

Redakcja
Alan G. Japp
Colin Robertson

Diagnoza kliniczna



Maciej

Macleod

Redakcja

Alan G. Japp MBChB(Hons) BSc(Hons) MRCP
Cardiology Registrar
Royal Infirmary of Edinburgh
Edinburgh, UK

Colin Robertson BA(Hons) MBChB FRCPEd FRCSEd FSAScot
Honorary Professor of Accident and Emergency Medicine
University of Edinburgh
Edinburgh, UK

Współredakcja

Iain Hennessey MBChB(Hons) BSc(Hons) MRCS
Speciality Trainee in Paediatric Surgery
Alder Hey Children's Hospital
Liverpool, UK

Redakcja wydania I polskiego

Prof. dr hab. med. **Tomasz J. Guzik** FACP(hon), FRCP
Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Medycyny Wsi
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego
Oddział Chorób Wewnętrznych i Alergologii
Szpitala Specjalistycznego
im. Józefa Dietla w Krakowie

Diagnoza kliniczna

edra
URBAN & PARTNER

Tytuł oryginału: Macleod's Clinical Diagnosis

First edition

Redakcja: Alan G. Japp, MBChB(Hons), BSc(Hons) MRCP; Colin Robertson, BA(Hons), MBChB, FRCPEd, FRCSEd, FSAScot

Współredakcja: Iain Hennessey, MBChB(Hons), BSc(Hons), MRCS

CHURCHILL LIVINGSTONE

ELSEVIER

First published 2013

© 2013 Elsevier Ltd. All rights reserved.

ISBN 978-0-7020-3543-2

This book and the individual contributions contained in it are protected under copyright by the publisher (other than as may be noted herein).

This edition of *Macleod's. Clinical Diagnosis, 1e*, edited by Alan G. Japp, MBChB(Hons), BSc(Hons) MRCP; Colin Robertson, BA(Hons), MBChB, FRCPEd, FRCSEd, FSAScot is published by arrangement with Elsevier Ltd.

Książka *Macleod's. Clinical Diagnosis, wyd. 1*, redakcja: Alan G. Japp, MBChB(Hons), BSc(Hons) MRCP; Colin Robertson, BA(Hons), MBChB, FRCPEd, FRCSEd, FSAScot została opublikowana zgodnie z umową z Elsevier Ltd.

Wszelkie prawa zastrzeżone, zwłaszcza prawo do przedruku i tłumaczenia na inne języki. Żadna z części tej książki nie może być w jakiegokolwiek formie publikowana bez uprzedniej pisemnej zgody Wydawnictwa. Dotyczy to również sporządzania fotokopii i mikrofilmów oraz przenoszenia danych do systemów komputerowych.

Ze względu na stały postęp w naukach medycznych oraz odmienne nieraz opinie na temat leczenia, jak również możliwość wystąpienia błędu, prosimy, aby w trakcie podejmowania decyzji uważnie oceniać zamieszczone w książce informacje. Pomoże to zmniejszyć ryzyko wystąpienia błędu lekarskiego.

© Copyright for the Polish edition by Edra Urban & Partner, Wrocław 2015

Redakcja naukowa I wydania polskiego:

Prof. dr hab. med. Tomasz J. Guzik FACP(hon), FRCP

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Medycyny Wsi

Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Oddział Chorób Wewnętrznych i Alergologii

Szpitala Specjalistycznego im. Józefa Dietla w Krakowie

Tłumaczenie z języka angielskiego:

Dr n. med. Barbara Jasiewicz-Honkisz (rozdz. 1–5 oraz 28, 29 i Dodatek, a także koordynacja pracy tłumaczy)

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Medycyny Wsi

Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Oddział Chorób Wewnętrznych i Alergologii

Dr n. med. Bartłomiej Guzik (rozdz. 6–10)

Klinika Kardiologii Interwencyjnej

Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Dr n. med. Paweł Matusik (rozdz. 11–18)

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Medycyny Wsi

Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Lek. Michał Nowak (rozdz. 19–27)

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Medycyny Wsi

Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Prezes Zarządu: Giorgio Albonetti

Dyrektor wydawniczy: lek. med. Edyta Błażejewska

Redaktor tekstu: AD VERBUM Iwona Kresak

Redaktor prowadzący: Irena Zaucha-Nowotarska

Opracowanie skorowidza: Dominika Macuta

ISBN 978-83-65195-08-1

Edra Urban & Partner

ul. Kościuszki 29, 50-011 Wrocław

tel.: 71 726 38 35

biuro@edra.com

www.edra.pl

Łamanie i przygotowanie do druku: Andrzej Kuriata

Druk i oprawa: Wrocławska Drukarnia Naukowa PAN, im. Stanisława Kulczyńskiego Sp. z o.o.

Spis treści

Wstęp	v
Podziękowania.	vi
Źródła rycin	vi
Współautorzy	vii
Przedmowa do wydania polskiego	viii
Skróty	xi

Część 1 Zasady oceny klinicznej

1 Czym jest diagnostyka	3
2 Ocena pacjenta: praktyczny przewodnik	9
3 Proces diagnostyczny	21

Część 2 Ocena częstych problemów klinicznych

4 Ból brzucha	29
5 Guzek piersi	50
6 Ból w klatce piersiowej	54
7 Śpiączka i zaburzenia świadomości	80
8 Zaburzenia poznawcze: majaczenie i ośpienie	86
9 Biegunka	99
10 Zawroty głowy	106
11 Dysfagia	117
12 Dusznosc	122
13 Zespoły osłabienia/zmęczenia	141
14 Gorączka	150
15 Krwawienie z przewodu pokarmowego: krwiste wymioty i krwawienie z odbytnicy	162
16 Krwiomocz	171
17 Krwioplucie	176
18 Ból głowy	181
19 Żółtaczk	191
20 Obrzęk stawów	202
21 Obrzęki kończyn dolnych	207
22 Osłabienie kończyn	218
23 Ból pleców	232
24 Problemy z poruszaniem: upadki i unieruchomienie	239
25 Kołatanie serca	249
26 Wysypka: ostre uogólnione wykwity skórne	256
27 Obrzęk moszny	267
28 Wstrząs	273
29 Chwilowe utraty przytomności: omdlenie oraz napady padaczki	282
Dodatek	295
Skorowidz	299

Wstęp

Zanim rozpoznamy daną jednostkę chorobową, należy zebrać informacje pochodzące z wywiadu lekarskiego, badania fizykalnego czy otrzymanych wyników badań dodatkowych. Sukces diagnostyczny zależy od wyjściowej dokładności i kompletności zebrania wywiadu oraz badania fizykalnego. Podczas studiów uczy się studentów jasnych i sztywnych zasad prowadzenia diagnostyki klinicznej. Jednak w codziennej praktyce bardziej elastyczne podejście do problemu jest lepsze, pozwala bowiem na dostosowanie się do sytuacji klinicznej i zdobycie niezbędnych informacji w sposób najbardziej efektywny.

Tradycyjnie ocena pacjentów została podzielona na dwa oddzielne etapy:

- *Ocena kliniczna*: obejmująca zebranie wywiadu lekarskiego oraz badanie fizykalne.
- *Badania dodatkowe*.

W szpitalu rozróżnienie to jest bardzo sztuczne ze względu na łatwy i praktyczny natychmiastowy dostęp do podstawowych badań, takich jak EKG, RTG klatki piersiowej, ocena poziomu glikemii z użyciem glukometru, gazometria, i rutynowych badań laboratoryjnych krwi, takich jak ocena morfologii, parametrów nerkowych czy wątrobowych. W sytuacjach, w których jest to właściwe, te proste testy należy wykonywać jednocześnie z oceną kliniczną, tworząc rutynowy schemat diagnostyki pacjenta. Informacje ze wszystkich tych źródeł powinny zostać połączone w celu postawienia wstępnej diagnozy lub diagnostyki różnicowej. Jeżeli jest to konieczne, ukierunkowane badania dodatkowe mogą zostać

wykonane w celu potwierdzenia wstępnego rozpoznania i zawężenia diagnostyki różnicowej z uwzględnieniem stanów wysokiego ryzyka, wpływających na rokowanie i modyfikujących dalsze postępowanie.

W tej książce przedstawione zostały następujące systemy oceny klinicznej pacjenta:

- *Rutynowe postępowanie*: zebranie wywiadu lekarskiego, badanie fizykalne oraz podstawowe badania laboratoryjne.
- *Ukierunkowane badania dodatkowe*.

Optymalne podejście do rutynowej diagnostyki jest różne, zależne od stabilności stanu pacjenta i stopnia zaawansowania choroby:

- Pacjenci w ciężkim stanie ogólnym, w stanie ostrym, wymagają szybkiej, ukierunkowanej oceny („ocena ABCDE”) w celu wykrycia zagrażających życiu chorób i głównych zaburzeń fizjologicznych.
- Pacjenci, którzy we wstępnej ocenie ABCDE są w stanie stabilnym, powinni mieć zebrany szczegółowo wywiad lekarski, badania kliniczne, jak opisano poniżej („pełna ocena kliniczna”), obok podstawowych badań istotnych dla określonej jednostki chorobowej.
- Podejście do osłabionych pacjentów w starszym wieku musi być odpowiednio zmodyfikowane, biorąc pod uwagę różnice w charakterze prezentacji choroby, np. wielonarządowa *vs* jednonarządowa patologia; istotne obniżenie sprawności wtórnie do drobnych schorzeń.

Szybka ocena chorego

Ocena pacjenta wg schematu ABCDE (zob. Narzędzie kliniczne: Ocena schematu według ABCDE) umożliwia szybką identyfikację


Narzędzie kliniczne: Ocena według schematu ABCDE

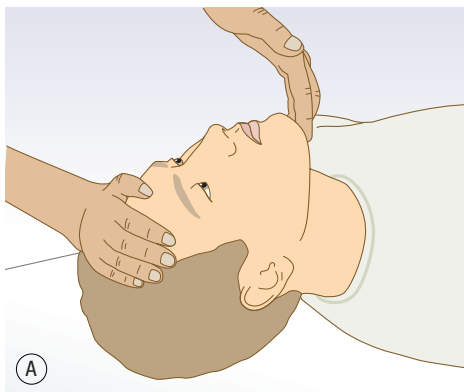
Czego szukać	Jak działać
A. DROGI ODDECHOWE (AIRWAY)	
A1 Zapytać: „Jak się Pan/Pani czuje?” Jeśli pacjent odpowiada normalnie, oznacza to, iż drogi oddechowe są drożne – przejść do pkt B A2 Poszukiwać cech niedrożności dróg oddechowych • Brak przepływu powietrza przez usta (całkowita niedrożność) • Obrzęk gardła czy języka • Bułgotanie, chrapanie, dławienie • Paradoksalny „wahadłowy” tor oddychania (zapadanie klatki piersiowej razem z wznoszeniem brzucha w czasie wdechu, i na odwrót podczas wydechu) Przejść do punktu B tylko wtedy, gdy drogi oddechowe są drożne	Jeśli cechy braku drożności dróg oddechowych: • Wezwać pomoc! • Spróbować prostych manewrów udrażniających drogi oddechowe: odgiąć głowę/podnieść podbródek, wysunąć żuchwę (ryc. 2.1) • Usunąć ciała obce/wydzieliny z krtani pod kontrolą wzroku • Założyć rurkę ustno-gardłową typu Guedela czy nosowo-gardłową Jeśli niedrożność się utrzymuje: • Jak najszybciej wezwać fachową pomoc • Rozważyć założenie maski krtaniowej lub intubację • Jeśli występuje obrzęk gardła lub języka, podać domięśniowo adrenalinę (0,5 mg)
B. ODDECH (BREATHING)	
B1 Podawać tlen w wysokim stężeniu B2 Ocenić częstotliwość, głębokość oddechu, symetrię ruchów klatki piersiowej, zauważyć: • Mały wysiłek oddechowy: ↓↓ częstości oddechów, słabe, płytkie oddechy • Duży wysiłek oddechowy: częstość oddechów > 20/min, używanie dodatkowych mięśni oddechowych, widoczny wysiłek • Asymetryczne ruchy klatki piersiowej B3 Wykluczyć przemieszczenie tchawicy B4 Opukiwać i osłuchiwać klatkę piersiową, zauważyć: • Wypuk bębenkowy – sugeruje odmę • Stłumienie wypuku – sugeruje płyn w jamie opłucnowej, niedodmę lub zagęszczenia zapalne • ↓ szmerów oddechowych – sugeruje odmę opłucnową czy płyn w jamie opłucnowej • Świsty – sugerują skurcz oskrzeli • Trzeszczenia – sugerują obrzęk płuc, zwłóknienia, zagęszczenia zapalne • Szmer oskrzelowy sugeruje zagęszczenia B5 Ocenić saturację (SpO₂) przy wysokiej frakcji wdychanego tlenu (FiO₂)	Jeśli wysiłek oddechowy jest nieadekwatny: • Wezwać pomoc! • Wentylować mechanicznie z użyciem worka Ambu • Rozważyć podanie naloksonu Jeżeli ciężka niewydolność oddechowa i objawy odmy przeżnej, wykonać natychmiastowe nakłucie opłucnej Jeśli uogólnione świsty, poszukiwać objawów anafilaksji (zob. niżej). Gdy występują, postępować zgodnie z opisem; jeżeli nie są obecne, podać w nebulizacji lek rozszerzający oskrzela Jeśli przewlekła niewydolność oddechowa typu 2 lub ciężkie POChP, miareczkować FiO₂ do bazowej SpO₂ pacjenta (jeśli jest znana) lub 90–92%. U wszystkich innych pacjentów w stanie krytycznym w dalszym ciągu wysokie FiO₂

Narzędzie kliniczne: Ocena według schematu ABCDE – *cd.*

Czego szukać	Jak działać
C. KRAŻENIE (CIRCULATION)	
C1 Sprawdzić kolor skóry i temperaturę dłoni • Zimna, wilgotna, sina, marmurkowana? • Różowa i ciepła? C2 Zmierzyć nawrót kapilarny (<i>capillary refill time, CRT</i>) • Nacisnąć mocno na opuszek palca przez 5 s, potem zwolnić ucisk i policzyć czas, po którym skóra powróci do normalnego koloru • ≤ 2 s norma • ≥ 2 s sugeruje zmniejszenie perfuzji obwodowej C3 Ocenić tętno na tętnicy promieniowej i szyjnej: • Tachykardia: >100 uderzeń/min • Bradykardia: <60 uderzeń/min (lub nieadekwatnie wolne w stosunku do sytuacji) • Tętno nitkowate, słabe – sugeruje $\downarrow$ rzutu serca, hipowolemia • Graniczne – sugeruje krążenie hiperkinetyczne, np. sepsa C4 Zmierzyć ciśnienie C5 Ocenić wypełnienie żył szyjnych – badanie, gdy pacjent leży pod kątem 45° C6 Osluchiwać serce pod kątem obecności: • Szmerów • Trzeciego tonu serca/galopu C7 Ocenić zapis EKG na monitorze pod kątem zaburzeń rytmu: • Częstoskurcz z szerokimi zespołami QRS – prawdopodobny częstoskurcz komorowy • Częstoskurcz z wąskimi zespołami QRS, np. częstoskurcz nadkomorowy, tachykardia zatokowa • Trzepotanie przedsionków • Niemiaraowa tachykardia – prawdopodobne migotanie przedsionków • Bradykardia ≤ 40 uderzeń/minutę, np. blok przedsionkowo-komorowy 2 czy 3 stopnia C8 Wykonać 12-odprowadzeniowe EKG, jeśli występują ból w klatce piersiowej lub zaburzenia rytmu serca	Jeśli u pacjenta występują objawy wstrząsu, tzn: $\uparrow$ nawrotu włósniczkowego, zimne kończyny, nitkowane tętno, $\uparrow$ CAS (częstości akcji serca), $\downarrow$ RR: Zabezpieczyć dostęp dożylny (duża średnica, jeśli to możliwe) Jeśli VT, próba defibrylacji (poprosić anestezjologa do znieczulenia, jeśli pacjent jest świadomy) Jeśli bradykardia: • podać atropinę 0,5–3 mg • jeśli brak odpowiedzi lub CAS < 40/min, poprosić o konsultację i rozważyć podanie <i>i.v.</i> adrenaliny lub wszczepienie rozrusznika Jeśli obrzęk języka/gardła, ciężka niewydolność oddechowa, uogólnione świsty i/lub nowa wysypka, zakłada się anafilaksję: • Usunąć potencjalne źródło reakcji • Podać 0,5 mg <i>i.m.</i> adrenaliny (przednio-boczna środkowa 1/3 część uda) • Przetaczać szybko płyny <i>i.v.</i> • Wezwać anestezjologa W przeciwnym razie podawać płyny, chyba że wystąpią objawy obrzęku płuc


Narzędzie kliniczne: Ocena według schematu ABCDE – cd.

Czego szukać	Jak działać
D. NIESPRAWNOŚĆ (DISABILITY)	
D1 Sprawdzić poziom glukozy z użyciem glukometru D2 Oceńić poziom świadomości wg skali Glasgow (GCS) D3 Zebrać historię „3 D” <i>Opis objawów (Description of symptoms)</i> <i>Leki i alergię (Drugs and allergies)</i> <i>Choroby/niepełnosprawności przed tą chorobą (Disorders/Disability prior to this illness)</i> D4 Zbadać źrenice latarką: • Obustronnie szpilkowate źrenice – sugeruje zatrucie opioidami lub uszkodzenie mostu • Obustronnie szerokie – sugerują zatrucie kokainą/amfetaminą • Jednostronnie poszerzona, sztywna – sugeruje ↑ ciśnienia śródczaszkowego lub porażenie 3 nerwu czaszkowego	Jeżeli poziom glukozy < 3 mmol/l: • Wystać krew na laboratoryjne oznaczenie glukozy • Natychmiast dożylnie podać roztwór glukozy Jeśli ↓ GCS • Wykonać gazometrię, gdy występuje podejrzenie hiperkapnii, np. przewlekłe choroby płuc, upośledzenia wentylacji • Podać dożylnie 0,8–2 mg naloksonu, jeżeli źrenice są zwężone lub nie ma oczywistej przyczyny • Oceńić odpowiedź po 1 minucie i rozważyć kolejne dawki, jeśli odpowiedź jest częściowa
E. EKSPOZYCJA (EXPOSURE)	
E1 Sprawdzić temperaturę ciała E2 Oceńić całe ciało (z zachowaniem godności pacjenta), poszukując: • Krwawienia lub urazu • Wysypki • Żółtaczkę • Medycznych bransoletek alarmowych (np. informujących o cukrzycy, alergii itp.) E3 Oceńić brzuch w poszukiwaniu: wzdęć, twardości, obrony mięśniowej	Jeżeli temperatura < 34°C, potwierdzić centralną temperaturę z użyciem termometru do odczytu niskich temperatur i zacząć ogrzewać pacjenta Powtórzyć ocenę wg schematu ABCDE, jeśli znaczące odstępstwa zostały odnotowane na dowolnym etapie Zapoznać się z odpowiednim rozdziałem dotyczącym dalszej oceny poszczególnych dolegliwości, np. duszność, wstrząs, ból w klatce piersiowej, ↓ GCS, ból brzucha, ból głowy



Ryc. 2.1 Proste manewry udrożniania dróg oddechowych. A. Metoda: głowa odgięta, broda dosunięta. B. Metoda: żuchwa wysunięta – preferowane u pacjentów z podejrzeniem urazu szyi.

kację zagrażających życiu schorzeń, diagnozowanie jakichkolwiek odstępstw od normy z wyłonieniem potencjalnie śmiertelnych. Należy użyć schematu ABCDE, gdy pacjent:

- Nie odpowiada, źle wygląda.
- Manifestuje zaburzenia fizjologiczne możliwe do uchwycenia na bazie obserwacji (częstość akcji serca, ciśnienie tętnicze, saturacja krwi, temperatura).
- Ma objawy niewydolności dowolnego organu.

Powinno się powtarzać ocenę w celu określenia skuteczności leczenia lub na wypadek pogorszenia stanu pacjenta. Jeśli w wywiadzie jest podejrzenie jakiegokolwiek urazu, należy chronić kręgosłup.

Rutynowa ocena stabilnego pacjenta: pełna ocena kliniczna

Szczegółowy opis zasad zbierania wywiadu i badania fizykalnego zawarto w podręczniku „Macleod. Badanie kliniczne”. Poniższy tekst ma na celu zwrócenie szczególnej uwagi na wybrane praktyczne wskazówki i dzięki temu może pozwolić na uniknięcie typowych pułapek diagnostycznych.

Wywiad lekarski

Wywiad lekarski nie jest jedynie zbiorem ważnych pytań, które powinno się zadać pacjentowi. Należy myśleć jak o historii

choroby pacjenta, którą trzeba scalić, korzystając z dostępnych danych i metod diagnostycznych (tab. 2.1 i ramki 2.1–2.3).

Powinno się przede wszystkim zauważyć, że:

- Pozyskanie dodatkowych informacji na temat obecnego problemu jest szczególnie ważne u pacjentów z zaburzeniami świadomości lub przemijającymi utratami świadomości.
- Szczegółowe dane medyczne dotyczące dotychczasowych schorzeń zwykle są najlepiej zebrane w dokumentacji lekarza POZ czy w kartach informacyjnych. Źródła te dają dokładniejsze informacje niż odpowiedzi, jakich udziela sam pacjent, zwłaszcza w odniesieniu do wyników badań dodatkowych wykonanych w przeszłości [choć w żadnym przypadku nie oznacza to, iż powinniśmy mniej słuchać pacjenta – *przyp. red. n.*].
- Jeśli można, należy wykorzystywać zapis leków (i ich dawek), jakie były w przeszłości przepisywane i stosowane przez pacjenta. Dane te należy zweryfikować, pytając pacjenta o potwierdzenie. Powinno się także zapytać o inne przyjmowane leki typu OTC lub preparaty ziołowe, a także o ewentualne działania uboczne leków przyjmowanych obecnie lub w przeszłości.

Tabela 2.1 Kluczowe informacje wymagane w historii choroby

Informacje, które muszą być ustalone	Szczegółne informacje	Źródło informacji
Aktualnie zgłaszane dolegliwości	Szczegółowe informacje o ostatnich objawach i zdarzeniach klinicznych	Pacjenci, krewni, opiekunowie, świadkowie, lekarz rodzinny
Wywiad chorobowy	Obecne i poprzednie problemy medyczne Poprzednie badania i wyniki Skuteczność wcześniejszego leczenia	Dokumentacja medyczna, dokumentacja lekarza rodzinnego, pacjent
Leki i alergie	Wszystkie przepisane na receptę leki i leki OTC, a także ich dawki; stosowanie się do zaleceń; ostatnie zmiany leków, działania niepożądane (po którym leku? co się działo?)	Powtarzane recepty, notatki lekarza POZ, pacjenta, krewnych, opiekunów
Wywiad środowiskowy, używki	Palenie papierosów, alkohol (ramka 2.1), narkotyki* (ramka 2.2), podróże, zwierzęta, wywiad ginekologiczny* (ramka 2.3)	Pacjent, rodzina pacjenta
Wpływ i konsekwencje choroby (jeśli dotyczy)	Zdolność do poruszania, samoobsługi, podjęcia działania (pracy, jazdy samochodem, hobby) Wpływ na zatrudnienie, finanse, zaufanie	Pacjent, rodzina, opiekun, przyjaciele, lekarz POZ

* Jedynie, jeśli dotyczy.

Ramka 2.1 Informacje dotyczące używek (alkoholu)

- Ilość i rodzaj alkoholu
- Spożycie dzienne/tygodniowe alkoholu (zwłaszcza picie okazjonalne czy poranne picie)
- Miejsce picia
- Picie w towarzystwie czy samotne
- Powód picia
- Ilość pieniędzy wydawana na alkohol
- Nastawienie do picia

Ramka 2.2 Informacje o przyjmowaniu leków nieprzepisanych przez lekarza

- Jaki lek pan/pani stosuje?
- Jak często i jakie ilości?
- Jak długo stosuje pan/pani te leki?
- Czy był okres, gdy odstawił/ła pan/pani leki? Jeśli tak, to kiedy zaczął/ęła pan/pani przyjmować leki ponownie?
- Jakie objawy występują, jeśli nie przyjmie pan/pani leku?
- Kiedykolwiek przyjmował/ła pan/pani leki w formie iniekcyjnej?
- Czy kiedykolwiek dzielił/ła się pan/pani igłami, strzykawkami lub innym sprzętem?
- Czy uważa pan/pani, że przyjmowanie leku jest problemem?
- Czy chce pan/pani zmienić swoje życie lub zmienić drogę podawania leków?

Ramka 2.3 Pytania dotyczące życia seksualnego

- Czy ma pan/pani stałego partnera seksualnego?
- Czy pana/pani partner seksualny jest kobietą czy mężczyzną?
- Czy miał pan/pani jakiegoś (innego) partnera seksualnego w ciągu ostatnich 12 miesięcy?
- Jak dużo z pana/pani partnerów było mężczyznami? A ile kobietami?
- Czy stosuje pan/pani barierowe środki antykoncepcyjne – czasami, zawsze czy nigdy?
- Czy kiedykolwiek stwierdzono u pana/pani chorobę weneryczną?

Badanie fizykalne

Rutynowe „przesiewowe” badanie kliniczne (zob. Narzędzie kliniczne: 20-stopniowe badanie fizykalne) jest niezbędne u większości pacjentów. Niektóre elementy badania fizykalnego, które tradycyjnie były uważane za rutynowe, są obecnie wymagane jedynie w szczególnych okolicznościach. [Nie wolno jednak o nich zapominać, jeśli wiek i sytuacja kliniczna wskazują na ich użycie – *przypp. red. n.*]. Zalicza się do nich na przykład badanie *per rectum*, badanie genitaliów, piersi i poszczególnych stawów.

**Narzędzie kliniczne: 20-stopniowe badanie fizykalne**

1. Ocenic zachowanie, wygląd ogólny, ruchy, zapach, odżywienie i nawodnienie
2. Zapisać rutynowe obserwacje, w tym temperaturę, tętno, RR, częstość oddechów i SpO₂
3. Zbadać dłonie: temperaturę, nawrót włósniczkowy, kolor, paznokcie, drżenia, asteriksje, stawy
4. Sprawdzić tętno na tętnicach promieniowej i ramiennej
5. Zbadać twarz i oczy (tab. 2.2 i 2.3).
6. Zbadać jamę ustną: higienę jamy ustnej, sinicę, zapalenie migdałków, owrzodzenia, pęcherze, kandydozę

Ustawienie pacjenta w pozycji 45°

7. Ocenic wysokość i kształt fali w żyłach szyjnych (JVP) i zbadać tętno na tętnicach szyjnych.
8. Sprawdzić i dotknąć tchawicę: sprawdzić jej centralne położenie oraz odległość pomiędzy chrząstką pierścieniową krtani a mostkiem
9. Obejrzeć i zbadać okolice przedsercową
10. Osluchiwać serce
11. Zbadać pola płucne od przodu

Ustawienie pacjenta w pozycji 90°

12. Sprawdzić tułów (przód i tył) na obecność wysypki, znamion, pajączków naczyniowych, blizn itd.

13. Zbadać palpacyjnie węzły chłonne i ew. wole tarczycy; sprawdzić bolesność kości/nerek, obrzęk okolicy krzyżowej
14. Zbadać pola płucne od tyłu

Pacjent leży płasko

15. Zbadać brzuch i wrota przepuklin
16. Zbadać kończyny dolne:
 - Sprawdzić obrzęk, kolor skóry, wysypki, zmiany skórne
 - Poszukiwać obrzęków ciastowatych, zbadać temperaturę, tętno i nawrót kapilarny
17. Wykonać badanie neurologiczne kończyn dolnych:
 - Sprawdzić napięcie mięśniowe, poszukiwać ruchów mimowolnych i nieprawidłowych
 - Ocenic siłę: zgięcia/prostowania bioder, kolan, kostek
 - Sprawdzić odruchy: kolanowy, podszewowy, ze ścięgna Achillesa
 - Ocenic czucie: dermatomy L2-S1 (zob. ryc. 22.1)
 - Test koordynacji: pięta-kolano (ryc. 2.2B)
 - Ocenic poruszanie się i chód

Pacjent siedzi

18. Wykonać badanie neurologiczne kończyn górnych:


Narzędzie kliniczne: 20-stopniowe badanie fizykalne – cd.

• Sprawdzić napięcie, poszukiwać ruchów mimowolnych i nieprawidłowych • Ocenić siłę: zgięcia/prostowania barków, palców, łokci, nadgarstków oraz siłę uchwytu. • Sprawdzić odruchy: rotacji z mięśni, bicepsa, tricepsa. • Ocenić czucie: dermatomy C5–T1 (zob. ryc. 22.1). • Test koordynacji: szybkie ruchy naprzemienne, test palec-nos (ryc. 2.2A). 19. Poszukiwać objawów zaburzeń ze strony nerwów czaszkowych:	• Badanie ostrości wzroku i reakcji źrenic, sprawdzić homologiczne zaburzenia pola widzenia • Sprawdzić ruchy gałek ocznych (oczoopląs) i zbadać słuch w każdym uchu • Sprawdzić czucie nad górną wargą, wokół szczęki i powiek • Ocenić ruchy twarzy: unieść brwi, wyszczerzyć zęby, zamknąć oczy przeciwko oporowi, nadmuchać policzki 20. Wykonać przyłózkowe badanie poziomu glukozy we krwi z użyciem glukometru („BM”) oraz badanie moczu
--	---

Tabela 2.2 Charakterystyczne cechy twarzy, w tym wyraz twarzy

Choroba	Wygląd
Akromegalia	Pogrubienie z powiększeniem rysów twarzy, np. nosa, ust, łuków brwiowych i żuchwy (prognatyzm)
Niedoczynność tarczycy	Błada, opuchnięta skóra z utratą bocznej trzeciej części brwi
Nadczynność tarczycy	„Zaskoczony” wygląd z cofniętymi powiekami
Choroba Cushinga	„Księżycowata twarz”, bawoli kark nad kręgosłupem szyjnym i górną częścią kręgosłupa piersiowego
Parkinsonizm	Uboga mimika twarzy i ślinotok
<i>Myasthenia gravis</i>	Uboga mimika twarzy z obustronnym opadaniem powiek
Dystrofia miotoniczna	Łysienie czołowe i obustronne opadanie powiek
Zespół żyły głównej górnej	Hiperwolemiczny obrzęk twarzy i szyi, obrzęk spojówek, wydätne żyły i żyłki
Rumień jarzmowy	Rdzawe zaczerwienienie policzków widoczne u chorych z niskim rzutem serca, np. w zwężeniu zastawki mitralnej, obecne również w obrzęku śluzowatym
Toczeń rumieniowaty układowy (SLE)	Rumień na nosie i policzkach – „rumień w kształcie motyla”
Sklerodermia	Napięta skóra wokół ust z „dziobiastym” nosem

Tabela 2.3 Objawy chorób systemowych zajmujących oczy

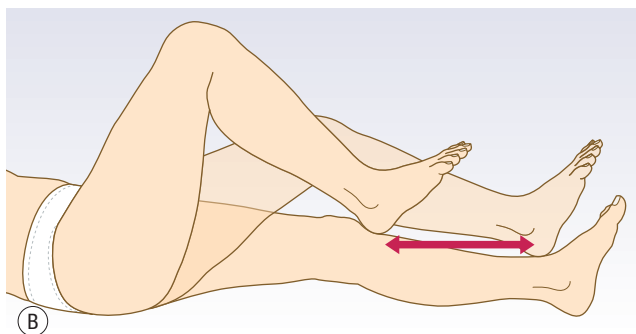
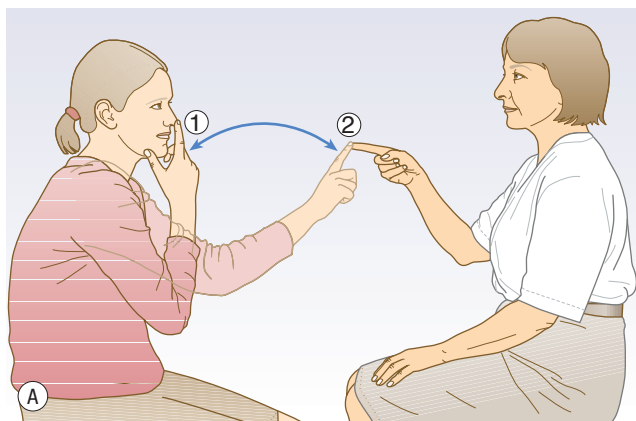
Kolor twardówki	Choroba
Niebieski	Przewlekły niedobór żelaza <i>Osteogenesis imperfecta</i>
Żółty	Żółtaczka, ale nie karotemia
Czerwony	Zapalenie twardówki w przebiegu zapalenia naczyń lub chorób reumatycznych
Czarny	Skleromalacja w chorobach autoimmunologicznych

Dodatkowe kroki

- Należy ocenić wyższe funkcje psychiczne (poznawcze) podczas zbierania wywiadu lekarskiego. Jeśli podejrzewa się upośledzenie funkcji umysłowych, trzeba wy-

konać skrócony test sprawności umysłowej (*Abbreviated Mental Test – AMT*; ramka 2.4).

- W przypadku wykrycia istotnych nieprawidłowości w czasie rutynowego badania należy przeprowadzić szczegółowe badanie odpowiedniego układu (zob. *Macleod. Badanie kliniczne*).
- Dodatkowe czynności diagnostyczne konieczne do określenia zaburzeń zostały opisane w odpowiednich rozdziałach:
 - badanie jąder (s. 270),
 - badanie piersi (s. 53),
 - badanie objawów oponowych (s. 185),
 - badanie ruchomości kręgosłupa lędźwiowego (s. 235),
 - „ocena zaburzeń świadomości” do wykrywania delirium (s. 88),
 - ocena chodu (s. 240),
 - test pchnięcia głową (*head thrust test*) (s. 111)
 - test Dix–Hallpike’a (s. 112),
 - odruch zuchwowy (s. 118).



Ryc. 2.2 Testy koordynacji.
A. Test palec-nos. B. Test pięta-kolano.

Ramka 2.4 Skrócony test sprawności umysłowej

(Jeden punkt za każdą prawidłową odpowiedź)

- Ile ma pan/pani lat?
- Która jest godzina?
- Który rok jest obecnie?
- Jaka jest nazwa miejsca, gdzie się znajdujemy? (Gdzie jest pan/pani obecnie?)

Proszę zapamiętać adres: ul. Zachodnia 42

- Jaka jest pana/pani data urodzin (dzień i miesiąc)?
- W którym roku rozpoczęła się I Wojna Światowa?
- Jak ma na imię Królowa Brytyjska?
- Czy może pan/pani rozpoznać...? Dwie osoby?
- Proszę policzyć od tyłu, zaczynając od 20 do 1
- Proszę powtórzyć adres, który podałem na początku

Prawidłowy wynik: 8–10

Źródło: Hodkinson HM 1972 Evaluation of a mental test score for assessment of mental impairment in the elderly. Age and ageing. 1: 233–238. With permission from Oxford University Press.

Podstawowe badania

Konkretne badania wymagane w rutynowej diagnostyce zależą od objawów. Na przykład badanie EKG jest obowiązkowe u pacjentów z ostrym bólem w klatce piersiowej, ale nie u pacjentów z przewlekłym bólem krzyża. Zalecane testy w różnych jednostkach chorobowych są opisane w odpowiednich rozdziałach w części 2. W kilku rozdziałach przedstawiono również szczegółowe wytyczne, w jaki sposób interpretować wyniki tych badań, włączając następujące:

- EKG u pacjentów z bólem w klatce piersiowej (s. 58),
- interpretacja gazometrii (s. 126),
- interpretacja wyników testów czynnościowych płuc (s. 137),
- punkcja opłucnej i ocena płynu z opłucnej (s. 139),

- punkcja lędźwiowa i badanie płynu mózgowo-rdzeniowego (s. 186),
- badanie przesiewowe w kierunku posocznicy (s. 154),
- dalsza ocena niedokrwistości (s. 147),
- dalsza ocena niewydolności nerek (s. 215),
- dalsza diagnostyka hiponatriemii (s. 96).

Podejście do pacjenta w starszym wieku, z zespołem słabości (frailty)

Pacjenci w podeszłym wieku stanowią obecnie znaczącą część nagłych przyjęć internistycznych i chirurgicznych, a ich stan jest często trudny do oceny. Dolegliwości niejednokrotnie są nietypowe i czasami może być trudno wyłowić konkretny, dominujący powód pogorszenia stanu ogólnego na tle wielu przewlekłych chorób współistniejących i ograniczeń czynnościowych. Niefortunną konsekwencją takiego błędu jest tendencja do kategoryzowania pacjentów w podeszłym wieku w określonej „szufladce diagnostycznej”. Zamiast diagnostyki różnicowej, po długotrwałej analizie pojawiają się niespecyficzne stwierdzenia, jak „problemy z nogami”, „upadek”, „przyjęcie socjalne” lub „zapaść”. Takie wyrażenia mogą być słuszne, jednak nie stanowią rozpoznania, którego postawienie jest w przypadku pacjenta starszego szczególnie istotne.

Trudności diagnostyki i rozpoznania w geriatrici zwiększa powszechne przekonanie, iż ocena geriatriczna musi być procesem bardzo żmudnym i czasochłonnym. Rzeczywiście kompleksowa ocena geriatriczna wymaga dużo czasu i udziału wielu pracowników służby zdrowia, dlatego często korzystniejsze może być odroczenie tego procesu (nie rezygnując z niego!) niż dokonanie takiej oceny w trakcie nagłego przyjęcia, co mogłoby opóźnić działania ratujące życie. W przypadku gdy czas i personel są ograniczone, konieczne jest podejście skoncentrowane na szybkiej i niezawodnej identyfikacji ważnych zaburzeń klinicznych oraz utworzeniu użytecznej listy rozpoznania do diagnostyki różnicowej.

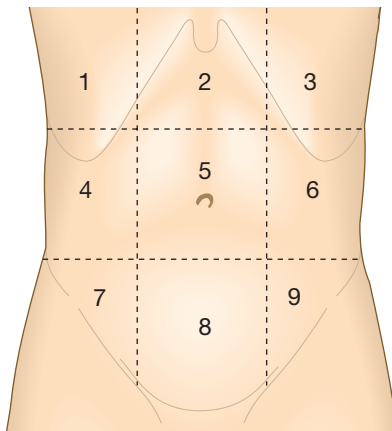
Wiek „chronologiczny” jest słabym markerem identyfikacji osób, które mogą od-

Ostry ból brzucha

Ostry ból brzucha może mieć różne przyczyny, a więc diagnostyka różnicowa musi być szeroka. Spektrum nasilenia choroby leżącej u podstaw bólów brzucha jest również szerokie, począwszy od zagrażającego życiu do schorzeń niewinnych. Efektywna ocena wymaga szybkiego wyłonienia pacjentów z najcięższymi schorzeniami i, w stosownych przypadkach, podjęcia ukierunkowanego postępowania w celu określenia innych potencjalnie groźnych schorzeń.

Przyczyny ostrego bólu brzucha zostały wyszczególnione poniżej. Liczby w nawiasach odpowiadają różnym regionom jamy brzusznej, w których ból jest zazwyczaj najbardziej odczuwalny, jak to pokazano na ryc. 4.1:

- Zapalenie pęcherzyka żółciowego/zapalenie dróg żółciowych (*cholecystitis/choolangitis*) (1)
- Kolka żółciowa (1, 2)
- Zapalenie wątroby (1, 2)
- Zapalenie płuc (1 lub 3)
- Choroba wrzodowa/zapalenie błony śluzowej żołądka (2)
- Ostry zespół wieńcowy (2)
- Zapalenie trzustki (2, 5)
- Pęknięcie tętniaka aorty brzusznej (*ruptured abdominal aortic aneurysm, AAA*) (2, 5)
- Pęknięcie śledziony (3)
- Kamica nerkowa (4, 7 lub 6, 9)
- Odmiedniczkowe zapalenia nerek (*pyelonephritis*) (4 lub 6)
- Zapalenie wyrostka robaczkowego (początkowo) (5)
- Zapalenie wyrostka robaczkowego (typowo) (7)
- Zapalenie jelita krętego, np. w chorobie Leśniowskiego-Crohna, yersinioza (7)
- Zapalenie krezkowych węzłów chłonnych (7)
- Zapalenie uchyłków (7 lub 9)
- Zapalenie jelita grubego (7, 8, 9)
- Ciąża pozamaciczna (7, 8, 9)
- Zapalenie w obrębie miednicy/endometrioza (rozlany, 7, 8, 9)
- Skręt jajnika/pęknięcie cysty (7, 8, 9)
- Infekcja dróg moczowych (UTI)/zapalenie pęcherza moczowego (8)
- Niedrożność jelita (ból rozlany)
- Perforacja jelita (ból rozlany)
- Niedokrwienie krezki (rozlany)
- Nieżyt żołądkowo-jelitowy (*gastroenteritis*) (rozlany lub śródbrzusze/nadbrzusze)
- Cukrzycowa kwasica ketonowa/hiperkalcemia/przełom nadnerczowy (rozlany)
- Bóle czynnościowe (rozlany lub dowolny obszar).



Ryc. 4.1 Regiony brzucha. Zobacz tekst dotyczący typowych lokalizacji bólu.

Kluczowe pytania

Jaki jest charakter bólu?

Ból trzewny powstaje w wyniku nadmiernego rozciągnięcia lub skurczu narządów zawierających światło w swojej budowie. Jest on przewodzony przez autonomiczne włókna nerwowe, więc jego lokalizacja odpowiada wspólnemu embrionalnemu pochodzeniu zajętych struktur (ryc. 4.2).

Ten typ bólu jest tępy, słabo ograniczony i nie towarzyszy mu obrona mięśniowa. Prawdziwy ból kolkowy wynika z nawracających epizodów silnych skurczów mięśni, co prowadzi do odczucia kurczowego bólu brzucha trwającego sekundy czy minuty. W niektórych zaburzeniach opisanych jako „kolka”, np. nerkowa lub żółciowa, ból stopniowo narasta w ciągu kilku minut, aż do uzyskania maksymalnego nasilenia, które następnie może trwać nawet przez kilka godzin zanim zmniejszy się jego nasilenie.

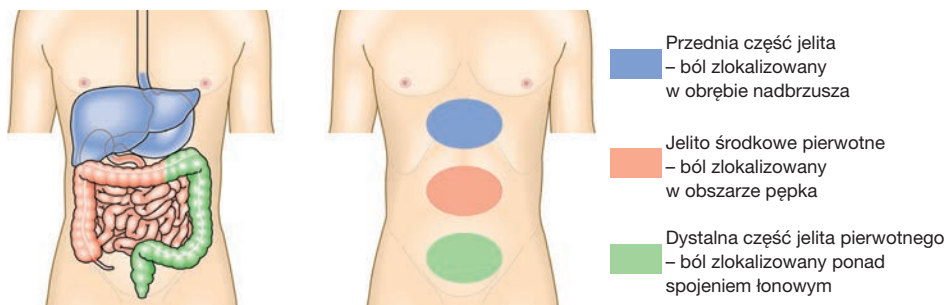
Ból somatyczny powstaje poprzez podrażnienie lub zapalenie otrzewnej ściennej i jest przerodzony przez nerwy somatyczne. Jest ostry, dobrze ograniczony, stały i często wiąże się z lokalną tkliwością i obroną mięśniową. Rozprzestrzenianie się procesu zapalnego otrzewnej ściennej prowadzi do uogólnionego zapalenia otrzewnej.

Ból odniesiony – jest odczuwany w miejscu oddalonym od źródła i powstaje w wyniku zbieżności włókien nerwowych na tym samym poziomie rdzenia kręgowego (ryc. 4.3).

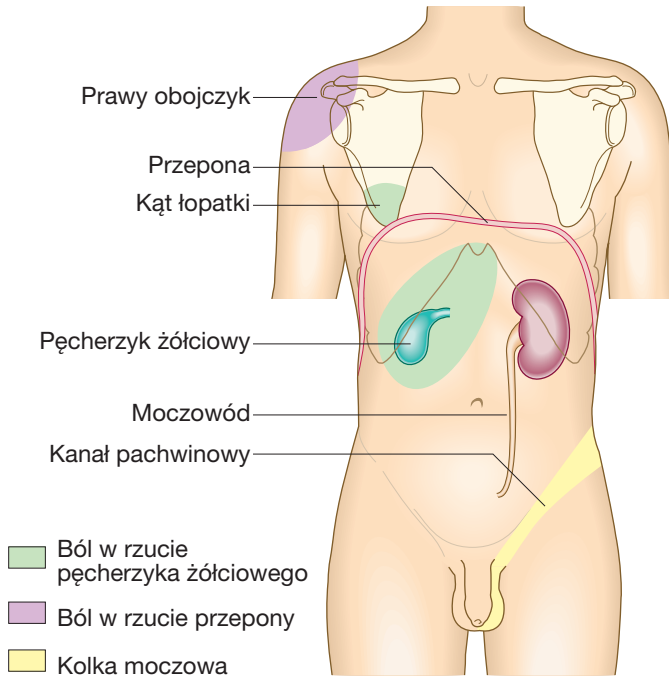
Czy występuje systemowa reakcja zapalna?

Wiele poważnych przyczyn ostrego bólu brzucha albo wywodzi się, albo jest wywołane przez proces zapalny w obrębie jamy brzusznej. Obecność gorączki, $\uparrow$ CRP, $\uparrow$ leukocytozy z neutrofilia sugeruje ostrą systemową reakcję zapalną (ramka 4.1) i tym samym może mieć znaczenie diagnostyczne. U niektórych pacjentów obecność cech zapalnych może pomóc w interpretacji niepewnych objawów klinicznych, np. łagodna miejscowa tkliwość brzucha w połączeniu z cechami zapalenia sugeruje lokalne zapalenie otrzewnej. Pacjenci bez jasnej przyczyny bólu z podwyższonymi parametrami zapalnymi mogą wymagać przyjęcia do szpitala celem dalszej diagnostyki. Z tego samego powodu brak tych cech może przyczynić się do wykluczenia ważnych patologii o etiologii zapalnej. Wreszcie rozpoznanie i ocena stopnia nasilenia uogólnionej odpowiedzi zapalnej są kluczowe do oceny stopnia ciężkości choroby leżącej u podłoża bólu.

Należy zauważyć, że znaczenie pojedynczego wyniku zależy od kontekstu klinicznego, zwłaszcza w odniesieniu do poziomu CRP. Ogólnie rzecz ujmując, im wyższa wartość, tym większy stopień nasilenia procesu zapalnego. Niewielki wzrost CRP, np. < 30 mg/l, nie dostarcza niezbitych dowodów na istnienie istotnego klinicznie uogólnionego procesu zapalnego. Jednakże, jeśli test jest stosowany do wykluczenia anali-



Ryc. 4.2 Ból brzucha. Percepcja bólu trzewnego jest zlokalizowana w nadbrzuszu, okolicy okołopępkowej lub nadłonowej, w zależności od pochodzenia embrionalnego chorego narządu.



Ryc. 4.3 Charakterystyka promieniowania bólu z pęcherzyka żółciowego, przepony i moczowodu.

Ramka 4.1 Wskaźnik stanu zapalnego

- Gorączka ($>38^{\circ}\text{C}$)
- $\uparrow$ CRP (>10 mg/l*)
- WBC $>11 \times 10^9/\text{l}$ lub $<4 \times 10^9/\text{l}$

* Istotność wyniku zależy od kontekstu klinicznego – zob. tekst.

zowanego schorzenia, wtedy bezpieczniej jest traktować każdy wynik powyżej górnej granicy normy jako podwyższony.

Przewlekły/epizodyczny ból brzucha

Przewlekły ból brzucha jest bardzo powszechny i trudny do diagnostyki. Większość młodszych pacjentów będzie mieć zaburzenia czynnościowe, np. zespół jelita drażliwego, ale rzetelna ocena razem z ukierunkowanym badaniem klinicznym

są konieczne do wykluczenia organicznej patologii. U starszych pacjentów z nowym, przewlekłym bólem brzucha priorytetem jest wykluczenie choroby nowotworowej.

Choroby żołądka i dwunastnicy

Choroba wrzodowa jest częstą przyczyną przewlekłego bólu w nadbrzuszu. Niemal wszystkie wrzody dwunastnicy i 70% wrzodów żołądka wynika z infekcji *H. pylori*. Typowe objawy to nawracający piekący lub gniotący ból czy dyskomfort, stosunek do jedzenia: na czczo czy po jedzeniu (zmienny), towarzyszące objawy dyspeptyczne, np. nudności, odbijanie, a także poprawa po lekach zobojętniających.

Zapalenie błony śluzowej żołądka bez jawnego owrzodzenia może powodować podobne objawy.

Rak żołądka występuje częściej u pacjentów w wieku >55 lat, a związane z nim objawy to: zaburzenia połykania, wczesne uczucie sytości, utrata masy ciała i wymio-

ty. Wszystkie z powyższych zaburzeń najlepiej diagnozuje się za pomocą badania endoskopowego górnego odcinka przewodu pokarmowego.

Kamica pęcherzyka żółciowego

Większość przypadków kamicy pęcherzyka żółciowego jest bezobjawowa.

Kolka żółciowa występuje, gdy kamień żółciowy blokuje przewód żółciowy, powodując rozdęcie pęcherzyka żółciowego. Objawy pojawiają się zwykle 1–6 godzin po posiłku, charakteryzują się intensywnym, tępym bólem w prawym górnym kwadrancie brzucha lub nadbrzuszu z towarzyszącym promieniowaniem do pleców w okolicy łędźwiowej lub do łopatki (zob. ryc. 4.3). Ból nasila się w czasie minut, a może trwać nawet kilka godzin zanim ustąpi. Nie jest związany z wystąpieniem żółtaczki, podwyższonych poziomów prób wątrobowych ani objawów otrzewnowych. Badanie USG jamy brzusznej potwierdza obecność kamienia w pęcherzyku żółciowym lub ujawnia inną zmianę patologiczną w pęcherzyku żółciowym.

Kamica przewodowa (kamień w przewodzie żółciowym wspólnym) może spowodować nawracające epizody bólu w nadbrzuszu z towarzyszącą żółtaczką cholestatyczną (zob. rozdz. 19).

Dolegliwości bólowe brzucha wywołane schorzeniami trzustki

Przewlekłe zapalenie trzustki powoduje silny ból w nadbrzuszu, który często promieniuje do pleców. U niektórych pacjentów jest on stały i nieprzerwany, natomiast u innych epizody bólu są prowokowane jedzeniem. Objawy towarzyszące obejmują utratę wagi, brak apetytu, cukrzycę (niedobór wewnętrzwydzielniczy, endokrynny), a w zaawansowanym stadium choroby stolce tłuszczowe (niewydolność zewnątrzwydzielnicza). W większości przypadków jest ono spowodowane przewlekłym nadużywaniem alkoholu. W diagnostyce często wykonuje się TK jamy brzusznej, jednak w trudniejszych przypadkach może być konieczne ERCP. W przeciwieństwie do ostrego zapalenia trzustki określenie

stężenia amylazy jest zwykle bezużyteczne; ↑poziom elastazy w kale oznacza niewydolność zewnątrzwydzielniczą trzustki.

Rak trzustki może spowodować silne nieustępujące dolegliwości bólowe w nadbrzuszu, promieniujące do pleców, i jest zwykle związany z wyniszczeniem oraz żółtaczką cholestatyczną.

Niedokrwienie krezki

Niedokrwienie krezki jest rzadką przyczyną przewlekłego bólu brzucha, który zazwyczaj występuje u pacjentów z ciężką uogólnioną miażdżycą. Tępy ból w nadbrzuszu lub w okolicy pępka rozwija się około 30 minut po jedzeniu („brzuszna angina”). To może prowadzić do lęku przed jedzeniem, a więc często również do utraty masy ciała. Potwierdzenie diagnozy opiera się na angiografii naczyń krezki.

Choroby zapalne jelit

Zapalenie okrężnicy spowodowane albo chorobą Leśniowskiego-Crohna, albo wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego może powodować kurczowy ból w podbrzuszu, zwykle zaś związane jest z krwistą biegunką. Zapalenie jelita cienkiego w chorobie Leśniowskiego-Crohna często objawia się uporczywym kurczowym bólem w okolicy pępka lub w prawym dolnym kwadrancie brzucha, biegunką (bez domieszki krwi) i uogólnionym uczuciem rozbicia. Podostra niedrożność jelita cienkiego powstająca z powodu obrzęku i włóknienia może doprowadzić po posiłku do kolkowego dyskomfortu w jamie brzusznej. Oba schorzenia zapalne jelit są również związane z różnymi pozajelitowymi manifestacjami choroby (zob. ramka 9.3).

Rak jelita grubego

Jest to częsty nowotwór występujący zarówno u mężczyzn, jak i kobiet, może objawiać się kolkowym bólem podbrzusza. Innymi ważnymi objawami są: utrata masy ciała, zmiany w czynności jelit, krwawienie z odbytu i niedokrwistość z niedoboru żelaza. Podstawą diagnostyki jest kolonoskopia.

Zaburzenia czynnościowe

Występują bardzo często, zwłaszcza u młodszych dorosłych. Rozpoznanie opiera się na typowym obrazie klinicznym i wykluczeniu przyczyn organicznych dolegliwości.

Zaburzenia dyspeptyczne niezwiązane z chorobą wrzodową powodują objawy, które mogą być nie do odróżnienia od choroby wrzodowej. Gastroskopia (UGIE, *upper gastrointestinal endoscopy*) oraz biopsja śluzówki pozostają w normie.

Zespół jelita drażliwego powoduje bóle brzucha, które zmniejszają się po wypróżnieniu lub są związane ze zmianą czynności jelit. Kryteria rozpoznania są przedstawione w ramce 9.1. Objawy mają tendencję do nasilania się i nawracania, a przebieg często pogarsza stres psychospołeczny.

Zaburzenia układu moczowego

Rzadkie ataki silnego bólu w okolicy lędźwiowej, promieniujące do pachwiny ± krwimocz mogą sugerować kamice nerkową. Przewlekły tępy lub kłujący ból może być spowodowany chorobą nowotworową, wielotorbielowatością nerek (APKD), zespołem bólu lędźwiowego z krwimoczem (LPHS) lub przewlekłą

niedrożnością/odmiedniczkowym zapaleniem nerek.

Schorzenia ginekologiczne

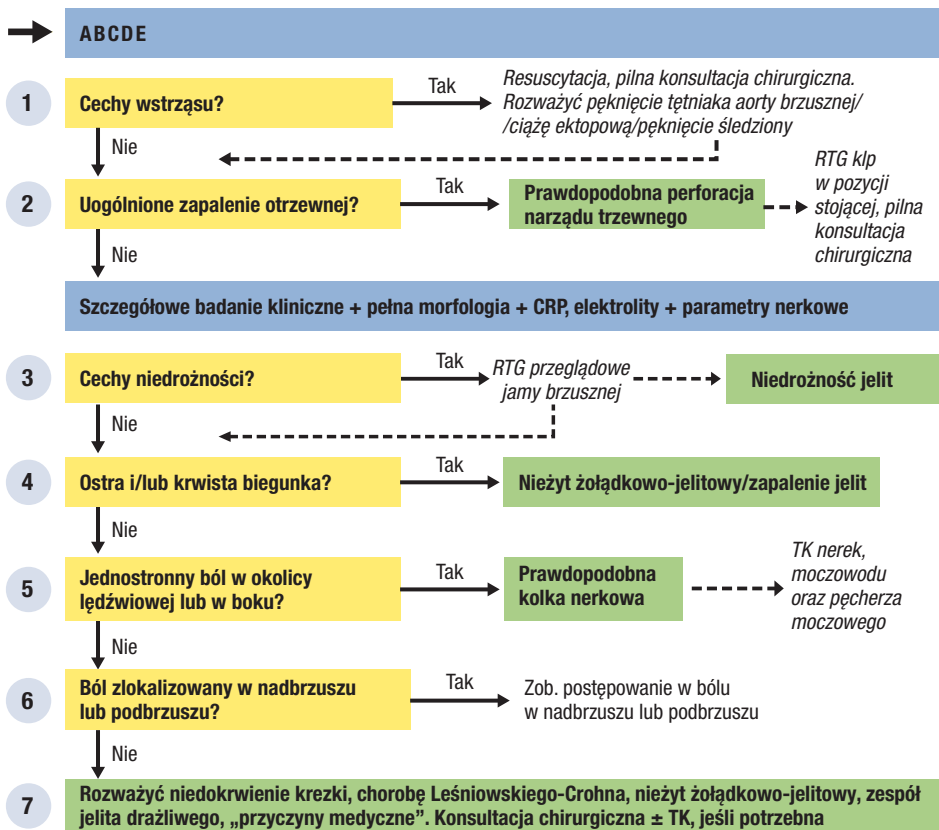
Rak jajnika lub torbiel jajnika mogą się manifestować niespecyficznym, przewlekłym uczuciem dyskomfortu w podbrzuszu ± z obecnością zmiany guzowatej w obrębie jamy brzusznej/miednicy w badaniu fizykalnym.

Endometrioza (obecność tkanki endometrium poza macicą) oraz PID (zakażenia dróg rodnych) są częstą przyczyną przewlekłego bólu w podbrzuszu występującego u kobiet w wieku reprodukcyjnym.

Nawracające epizody bólu w podbrzuszu w połowie cyklu miesięcznego mogą być spowodowane owulacją.

Inne prawdopodobne rozpoznania

- Zaparcia.
- Hiperkalcemia.
- Guzy/zapalenie jelita cienkiego.
- Ostra porfiria.
- Lamblioza.
- Gruźlica.
- *Yersinioza*.
- Celiakia.



1 Cechy wstrząsu?

Niezbędna jest szybka identyfikacja pacjentów we wstrząsie z towarzyszącym niskim ciśnieniem tętniczym oraz objawami hipoperfuzji obwodowej (zob. ramka 28.1).

Należy pamiętać, że u młodych wysportowanych osób ciśnienie tętnicze krwi może się utrzymywać pomimo dużej utraty płynów; u tych pacjentów hipotensja pojawia się późno, dlatego należy bacznie obserwować pacjenta pod kątem objawów: ↑CAS, ↑RR, wąskiego pulsu, lęku, bledności, zimnego potu, lekkich zawrotów głowy przy pionizacji ± spadku ciśnienia w pozycji stojącej.

Jeśli pacjent ma objawy jawnego lub nawet rozpoczynającego się wstrząsu, należy zabezpieczyć dwie linie dożylnie (umożliwiające szybką transfuzję); wysłać krew na oznaczenie grupy krwi, mocznika, pełnej morfologii, prób wątrobowych, amylaz oraz rozpocząć intensywną resuscytację.

W trakcie diagnostyki należy najpierw rozważyć: pęknięcie tętniaka aorty brzusznej (AAA), ciężę pozamaciczną lub inne schorzenie narządu trzewnego, gdyż mogą one wymagać natychmiastowej interwencji chirurgicznej.

- Podejrzewa się pęknięcie tętniaka aorty brzusznej u wszystkich pacjentów z rozpoznaniem tętniaka aorty, u których stwierdza się pulsujący guz w jamie brzusznej lub czynniki ryzyka, np. mężczyźni >60 lat, którzy podają silny ból brzucha/ból pleców o nagłym początku, a następnie dołączają się szybko narastające zaburzenia hemodynamiczne.
- Podejrzewa się pęknięcie ciąży pozamacicznej u każdej kobiety w ciąży lub kobiety w wieku rozrodczym z niedługim wywiadem bólu w podbrzuszu lub z krwawieniem z dróg rodnych; natychmiast trzeba wykonać test ciążowy.

- Należy rozważyć pęknięcie śledziony u każdego pacjenta we wstrząsie z bólem brzucha, który ma w wywiadzie w ostatnim okresie uraz, np. wypadek drogowy.

Jeśli podejrzewa się którekolwiek z tych rozpoznań, należy zlecić natychmiastową konsultację chirurgiczną nawet przed badaniami obrazowymi. W razie braku możliwości powinno się wykonać EKG, RTG klatki piersiowej i brzucha, badanie ogólne moczu i gazometrię, na dalszym etapie należy szukać przyczyn, jak opisano niżej, w tym również ostrych przyczyn chirurgicznych. Inne ważne rozpoznania, które należy wziąć pod uwagę, to:

- Perforacja narządu trzewnego.
- Niedokrwienie krezki.
- Ostre stany zapalne, np. ostre zapalenie trzustki, zapalenie jelita, zapalenie pęcherzyka żółciowego.
- Inne stany, jak kwasica ketonowa, zawał serca, przełom nadnerczowy, zapalenie płuc.
- Stany związane z nawracającymi wymiotami, np. niedrożność jelit, zapalenie błony śluzowej żołądka i jelit.

2 Rozlane zapalenie otrzewnej?

Rozlane zapalenie otrzewnej sporadycznie może być wynikiem ostrego zapalenia trzustki, ale zazwyczaj jest przejawem perforacji narządu trzewnego, np. żołądka, dwunastnicy lub okrężnicy. Należy podejrzewać takie rozpoznanie, jeśli występują ciężkie, niekolkowe bóle brzucha, nasilające się przy ruchu, kaszlu lub głębokim oddechu, i które są związane ze stanem zapalnym i uogólnioną obroną mięśniową. Pacjent będzie zazwyczaj leżeć nieruchomo, płytko oddychać i będzie odczuwał dyskomfort. Jeśli pacjent wydaje się czuć dobrze i może się swobodnie poruszać, należy ponownie rozważyć rozpoznanie.

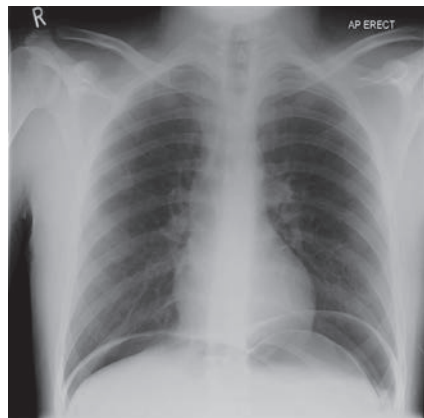
Pacjenci ci wymagają intensywnej resuscytacji, antybiotykoterapii i ew. natychmiastowej konsultacji chirurgicznej. Wolne powietrze pod przeponą na zdjęciu RTG kłp w pozycji wyprostowanej (występuje w 50–75% przypadków) potwierdza roz-

poznanie. Jeśli zdjęcie RTG jest niediagnostyczne, należy rozważyć wykonanie TK z kontrastem (ryc. 4.4). Poziom amylaz w surowicy może pomóc w odróżnieniu perforacji od zapalenia trzustki. Bardzo dużą czułość diagnostyczną należy wykażać u pacjentów w podeszłym wieku oraz pacjentów stosujących sterydy, u których objawy mogą często być subtelne i wymagają stałego monitorowania i wielokrotnej oceny.

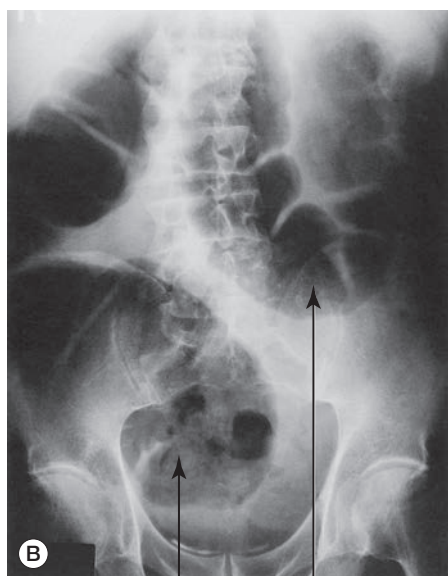
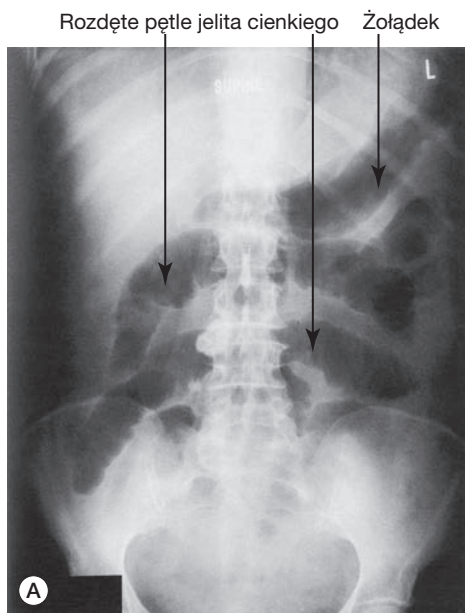
3 Cechy niedrożności jelit?

Niedrożność jelit podejrzewa się wówczas, gdy występują kolkowe bóle brzucha z towarzyszącymi wymiotami, zatrzymaniem stolca i/lub wzdęciami brzucha. Dominujące objawy mogą się różnić w zależności od wysokości, na której występuje przeszkoda: w wysokiej niedrożności jelita cienkiego dominują ból brzucha i wymioty, natomiast w niskiej niedrożności dominują zaparcia i wzdęcia. Jeśli stwierdza się którykolwiek z tych objawów, należy wykonać przeglądowe zdjęcie RTG jamy brzusznej (ryc. 4.5), które pomoże potwierdzić rozpoznanie i oszacować poziom niedrożności.

Pacjenta z podejrzeniem niedrożności jelita cienkiego powinno się zbadać pod kątem ew. obecności uwięźniętej przepukliny. Należy rozważyć dalsze obrazowanie i badanie odbytu w celu potwierdzenia przyczyny niedrożności i odróżnienia od pseudoniedrożności pacjentów z dużą niedrożnością jelit.



Ryc. 4.4 Wolne powietrze pod kopułami przepony.



A Bardzo rozdęte jelito ślepe Rozdęcie nisko położonej poprzecznej

Ryc. 4.5 Niedrożność jelita. A. Jelita cienkiego. B. Jelita grubego.

Pacjenci mogą być mocno odwodnieni – trzeba sprawdzić parametry nerkowe i elektrolity, zapewnić odpowiednie uzupeł-

nianie płynów, wprowadzić dużej średnicy zgłębnik nosowo-żołądkowy i rozważyć założenie cewnika do pęcherza moczowego. Pacjenta powinno się skierować na zabieg operacyjny celem dalszej oceny i leczenia.

4 Ostra i/lub krwista biegunka?

Świeże wystąpienie ostrej biegunki z towarzyszącymi kurczowymi bólami brzucha ± wymiotami sugeruje zapalenie żołądka i jelit o charakterze infekcyjnym. Zapalenie jelita grubego (infekcyjne, zapalne lub niedokrwienne) podejrzewa się wówczas, gdy u pacjenta występuje krwawa biegunka z kurczowymi bólami podbrzusza ± parciem na stolec i cechami systemowego zapalenia (zob. ramka 4.1). Zawsze należy wziąć pod uwagę możliwość niedokrwinnego zapalenia jelita grubego, jeśli pacjent jest w podeszłym wieku, ma choroby naczyń lub potwierdzone migotanie przedsionków. Jeżeli niedokrwienne zapalenie jelita grubego jest prawdopodobne, należy wykonać angio-TK naczyń krezki. W przeciwnym razie powinno się wykonać badanie bakteriologiczne stolca, a dalsze postępowanie zostało opisane w rozdziale 9.

5 Jednostronny ból w okolicy lędźwiowej lub w boku?

Niedrożność dróg moczowych (zwykle wywołaną kamieniem) powinno się podejrzewać, jeśli występuje silny, kolkowy ból w okolicy lędźwiowej (zob. wyżej), który promieniuje do pachwiny ± jąder/sromu. W przeciwieństwie do zapalenia otrzewnej, w niedrożności dróg moczowych pacjenci są zazwyczaj niespokojni i nie są w stanie leżeć nieruchomo. Widoczny krwiomocz występuje w 90% przypadków, a wymioty często pojawiają się w czasie napadów bólu.

Należy wykluczyć tętniaka aorty brzusznej u pacjenta z wysokim ryzykiem, np. u starszego mężczyzny z chorobą naczyniową lub gdy stwierdza się nietypową prezentację kamicy nerkowej, np. brak krwiomoczu /niepokoju /promieniowania do pachwiny. W takim przypadku powinno się zażądać pilnego USG i, jeśli badanie potwierdza obecność tętniaka aorty brzusznej, należy natychmiast konsultować pacjenta pod kątem ew. zabiegu

operacyjnego. W przeciwnym razie powinno się wykonać TK jamy brzusznej (lub urografię – IVU, jeżeli TK nie jest dostępna), aby potwierdzić obecność kamienia.

U pacjentów z potwierdzoną kamicą należy sprawdzić funkcję nerek i poszukiwać cech infekcji proksymalnie do wysokości przeszkody, w tym $\uparrow$ temperatury/leukocytozy (WBC)/CRP w surowicy krwi lub $\uparrow$ leukocytów/azotynów w moczu. Jeśli podejrzewa się infekcję proksymalnej części układu moczowego, warto wykonać posiew moczu i krwi, podać antybiotyki *i.v.* i pilnie skonsultować z urologiem.

Należy podejrzewać odmiedniczkowe zapalenie nerek, jeśli występuje niekolkowy ból w boku razem z cechami zapalenia (zob. ramka 4.1), leukocytami i azotynami w badaniu moczu lub tkliwość w okolicy lędźwiowej/na wysokości nerek $\pm$ cechy infekcji dróg moczowych. Powinno się również rozważyć alternatywne rozpoznania, np. ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego, wyrostka robaczkowego, gdy występuje silny ból brzucha/obrona mięśniowa przy ujemnej analizie moczu na obecność leukocytów i azotynów. Należy wykonać badanie mikrobiologiczne krwi i moczu, podać antybiotyki *i.v.* i pilnie wykonać USG, aby wykluczyć zastój w nerce lub przeszkodę w moczowodach.

6

Ból zlokalizowany w nadbrzuchu czy podbrzuchu?

Określenie dokładnej lokalizacji bólu w obrębie jamy brzusznej może bardzo pomóc w zawężeniu diagnostyki różnicowej (zob. ryc. 4.1 i 4.2).

- Jeśli pacjent ma dolegliwości bólowe w nadbrzuchu po stronie prawej, lewej lub nadbrzuchu środkowym, czy też uogólniony ból w całym nadbrzuchu, należy przejść do rozdziału *Ostry ból w nadbrzuchu* (s. 38).
- Jeśli pacjent ma dolegliwości bólowe w podbrzuchu po stronie prawej, lewej, w okolicy nadłonowej lub w podbrzuchu dwustronnie, – diagnostykę jego objawów omówiono w rozdziale *Ostry ból podbrzucha*.

7

Należy rozważyć inne przyczyny $\pm$ przyczyny chirurgiczne lub dalsze obrazowanie, jeśli pozostają wątpliwości

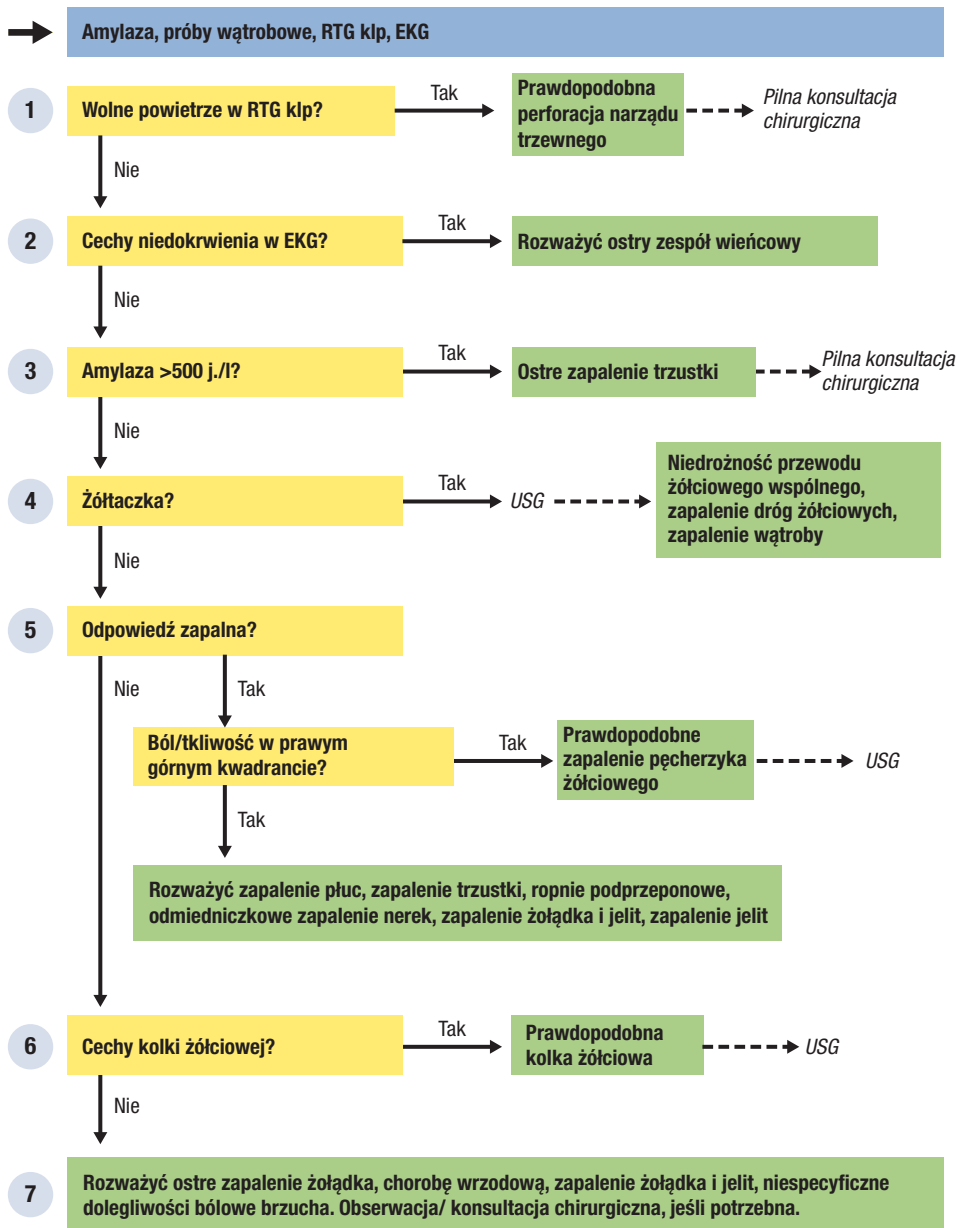
Zaleca się wykonanie angio-TK, aby szukać cech niedokrwienia krezki u każdego pacjenta z silnym, rozlanym bólem, u pacjentów we wstrząsie lub z niewyjaśnioną kwasicią mleczanową – zwłaszcza jeśli pacjenci są w podeszłym wieku lub mają choroby naczyń/migotanie przedsionków. Badanie brzucha może być bez odchyień od normy aż do momentu, gdy choroba jest już zaawansowana.

Należy rozważyć nietypowe prezentacje częstych schorzeń, takich jak ostre zapalenie wyrostka robaczkowego lub choroby zapalne jelit. W przypadku zakątniczej lokalizacji wyrostka może wystąpić ból w okolicy lędźwiowej, podczas gdy w przypadku choroby Crohna w każdym obszarze jelita może powstać naciek zapalny.

Zarówno zapalenie żołądka i jelit, jak i hiperkalcemia mogą spowodować ból brzucha z silnymi wymiotami i minimalnymi objawami brzuszными – dlatego trzeba oznaczyć stężenia wapnia w surowicy, zapytać o kontakty z osobami z chorobami zakaźnymi, ew. o spożycie podejrzanych produktów spożywczych.

Zaburzenia czynnościowe, np. zespół jelita drażliwego (IBS), są często przyczyną ostrego bólu brzucha. Rozpoznanie IBS jest omówione na s. 99, ale należy zapytać o tło długotrwałego przerywanego bólu brzucha ze zmienioną czynnością jelit i informacje na temat podobnych problemów w przeszłości.

Okres obserwacji z wielokrotnie powtarzaną oceną kliniczną jest bardzo często kluczem do skutecznego diagnozowania, np. ból brzucha, który był niecharakterystyczny i pierwotnie zlokalizowany w śródbrzuchu, może w kolejnym badaniu migrować do prawego podbrzusza, co sugeruje rozpoznanie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Pacjenci, którzy pozostają w dobrym stanie ogólnym i u których ból stopniowo ustępuje, mogą zazwyczaj zostać bezpiecznie wypisani do domu. Osoby z zaznaczonymi objawami systemowymi lub innymi objawami wywołującymi zaniepokojenie, ale bez jasnej przyczyny dolegliwości, wymagają dalszej diagnostyki $\pm$ konsultacji chirurgicznej.



1 Wolne powietrze w badaniu RTG?

Należy wykonać zdjęcie RTG w pozycji stojącej u wszystkich pacjentów z ostrym bólem w nadbrzuszu, ponieważ obecność wolnego powietrza pod kopułami przepony (ryc. 4.4) wskazuje na perforację narządu trzewnego. Trzeba zabezpieczyć dostęp *i.v.*, oznaczyć grupę krwi, przetaczać płyny *i.v.* i natychmiast skierować na leczenie operacyjne.

Jeśli RTG kłp nie wykazuje wolnego powietrza lub obraz jest niejednoznaczny, ale istnieje silne kliniczne podejrzenie perforacji, np. nagły początek silnego bólu z tkliwością w nadbrzuszu i obroną mięśniową, należy rozważyć wykonanie TK jamy brzusznej, ale najpierw sprawdzić poziom amylazy w surowicy i EKG w sposób opisany w krokach 2 i 3.

2 EKG wykazuje cechy niedokrwienia?

Ostry zespół wieńcowy, szczególnie zawał ściany dolnej (MI), może przebiegać nietypowo z bólem w nadbrzuszu. Jednak niedociśnienie lub ciężkie krwawienie u pacjentów z ostrym brzuchem może wywoływać lub nasilać niedokrwienie u pacjentów ze stabilną chorobą wieńcową. W takich okolicznościach podanie silnych leków przeciwzakrzepowych może mieć katastrofalne skutki.

- Należy wykonać EKG u wszystkich pacjentów.
- Skierować natychmiast do kardiologa, jeśli istnieją cechy zawału serca (MI) – uniesienie odcinka ST (zob. ramka 6.1).
- Pacjentów z obniżonym odcinkiem ST należy ocenić dokładnie pod kątem niedociśnienia, posocznicy, niedotlenienia i krwawienia przed przypisywaniem tych zmian ostremu epizodowi wieńcowemu.
- U chorych z niespecyficznymi zmianami załamka T (zob. ramka 6.1) powinno się oznaczyć markery niedokrwienia mięśnia serca w celu pomocy w trakcie diagnostyki i nadal poszukiwać przyczyn alternatywnych.

- Jeśli są jakieś wątpliwości diagnostyczne, trzeba się skonsultować z kardiologiem.

3 Poziom amylazy > 500 j./l?

Poziom amylazy w surowicy oznacza się u każdego pacjenta z ostrym silnym bólem w nadbrzuszu. U pacjentów z poziomem amylazy $> 3 \times$ od wartości referencyjnej w 95% można potwierdzić ostre zapalenie trzustki; poziomy > 1000 j./l są uważane za diagnostyczne. Jeśli poziom amylazy jest w normie lub niejednoznaczny, nadal należy podejrzewać diagnozę, jeśli jest typowy wywiad oraz:

- opóźniona prezentacja objawów lub
- obecny alkoholizm w wywiadzie – zwłaszcza jeśli pacjent miał w przeszłości epizody zapalenia trzustki.

U tych pacjentów trzeba rozważyć wykonanie TK z kontrastem w celu wykrycia zapalenia trzustki.

Po postawieniu diagnozy powtarza się wielokrotnie ocenę pod kątem dowodów ew. powikłań, np. wstrząsu, niedotlenienia (zespół ostrej niewydolności oddechowej, ARDS), rozlanego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego (DIC); oblicza się progностyczną skalę Glasgow (ramka 4.2) lub inną uznaną skalę progностyczną; oraz monitoruje CRP. Wszystkich pacjentów w ciężkim stanie lub z ostrym zapaleniem trzustki wysokiego ryzyka (wstrząs, niewydolność narządów, wynik Glasgow ≥ 3 lub poziom CRP > 210 mg/l) należy skierować na oddział intensywnej opieki medycznej.

Należy wykonać USG jamy brzusznej w celu poszukiwania kamieni. Pacjenci z ciężkim zapaleniem trzustki mogą wymagać pilnej ERCP i usunięcia kamienia, zwłaszcza jeśli występuje żółtaczka lub poszerzenie przewodu żółciowego wspólnego (CBD). Trzeba rozważyć wykonanie TK jamy brzusznej celem oceny stopnia uszkodzenia trzustki i ew. powikłań, np. zakażenia, zwłaszcza u pacjentów z przewlekłą niewydolnością wielonarządową lub układową odpowiedzią zapalną.

Diagnoza kliniczna Macleod

Współczesna medycyna potrzebuje nieustannej nauki klasycznego badania klinicznego, w którego centrum jest indywidualny pacjent i objawy, z jakimi przychodzi do opiekującego się nim lekarza, a nie wyłącznie dziesiątków wydruków badań dodatkowych i testów.

Jedną z podstawowych cech książki jest doskonały balans pomiędzy obserwacją pacjenta, pochyleniem się nad łóżkiem chorego i rozmową z badanym a przeprowadzeniem nowoczesnych badań dodatkowych. Na tym właśnie polega sztuka medyczna.

Czy więc w świecie zmieniających się z roku na rok wytycznych, oficjalnych definicji schorzeń i objawów oraz nieustannie pojawiających się nowych sposobów wspomagających lekarza w jego drodze do diagnozy jest jeszcze miejsce na klasyczne „badanie kliniczne”? Myślę, że po przestudiowaniu książki, którą oddajemy Państwu do rąk – zgodnie uznamy, iż tak!

Z Przedmowy do wydania polskiego

Prof. dr hab. med. TOMASZ J. GUZIK FACP(hon), FRCP
Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Medycyny Wsi
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego
Oddział Chorób Wewnętrznych i Alergologii
Szpitala Specjalistycznego im. Józefa Dietla w Krakowie

Tytuł oryginału: **Macleod's. Clinical Diagnosis.**
Publikację wydano na podstawie umowy z Elsevier.

ELSEVIER

ISBN 978-83-65195-08-1



9 788365 195081