

Obszerne cytaty z podręcznika diagnostyki klinicznej

Choć cytowana książka nie jest nowa, to ogólne uwagi wstępne wydają się być w dużej mierze aktualne nawet po ponad 20 latach. Cytuję ją, ponieważ:

1. Nie mam teraz innej.
2. Z arytmetyki wynika, że wielu praktykujących obecnie lekarzy właśnie z tego podręcznika uczyło się na akademiach medycznych podstaw diagnozowania: dzisiaj mają około czterdziestki lub więcej... Ale oczywiście wiem, że uzupełniają swoją wiedzę na bieżąco.
3. Z poniższego tekstu jednoznacznie wynika, **jak szkodliwe mogą być zaoczne porady diagnostyczne i terapeutyczne – bez spotkania z pacjentem.**

Oto **dokładnie przepisane podrozdziały**, które uważam za ważne w zrozumieniu roli lekarza.

Feliks Bolechowski *Podstawy ogólnej diagnostyki klinicznej.*
Podręcznik dla studentów medycyny,
PZWL, wyd. IV uzupełnione, Warszawa 1985.

DIAGNOZA (ROZPOZNANIE)

1. Określenie (...)

2. Cel porady lekarskiej (...)

3. PODSTAWY ROZPOZNANIA

Rozpoznanie kliniczne buduje się na podstawie znajomości techniki badania, symptomatologii i nozologii, a także umiejętności logicznego wnioskowania.

Symptomatologia, czyli *semiologia*, jest to nauka o podmiotowych i przedmiotowych objawach (znakach) chorób.

Przez określenie *nozologia* rozumie się naukę o zespołach objawów charakterystycznych dla określonych jednostek chorobowych.

Jak już powiedziano, do ustalenia rozpoznania często wystarcza doświadczonemu lekarzowi zebranie wywiadów i badanie przedmiotowe. W razie trudności rozpoznania konieczne staje się wykonanie badań dodatkowych. Znaczenie diagnostyczne omawianych 3 metod badania jest rozmaite z poszczególnych przypadkach.

Nieraz do rozpoznania choroby konieczna jest dłuższa obserwacja jej przebiegu, a czasami również konsultacje specjalistów różnych działów medycyny.

Obliczono, że ok. 55% rozpoznań ustala się wyłącznie na podstawie odniesionego pierwszego wrażenia, zmiany wyrazu twarzy chorych oraz danych uzyskanych z wywiadów, dalsze 20% – na podstawie badania fizycznego i 20% – na podstawie badań dodatkowych. W pozostałych 5% nie udaje się ustalić rozpozna-

nia bez względu na to, czy chorzy wyzdrowieli, czy zmarli.

W niejasnych diagnostycznie przypadkach rozpoznanie czasami można ustalić dopiero na podstawie skuteczności specyficznego dla danej choroby leku (*diagnosis ex iuvantibus*). Klasycznym tego przykładem jest ustąpienie objawów zimnicy po zastosowaniu chininy; jeżeli objawy te nie miną, to zimnicę wyłączamy, również *ex iuvantibus*.

W razie trudności diagnostycznych rozpoznaje się nieraz *przez wyłączenie* wszystkich innych chorób o podobnym obrazie klinicznym (*diagnosis per exclusionem*).

Czasem rozpoznanie ustala się dopiero *po zakończeniu choroby*. Na przykład w przebiegu lekkiej płonicy wysypka jest nieraz słabo zaznaczona i trwa krótko, tak że można ją łatwo przeoczyć. W tych razach zazwyczaj rozpoznaje się pierwotnie ostre zapalenie migdałków podniebiennych, a sprawa wyjaśnia się dopiero po ok. 8-10 dniach, gdy wystąpi typowe dla płonicy płatowe łuszczenie się skóry.

Tak więc rozpoznanie kliniczne ustala się w niektórych przypadkach już na pierwszy rzut oka, a czasami dopiero po upływie dłuższego czasu.

Postępowanie i wnioskowanie podczas ustalania rozpoznania klinicznego omówiono w osobnym rozdziale.

4. NIEROZDZIELNOŚĆ PODSTAWOWYCH METOD BADANIA CHORYCH

Dla celów dydaktycznych przyjęto omawiać w osobnych rozdziałach zbieranie wywiadów i badanie przedmiotowe, mimo że dla

doświadczonego lekarza te dwie metody diagnostyczne zazwyczaj stanowią jedną całość.

Lekarze zwracają baczną uwagę na oznaki obiektywne już przed zadaniem chorym pierwszego pytania, a następnie podczas zbierania wywiadów. Wykryte zwłaszcza zmysłem wzroku i słuchu oznaki te mogą mieć dużą wartość dla ustalenia rozpoznania, np. stwierdzenie już na pierwszy rzut oka żółtaczki, siniicy i innych zmian zabarwienia skóry, typowego dla niektórych chorób wyrazu twarzy, a także afazji, chryпки lub słyszalnych już z odległości świstów i furczeń.

Lekarze zadają niektóre pytania również podczas badania przedmiotowego lub po jego ukończeniu w związku ze stwierdzeniem takich zmian, o których chorzy nie powiedzieli (dopełnienie wywiadów). Istnieją tu dwie następujące możliwości:

Niektórzy pacjenci nie wymieniają pewnych objawów lub nie wspominają o przebytych chorobach i zabiegach operacyjnych, gdyż uważają, że nie ma to dla obecnego ich stanu żadnego znaczenia. O przebytych anginach, które stały się przyczyną zapalenia nerek, dowiadujemy się nieraz wtedy dopiero, gdy stwierdzimy blizny po wyluszczeniu migdałków. Chorzy z napadami migotania przedsionków mówią o przebytej strumektomii czasami dopiero wtedy, gdy zwrócimy uwagę na widoczną na szyi bliznę. Tak więc lekarz może w tych wypadkach zadawać pytania dotyczące np. czasu wykonania zabiegu operacyjnego dopiero podczas badania przedmiotowego.

Dla innych pacjentów stwierdzone podczas badania zmiany stanowią niespodziankę. Dotyczy to np. nadciśnienia tętniczego lub wady serca u chorej, która zgłosiła się po poradę z powodu napadów kamicy żółciowej. Również w tych razach dopiero wtedy możemy zadać odpowiednie dla danego przypadku pytania.

Należy w końcu dodać, że niektóre osoby dopiero pod koniec wizyty przypominają sobie o ważnych szczegółach i same zaczynają na ten temat mówić.

SYMPTOMATOLOGIA (SEMIOLOGIA)

1. Określenie (...)

2. OBJAWY PODMIOTOWE I PRZEDMIOTOWE

Objawy podmiotowe, czyli subiektywne (*symptomata subiectiva s. anamnestic*; ang. *symptoms*), są to podane podczas zbierania wywiadów objawy chorych. Stwierdza się je głównie oglądaniem (np. zmiany zabarwienia skóry, powiększenie koniuszkowe), obmacywaniem (np. wzmożenie drżenia głosowego, powiększenie śledziony), opukiwaniem i osłuchiowaniem (np. stłumienie odgłosu opukowego, świsty i furczenia, tarcie osierdzia). Wszystkie te objawy są dostępne zmysłom lekarza, w związku z czym nazwane zostały *objawami fizycznymi*: oznaki te stanowią obiektywne dowód choroby.

Wiele objawów przedmiotowych odczuwają lub stwierdzają również chorzy (np. żółtaczka, obrzęki, powiększenie brzucha, głośnie świsty i furczenia) – są to **objawy podmiotowo-przedmiotowe**.

Do objawów obiektywnych zalicza się również wyniki badań dodatkowych (np. cukromocz, niedokrwistość, wykazane badaniem elektrokardiograficznym trzepotanie przedsionków lub radiologicznym – jamy w miąższu płuc).

Oznaki obiektywne często są określane nazwiskiem autora lub autorów, którzy je po raz pierwszy opisali (np. objaw Babińskiego, Blumberga, Brudzińskiego, Courvoisiera, Graefego, oddech Cheyne-Stokesa, podwójny ton Traubego).

Niektóre oznaki obiektywne otrzymały nazwę ze względu na podobieństwo do obrazów spotykanych w naturze, np. występujące w zakrzepowym zapaleniu żyły wrotnej rozszerzenie żył brzucha nazwano głową meduzy (*caput Medusae*), typowy dla płonicy język – językiem malinowym, a charakterystyczną dla zespołu Cushinga twarz porównuje się do księżycaka w pełni.

3. WARTOŚĆ DIAGNOSTYCZNA OBJAWÓW

W zależności od wartości diagnostycznej objawów podmiotowych i przedmiotowych, a także wyników badań dodatkowych, rozróżnia się 3 grupy objawów, między którymi są ponadto stopnie przejściowe:

Objawy patognomiczne (*symptomata pathognomonica s. essentialia*), zwane również patognostycznymi, zdarzają się rzadko. Do objawów tych zalicza się np. wymioty późne zawierające niestrawione pokarmy spożyte przed wielu godzinami (zwązenie odźwiernika), plamka Koplaka (odra), język malinowy (płonica), guzki dnawe (*tophi arthritici*), objaw Agrylla Robertsona (wskazuje na tło kiłowe np. niedomykalności aortalnej), tarcie opłucnej lub osierdzia, cukromocz, ewolucję zmian elektrokardiograficznych w świeżym zawale serca, niektóre objawy radiologiczne choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy, obecność prątków gruźlicy, np. w płwocinie. Stwierdzenie w danym przypadku tylko jednego z wyżej wymienionych objawów często wystarcza do ustalenia rozpoznania. Należy jednak podkreślić, że mimo swej nazwy objawy patognomiczne na ogół nie mają bezwzględnej wartości i dlatego powinny być interpretowane w ramach całości obrazu klinicznego.

Objawy wiodące, zwane również kardynalnymi, charakterystycznymi lub podstawowymi, występują stosunkowo w niewielkiej liczbie chorób i często stanowią podstawę wyjściową do ustalenia rozpoznania. Do oznak tych zalicza się np. znamienne dla zapalenia pęcherza moczowego bóle brzucha w dole brzucha nasilające się pod koniec oddawania moczu, wstrząsające dreszcze, napady duszności, bóle w podbrzuszu, krwawe wymioty, czarne stolce, charakterystyczne dla niektórych ostrych chorób zakaźnych wysypki na skórze, wytrzeszcz gałek ocznych, sinicę, nadciśnienie tętnicze, obrzęk twarzy i zwiększone przyspieszenie opadania krwinek (odczyn Biernackiego).

Objawy wieloznaczne, zwane również przygodnymi (*symptomata accidentalia*), niecharakterystycznymi, dodatkowymi lub ubocznymi, mają znacznie mniejszą wartość diagnostyczną, gdyż występują w wielu chorobach. Do grupy tych objawów należy m.in.: osłabienie, brak łaknienia, bóle brzucha, wymioty, gorączka, utrata przytomności.

Objawy wieloznaczne często występują łącznie z patognomicznymi i wiodącymi. W tych razach nazywane są one **objawami towarzyszącymi**. Oznaki te mogą mieć znaczenie

pomocnicze dla rozpoznania. I tak np. żółtaczce często towarzyszy odbarwienie stolca, ciemny mocz i swędzenie skóry. Napadom silnych bólów wieńcowych z reguły towarzyszy uczucie lęku przed śmiercią i poty.

4. INNE RODZAJE OBJAWÓW

Odróżnia się **objawy konieczne i niekonieczne** do ustalenia rozpoznania (**objawy fakultatywne**). Nieobecność objawów koniecznych wyklucza daną chorobę, np. do rozpoznania cukrzycy konieczne jest stwierdzenie zwiększonego stężenia glukozy we krwi. Jeśli objawy fakultatywne nie występują, to nie wyłącza to danego stanu patologicznego. Chorzy ze świeżym zawałem serca nie muszą odczuwać bólów za mostkiem, a dla rozpoznania niewydolności krążenia albo niedrożności jelit nie ma konieczności stwierdzenia obrzęków kończyn dolnych lub wzdęcia brzucha.

W każdym przypadku należy starać się odróżnić **objawy wywołane bezpośrednio daną chorobą** od **objawów związanych z nią pośrednio**. W przewlekłym zapaleniu nerek do pierwszej z wymienionych grup zalicza się np. zespół mocznicowy, skąpomocz i izostenurię, a do drugiej – nadciśnienie tętnicze, przerost lewej komory serca i niedokrwistość.

U chorych z bakteryjnym zapaleniem wsierdzia odróżnia się objawy wywołane wadą serca (np. szmer rozkurczowy niedomykalności aortalnej, wysokie i chybkie tętno, zwiększoną amplitudę ciśnienia tętniczego krwi), objawy wywołane posocznicą (gorączka, dreszcze, powiększenie śledziony) i objawy spowodowane zatorami w różnych narządach.

Istnieją **objawy związane ze sobą przyczynowo** (np. powiększenie tarczycy, wytrzeszcz gałek ocznych i przyspieszenie czynności serca w chorobie Basedowa) lub **niepołączone związkiem przyczynowym** (np. oznaki wywołane wadą serca i współistniejącą kamicą żółciową).

Objawy zapowiadające (zwiastujące) wskazują na zbliżającą się zazwyczaj poważniejszą chorobę. I tak np. katar nosa, bóle stawów i dolegliwości brzuszne nieraz zapowiadają wystąpienie nagminnego zapalenia wątroby, „aura” – nadchodzący napad padaczki. Istnieją również dość charakterystyczne objawy

zapowiadające wystąpienie zawału serca („zawał zagrażający”).

Objawy sprowokowane są wywoływane przez lekarzy dla celów diagnostycznych (np. objaw Chvostka lub Trousseau).

Do **objawów miejscowych** można zaliczyć np. obrzęk kończyny dolnej w zakrzepowym zapaleniu żyły udowej, a do objawów ogólnych – gorączkę lub utratę przytomności.

CHOROBA (MORBUS)

Definicja choroby jest trudna. Zależnie od punktu widzenia choroby określenie może być rozmaicie ujmowane. Choroba z punktu widzenia patologa jest to obiektywnie stwierdzone w narządach lub tkankach morfologiczne odchylenie od stanu prawidłowego (*pathos*).

Choroba z punktu widzenia lekarza rozpoznającego i leczącego jest pojęciem klinicznym, na które składają się objawy subiektywne, obiektywne oraz wyniki badań dodatkowych, łącznie z przyczyną wystąpienia danego zespołu objawów, z siedzibą stwierdzanych obiektywnie zmian i nazwą (*nosos*).

Choroba z punktu widzenia chorego (*ae-grotus*) jest to zespół objawów subiektywnych lub subiektywno-obiektywnych, w skład którego często wchodzi ograniczenie sprawności fizycznej i umysłowej. Ten zespół objawów jest często określane przez chorych ogólnikowo „czuję się źle”. To złe samopoczucie (*aegritudo*) jest najczęstszą przyczyną skłaniającą chorych do zasięgnięcia porady lekarskiej.

Lekarz zazwyczaj spotyka się jednocześnie z tymi trzema współistniejącymi aspektami choroby (np. w przypadkach ziarnicy złośliwej, świeżego zawału serca). Ale niejednokrotnie bywa inaczej. I tak np. we wczesnym ok-

resie raka żołądka lub w późnych okresach nadciśnienia tętniczego może nie być żadnych objawów subiektywnych. Z drugiej strony osoby z nerwicą mają nieraz wiele rozmaitych dolegliwości, choć obiektywnie nie stwierdza się żadnych zmian.

Studenci medycyny i lekarze nieraz dopiero po przebyciu własnej poważniejszej choroby lepiej rozumieją chorych. Zwłaszcza gdy choroba pojawi się nagle, „jak grom z jasnego nieba”, dokładniej zdają sobie sprawę z tego, że subiektywne poczucie choroby jest często związane z rozmyślaniami nad jej następstwami i z lękiem.

Pacjenci boją się mniej lub bardziej trwałych następstw choroby, gdyż często łączą się one np. z koniecznością przerwania nauki lub ograniczeniem zdolności do pracy i ze związanym z tym pogorszeniem sytuacji materialnej (zmniejszenie zarobków, zwiększenie wydatków). Chorzy lękają się również tego, że mogą stać się ciężarem dla rodziny (konieczność pielęgnowania).

Wielu chorych odczuwa mniej lub bardziej uzasadniony lęk przed śmiercią, przy czym czasami troszczą się oni nie tyle o siebie, co o losy swych najbliższych, a zwłaszcza o przyszłość osieroconych dzieci. Nieraz choć zdają sobie sprawę ze zbliżającego się końca, nie chcąc przedwcześnie martwić swych najbliższych, celowo wyrażają w rozmowie z nimi nadzieję na szybką poprawę stanu zdrowia.

Podczas ciężkiej choroby często dochodzi do przewartościowania niektórych pojęć w do rewizji stosunku do otoczenia. Pewne sprawy nagle tracą na znaczeniu, a zwykły spacer może stać się marzeniem. Nieraz osoby uważane za najlepszych przyjaciół zapominają o chorym i odwrotnie. Tak jak i w innych ciężkich sytuacjach życiowych, wiele osób krytycznie patrząc na swe dotychczasowe życie, traktuje wystąpienie choroby jako karę za przewinienia i w związku z tym ślubuje poprawę.