna prawda, że mózg człowieka jest i będzie najlepszym narzędziem diagnostycznym.

Na koniec chcę Wam przedstawić autentyczną i dość zabawną historię z wywiadem i badaniem neurologicznym w tle.

Historia ma tytuł „pomocny pacjent”

To historia, która wydarzyła się wiele lat temu, w czasie mojej pracy w klinice neurologii. Sale chorych były wtedy wieloosobowe. Pewnego dnia do kliniki został przyjęty pacjent z podejrzeniem padaczki. Trafił na salę pięcioosobową.

Napady występowały u niego bardzo często – nawet kilka razy dziennie. Jednak to, jak wyglądał napad, budziło wątpliwości, czy to rzeczywiście padaczka, czy tzw. napady psychogenne, krótko mówiąc: udawane.

W czasie napadu pacjent **leżał w łóżku**, występowały drgawki całego ciała, nie odpowiadał na pytania, głęboko oddychał. Nie wystąpiło nigdy przygryzienie języka, typowe dla dużego napadu, nie było śladu przygryzienia go w czasie wcześniejszych napadów, napad zawsze występował przy świadkach. Wszystko powodowało, że w czasie napadu lekarz był wzywany przez kogoś z pozo-



stałych pacjentów na sali, który informował, że „pan Władek ma napad”.

Lekarz podchodził do pacjenta i badał między innymi reakcję jego źrenic na światło oraz drażnił zewnętrzną powierzchnię stopy, sprawdzając objaw Babińskiego. Te badania pozwalają ustalić, czy rzeczywiście jest to napad padaczki. U opisywanego pacjenta taka sytuacja powtórzyła się kilkakrotnie.

Pewnego razu, w trakcie mojego dyżuru, przybiegł jeden z pacjentów leżących obok pana Władka, wołając: „Pani doktor, Władek znów ma napad! Myśmymy już zaglądali mu do oczu i łaskotali po stopie, ale nie pomogło...”

Diagnostyka padaczki często nie jest prosta. Zdarza się, że u jednego pacjenta występuje kilka rodzajów napadów, ale i tak, że w czasie pobytu w szpitalu napady nie wystąpią wcale. Bywa również, że występują dwa rodzaje napadów, prawdziwe napady padaczkowe i czynnościowe, dlatego obserwacje takiego pacjenta trwają dość długo. W przypadku pana Władka ostatecznie ani badania – zwłaszcza EEG, które dla rozpoznania padaczki ma bardzo duże znaczenie, ani obserwacja napadów nie potwierdziły u niego padaczki. Zastosowana terapia (farmakoterapia i psychoterapia) pozwoliła na znaczne zmniejszenie liczby napadów. Pacjent został wypisany do obserwacji ambulatoryjnej w przyklinicznej poradni neurologii.

To koniec pierwszego mojego ebooka

Może sami kiedyś byliście do takiej wizyty nieprzygotowani jak któryś z opisanych przeze mnie pacjentów i tłumaczyliście się: nie wiedziałem...?

Mam nadzieję, że dzięki moim poradom takie sytuacje nie będą już miały miejsca.

Jeżeli przeczytałaś(przeczytałeś) ebook do końca, to się bardzo cieszę i będę wdzięczna za opinię.

Daj proszę znać, czy Ci się podobał, czy informacje, które przekazałam, opisy konkretnych pacjentów, porady uważasz za przydatne, czy chciałabyś (chciałabyś), aby powstały kolejne.

A może zechcesz przeczytać książkę, w której znajdziesz jeszcze więcej medycznych wskazówek i ciekawostek związanych ze szpitalem? Zachęcam Cię do odwiedzenia strony internetowej:

<https://zpamietnikalekarza.pl/ksiazka-z-pamietnika-lekarza/>

