

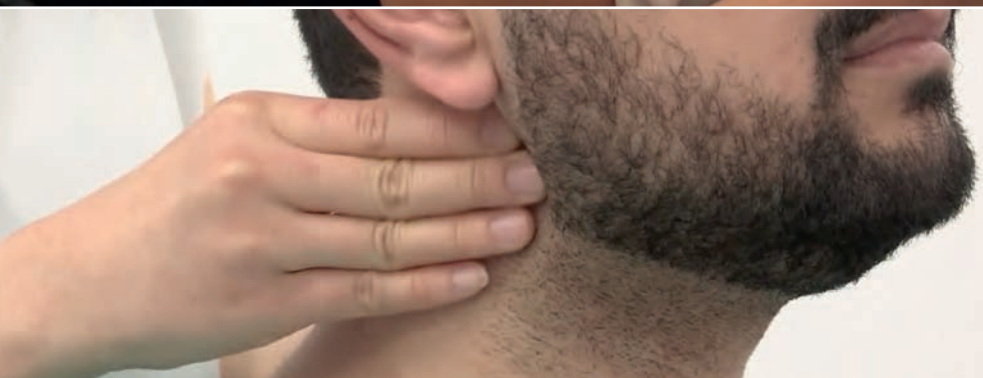
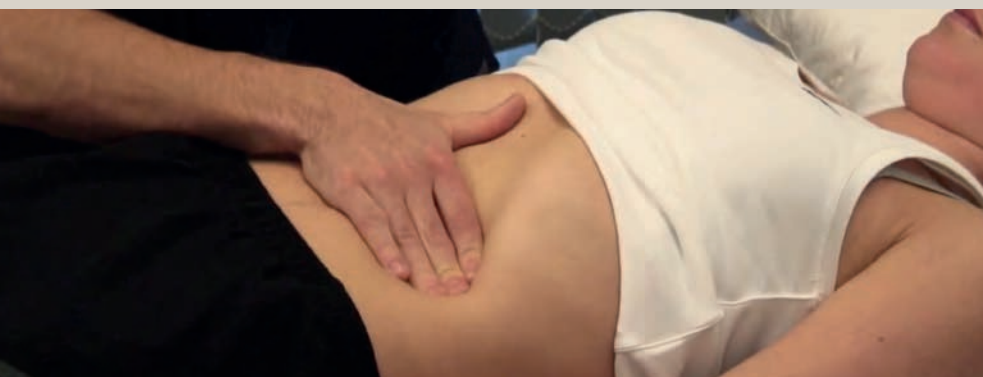
Badanie kliniczne

MATERIAŁY
ONLINE



Redakcja wydania polskiego **Wojciech Szczeklik**

WYDANIE 15



Macleod

Macleod

Badanie kliniczne

Macleod's

15th Edition

Edited by

Anna R. Dover

MB ChB, PhD, FRCP, SFHEA

Consultant in Diabetes, Endocrinology and General Medicine,
Edinburgh Centre for Endocrinology and Diabetes,
Royal Infirmary of Edinburgh; Honorary Senior Clinical Lecturer,
University of Edinburgh, UK

J. Alastair Innes

MB ChB, PhD, FRCPE

Consultant Physician (retired), Respiratory Unit,
Western General Hospital, Edinburgh;
Honorary Reader in Respiratory Medicine,
University of Edinburgh, UK

Karen Fairhurst

MB BS, PhD

Senior Lecturer, Centre for Population Health Sciences,
University of Edinburgh, UK

Illustrations by Robert Britton, Ethan Danielson
and Wendy Beth Jackelow

Clinical Examination



ELSEVIER

London New York Oxford Philadelphia St Louis Sydney 2024

Macleod

Wydanie 15

Redakcja

Anna R. Dover

J. Alastair Innes

Karen Fairhurst

Ilustracje

Robert Britton, Ethan Danielson,
Wendy Beth Jackelow

Redakcja wydania polskiego

Wojciech Szczeklik

Badanie
Kliniczne

Tytuł oryginału: *Macleod's Clinical Examination*
15th Edition
Redakcja: Anna R. Dover, J. Alastair Innes, Karen Fairhurst

ELSEVIER

Copyright © 2024, Elsevier Ltd. All rights reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

Publisher's note: *Elsevier* takes a neutral position with respect to territorial disputes or jurisdictional claims in its published content, including in maps and institutional affiliations.

Previous editions copyrighted 2018, 2013, 2009, 2005, 2000, 1995, 1990, 1986, 1983, 1979, 1976, 1973, 1967, 1964.

This edition of *Macleod's Clinical Examination* (15e) edited by Anna R. Dover, J. Alastair Innes and Karen Fairhurst is published by arrangement with Elsevier Limited.

Książka *Macleod's Clinical Examination* (wyd. 15), redakcja: Anna R. Dover, J. Alastair Innes, Karen Fairhurst została opublikowana przez Elsevier Limited.

ISBN 978-0-323-84770-4

Wszelkie prawa zastrzeżone, zwłaszcza prawo do przedruku i tłumaczenia na inne języki. Żadna część tej książki nie może być reprodukowana, rozpowszechniana, przechowywana w systemach informatycznych ani przekazywana w jakiegokolwiek formie i w jakikolwiek sposób, bez uprzedniej pisemnej zgody wydawcy, z wyjątkiem przypadków przewidzianych przez obowiązujące przepisy prawa autorskiego.

Tłumaczenie niniejszej publikacji zostało podjęte przez wydawnictwo **EDRA URBAN & PARTNER** na jego własną odpowiedzialność. Lekarze kliniczni oraz prowadzący badania naukowe, oceniając oraz wykorzystując jakiegokolwiek opisane tu informacje, metody, związki chemiczne czy eksperymenty, muszą zawsze opierać się na swoim osobistym doświadczeniu i wiedzy. Ze względu na szybko dokonujący się postęp w dziedzinie nauk medycznych należy w szczególności zwrócić uwagę na niezależną weryfikację rozpoznania oraz dawkowania leków. W najpełniejszym zakresie dozwolonym przepisami prawa Elsevier, autorzy, redaktorzy ani inne osoby, które przyczyniły się do powstania niniejszej publikacji, nie ponoszą żadnej odpowiedzialności w odniesieniu do jej tłumaczenia ani za jakiegokolwiek obrażenia czy zniszczenia dotyczące osób czy mienia związane z wykorzystaniem produktów, zaniedbaniem lub innym niedopatrzeniem ani też wynikające z zastosowania lub działania jakichkolwiek metod, produktów, instrukcji czy koncepcji zawartych w przedstawionym tu materiale.

© Copyright for the Polish edition by Edra Urban & Partner, Wrocław 2026

Redakcja naukowa wydania polskiego: prof. dr hab. n. med. Wojciech Szczeklik

Korekta merytoryczna: lek. Marcelina Wilk

Tłumaczenie z języka angielskiego wydania 15: Rafał Śmietana

Tłumaczenie z języka angielskiego wydania 13: lek. Katarzyna Dzięcioł

Prezes Zarządu: Giorgio Albonetti
Redaktor naczelny: lek. med. Edyta Błażejewska
Redaktor prowadzący: Renata Wręczycka

ISBN 978-83-68527-56-8

Edra Urban & Partner
ul. Kościuszki 29, 50-011 Wrocław
tel. +48 71 726 38 35
biuro@edraurban.pl
www.edraurban.pl

Przygotowanie do druku: Tomasz Grzesiak

Spis treści

Przedmowa	vii
Podziękowania	ix
Jak korzystać z książki i z materiałów uzupełniających?	xi
Materiały filmowe	xiii
Autorzy	xv

CZĘŚĆ 1	ZBIERANIE WYWIADU I OCENA STANU PACJENTA	1
----------------	---	----------

1. Spotkanie z pacjentem	3
Karen Fairhurst, J. Alastair Innes, Anna R. Dover	
2. Ogólne aspekty zbierania wywiadu	9
J. Alastair Innes, Anna R. Dover, Karen Fairhurst	
3. Ogólne aspekty badania fizykalnego	21
Anna R. Dover, Karen Fairhurst, J. Alastair Innes	

CZĘŚĆ 2	BADANIE UKŁADÓW	43
----------------	------------------------	-----------

4. Układ sercowo-naczyniowy	45
Alan G. Japp, Jehangir N. Din, Jennifer M.J. Robson	
5. Układ oddechowy	89
J. Alastair Innes, Peter T. Reid	
6. Układ pokarmowy	113
John Plevris, Rowan Parks	
7. Układ nerwowy	143
Richard Davenport, Hadi Manji	
8. Narząd wzroku	183
Shyamanga Borooah, Naing Latt Tint	
9. Uszy, nos i gardło	207
Iain Hathorn	
10. Układ wewnętrzny	233
Anna R. Dover, Nicola Zammitt	

11. Układ rozrodczy	255
Christina Yip, Colin Duncan, Kirsty Dundas, Alexander Laird	
12. Układ moczowy	287
Neeraj Dhaun (<i>Bean</i>), David Kluth	
13. Narząd ruchu	303
Jane Gibson, Phil Walmsley	
14. Skóra, włosy i paznokcie	343
Michael J. Tidman, Alice S.M. Tidman	

CZĘŚĆ 3	SYTUACJE SZCZEGÓLNE	357
----------------	----------------------------	------------

15. Noworodek, niemowlę i dziecko	359
Ben Stenson, Steve Cunningham	
16. Pacjent z chorobą psychiczną i zaburzeniami poznawczymi	387
Stephen Potts	
17. Pacjent z zespołem kruchości	399
Andrew Elder, Elizabeth MacDonald	
18. Pacjent w pogarszającym się stanie ogólnym	413
Anna R. Dover, Rosaleen Baruah	
19. Pacjent u kresu życia	425
Kirsty Boyd, Nazir Lone	

CZĘŚĆ 4	WYWIAD I BADANIE W PRAKTYCE	435
----------------	------------------------------------	------------

20. Rozpoznawanie stanów chorobowych i komunikacja z pacjentem	437
Karen Fairhurst, Anna R. Dover, J. Alastair Innes	
21. Zakres kompetencji lekarza w praktyce klinicznej	447
J. Alastair Innes, Karen Fairhurst, Anna R. Dover	
22. Przygotowanie do egzaminu	453
Anna R. Dover, J. Alastair Innes, Karen Fairhurst	
Skorowidz	461

Materiał wideo do podręcznika znajdziesz na stronie internetowej
<https://macleod-badanie-kliniczne.online.edraurban.pl/>

1. Otwórz stronę
<https://macleod-badanie-kliniczne.online.edraurban.pl/>
2. Zarejestruj/zaloguj się
3. Wpisz kod dostępu

Przedmowa

Pomimo bogactwa narzędzi diagnostycznych dostępnych dla współczesnego lekarza pozyskiwanie informacji bezpośrednio od pacjenta poprzez zbieranie wywiadu i badanie kliniczne pozostaje podstawą praktyki klinicznej. Fachowo przeprowadzony wywiad i badanie pozwalają lekarzowi zawęzić diagnostykę różnicową przy jednoczesnym zapewnieniu, że pacjent i jego obawy pozostaną w centrum całego postępowania, umożliwiając także uniknięcie potencjalnych szkód wynikających z niepotrzebnych lub nieuzasadnionych badań uzupełniających.

Niniejsza książka ma na celu pomóc lekarzom w rozwijaniu umiejętności koniecznych do uzyskania potrzebnych danych z wywiadu oraz praktycznych umiejętności wspomagających proces wykrywania objawów klinicznych choroby. Tam, gdzie to możliwe, przedstawiono somatyczne tło objawów klinicznych, aby pomóc w ich zrozumieniu. Obszerłą część książki poświęcono diagnostyce różnicowej na podstawie uzyskanych informacji i uzupełniono opartymi na nich badaniami wstępnymi każdego układu ciała. W zamyśle autorów podręcznik *Macleod's Clinical Examination* stanowi uzupełnienie bardziej szczegółowych tekstów z dziedziny patofizjologii, diagnostyki różnicowej i medycyny klinicznej. Jego treść została ściśle zintegrowana z *Davidson's Principles and Practice of Medicine*, dlatego najlepiej korzystać z obu pozycji łącznie.

Treść obecnego, nowego wydania została zaktualizowana i opracowana na nowo przez zespół autorów. Dzięki temu powstał

bardzo przystępny i przyjazny dla użytkownika tekst, w istotny sposób odzwierciedlający praktykę kliniczną w XXI wieku.

W części 1 omówiono ogólne zasady rządzące interakcją z pacjentem od zbierania wywiadu i przeprowadzania badania fizykalnego po wykorzystanie zaprezentowanych wzorców do stawiania rozpoznania w konkretnych sytuacjach klinicznych. Część 2 poświęcono objawom podmiotowym i przedmiotowym stwierdzonym w badaniu poszczególnych układów, a część 3 zastosowaniu tych umiejętności w określonych sytuacjach klinicznych. Na część 4 składają się takie zagadnienia, jak formułowanie diagnozy, zastosowania umiejętności teoretycznych w codziennej praktyce klinicznej oraz przygotowanie się do oceny tych umiejętności podczas egzaminów.

Mamy nadzieję, że dzięki przyswojeniu i zastosowaniu wyżej wspomnianych umiejętności młodzi lekarze będą nie tylko dobrze służyć swoim pacjentom jako diagności, lecz także nadal rozwijać techniki badania oraz lepiej rozumieć ich zastosowanie w praktyce klinicznej.

Pełny tekst piętnastego wydania *Macleod's Clinical Examination* uzupełniają materiały filmowe, w tym osiem zupełnie nowych zagadnień, które są dostępne online.

Anna R. Dover
J. Alastair Innes
Karen Fairhurst
Edynburg, 2023 r.

Przedmowa do wydania polskiego

Medycyna zmienia się niezwykle szybko. Sztuczna inteligencja coraz skuteczniej wspiera lekarzy w stawianiu rozpoznań, a nowoczesne urządzenia diagnostyczne pozwalają w ciągu sekund zajrzeć w głąb ludzkiego ciała. Zmieniają się możliwości diagnostyczne, sposoby leczenia i narzędzia, którymi posługujemy się na co dzień. Są jednak w medycynie rzeczy, które pozostają niezmiennie.

Należą do nich przede wszystkim rozmowa z chorym i umiejętność jego zbadania. Odpowiednio zebrany wywiad, uważna obserwacja i badanie fizykalne nadal stanowią podstawę właściwego rozpoznania i decyzji lekarskich. Są także czymś więcej – budują relację opartą na szacunku i wzajemnym zaufaniu. Nie zastąpi tego żadna, nawet najbardziej wyszukana technologia.

Macleod Badanie kliniczne od lat jest dobrze znany polskim Czytelnikom i dla kolejnych pokoleń studentów oraz lekarzy stanowi jedno z podstawowych źródeł wiedzy o badaniu podmiotowym i przedmiotowym. Nowe wydanie zachowuje tę rolę, a jednocześnie uwzględnia zmiany, jakie zaszły we współczesnej medycynie. Zaktualizowano wiedzę, uwzględniono nowe możliwości diagnostyczne i technologie, a liczne nowe ryciny oraz materiały filmowe pomagają przełożyć opisywane zasady na praktykę kliniczną.

To książka przede wszystkim dla studentów nauk medycznych, którzy uczą się, jak rozmawiać z pacjentem i jak go badać.

Warto jednak, aby sięgnęli po nią również bardziej doświadczeni medycy – choćby po to, aby od czasu do czasu przypomnieć sobie podstawy i skonfrontować własne, utrwalone przez lata nawyki z aktualną wiedzą.

Piszę te słowa także z osobistej perspektywy. Zarówno mój dziadek – Edward, jak i mój ojciec – Andrzej, należeli do lekarzy, którzy przywiązywali ogromną wagę do rozmowy z chorym i badania fizykalnego. Dorastałem w przekonaniu, że niezależnie od postępu medycyny jej punkt wyjścia pozostaje ten sam – jest nim człowiek, który przychodzi do lekarza po pomoc.

Mój ojciec, Andrzej Szczeklik w *Katharsis* pisał:

„W każdym zawodzie istnieją sytuacje esencjalne, które odślaniają jego istotę. W medycynie jest to spotkanie dwóch ludzi. Chorego z lekarzem... Chory przychodzi ze swoim bólem, zgryzotą, cierpieniem, trwogą i woła o pomoc... Trzeba słuchać opowieści. Od czasu do czasu pytaniem zapobiec utracie wątku, odsłonić ważki szczegół, uściślić chronologię. Dla opowiadającego – ta historia to rzecz pierwszorzędna. A słuchający niech pamięta, iż jedno z tych opowiadań stanie się jego własnym, któraś z tych chorób dotknie i lekarza”.

Niezależnie od tego, czy do tego spotkania dochodzi w karetce, przychodni czy sali szpitalnej, jego istota pozostaje niezmienna. Wierzę, że żaden postęp technologiczny tego nie zmieni.

Wojciech Szczeklik

Podziękowania

Redaktorzy pragną wyrazić wdzięczność wielu wybitnym redaktorom naukowym poprzednich wydań, dzięki którym podręcznik *Macleod's Clinical Examination* od wielu lat jest głównym źródłem wiedzy dla lekarzy na całym świecie. Pracując nad aktualizacją i ulepszaniem tej książki, jesteśmy stale świadomi tego wyjątkowego dziedzictwa w dziedzinie nauczania umiejętności klinicznych.

Redaktorzy składają również podziękowania wszystkim autorom poprzednich wydań, bez których przygotowanie tej nowej edycji nie byłoby możliwe. W szczególności dziękujemy byłym autorom, którzy nie wzięli udziału w powstawaniu obecnego, piętnastego już wydania tej książki: Anthony'emu Batemanowi, Ivanowi Brenkelowi, Garethowi Cleggowi, Nickowi Millsowi, Janet Skinner, Jamesowi Tiernanowi i Oliverowi Youngowi.

Dziękujemy następującym przedstawicielom różnych zawodów medycznych za gruntowne zrecenzowanie czternastego wydania i posunięcie nam wielu pomysłów do wykorzystania w nowej edycji: Sunilowi Bhandariemu, Iainowi Hathornowi,

Ianowi Lee, Caroline Nicholson, Nathanowi Oliverowi i Claire Robertson. Dziękujemy licznym studentom i dydaktykom, którzy dostarczyli cennych uwag na temat niniejszej książki, wypełniając ankietę internetową na stronie Elsevier Student Consult.

Na koniec wyrażamy naszą wdzięczność osobom, które uczestniczyły w przygotowaniu materiałów multimedialnych uzupełniających tę książkę (dotyczy wydania oryginalnego). Niektóre spośród nich są autorami pierwszych filmów, podczas gdy inni pomogli nam stworzyć serię nowych wideoklipów, dzięki którym poszerzyliśmy zakres technik diagnostycznych prezentowanych w tym wydaniu. Do tego grona zaliczają się Omar Ali, Abby Cooke, Eleanor Davidson, Ahmed Eissa, Anas Gormati, Rosemary Hackney, Iain Hennessey, Shiyang Hey, Sadiq Jeeyavudeen, Alan Japp, Rachael Lamb, Nick Morley, Dan Pugh, Deepa Rangar, Amy Robb, Colin Robertson, Jenni Wales i Ben Waterson oraz Medical Photography Service działający przy NHS regionu Lothian.

Jak korzystać z książki i z materiałów uzupełniających?

W niniejszej książce szczegółowo opisano przebieg spotkania z pacjentem. Każdy z rozdziałów poświęconych poszczególnym układom ciała składa się z tych samych części:

- Wstęp: anatomia i fizjologia.
- Definicje i objawy: typowe objawy, jakie pytania należy zadać i jak ukierunkować dalszą rozmowę.
- Badanie fizykalne: co i jak badać.
- Badania uzupełniające: jak wybrać najbardziej odpowiednie badania laboratoryjne i obrazowe w celu zawężenia diagnostyki różnicowej.
- Przykładowe scenariusze zaczerpnięte z obiektywnego strukturyzowanego egzaminu klinicznego (OSCE, *objective structured clinical examination*): ilustrują rodzaje zadań, z jakimi studenci mogą się spotkać na egzaminie.
- Schemat kompleksowego badania: lista kontrolna kroków, jakie należy wykonać podczas badania danego układu, za-

wierająca podsumowanie informacji przedstawionych w rozdziale i ułatwiająca powtarzanie najważniejszych zagadnień do egzaminu.

Przebieg badania

W książce znajdują się szczegółowe opisy czynności do wykonania podczas badania fizykalnego, opatrzone nagłówkiem Przebieg badania (na czerwonym tle). Na rozpoczynających się od punktorów listach przedstawiono wszystkie czynności do wykonania we właściwej kolejności. Wiele spośród tych technik przedstawiono w materiałach filmowych, aby ułatwić czytelnikowi ich przyswojenie.

▶ Materiały filmowe

Specjalnie na potrzeby tego wydania *Macleod Clinical Examination* opracowano zestaw materiałów filmowych ilustrujących przebieg badania różnych układów ciała. Występują w nich lekarze realizujący scenariusze przygotowane przez zespół autorów tego podręcznika, funkcję narratorów pełnią w nich specjaliści z danej dziedziny, a doświadczeni klinicyści wykonują wiele spośród opisanych poniżej czynności i procedur medycznych. Ułatwiają one czytelnikowi zapamiętanie najważniejszych etapów badania i demonstrują właściwą technikę ich wykonania, stanowiąc swego rodzaju pomost pomiędzy wiedzą teoretyczną zawartą w podręczniku a jej zastosowaniem w praktyce klinicznej. Dostęp online daje możliwość wielokrotnego oglądania filmów i doskonalenia umiejętności praktycznych, co może okazać się bezcenne w przygotowaniu do egzaminów typu OSCE.

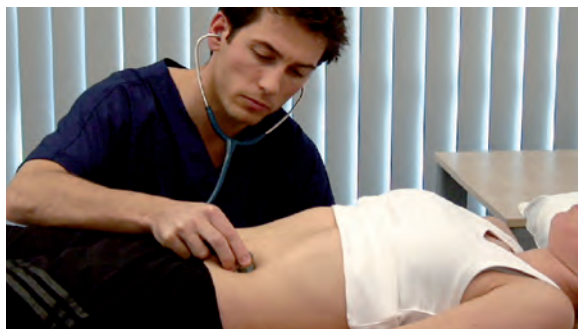
Każdy schemat badania zawiera szczegółowe objaśnienia, lecz aby zmaksymalizować korzyści, sugerujemy oglądanie filmów po zapoznaniu się z materiałem zawartym w książce. Instrukcje dotyczące dostępu znajdują się pod spisem treści.

Główne etapy badania: galerie zdjęć

Opisy wielu schematów badań uzupełniają galerie zdjęć, ilustrujących ich najważniejsze etapy i stanowiących doskonałe narzędzie wspomagające ich praktyczne opanowanie.

Lista filmów

- Film 1. Ocena bilansu płynów
- Film 2. Badanie układu oddechowego
- Film 3. Badanie układu sercowo-naczyniowego
- Film 4. Pomiar ciśnienia krwi
- Film 5. Badanie obwodowego układu naczyniowego i stopy cukrzycowej
- Film 6. Badanie układu pokarmowego
- Film 7. Badanie w kierunku podrażnienia opon mózgowych
- Film 8. Badanie mowy
- Film 9. Badanie nerwu trójdzielnego (V)
- Film 10. Badanie nerwu twarzowego (VII)



- Film 11. Badanie nerwów językowo-gardłowego (IX), błędnego (X), dodatkowego (XI) i podjęzykowego (XII)
- Film 12. Badanie narządu ruchu – kończyna górna
- Film 13. Badanie narządu ruchu – kończyna dolna
- Film 14. Badanie czucia w kończynie górnej
- Film 15. Badanie czucia w kończynie dolnej
- Film 16. Badanie unerwienia ruchowego i czuciowego ręki
- Film 17. Badanie nerwów wzrokowego (II), okoruchowego (III), błotkowego (IV) i odwodzącego (IV)
- Film 18. Badanie ucha
- Film 19. Badanie nerwu przedsionkowo-ślimakowego (VIII)
- Film 20. Badanie szyi
- Film 21. Badanie gruczołu tarczowego
- Film 22. Badanie ginekologiczne
- Film 23. Badanie położnicze
- Film 24. Badanie narządu ruchu wg schematu GALS
- Film 25. Badanie kręgosłupa szyjnego
- Film 26. Badanie kręgosłupa piersiowego i lędźwiowego
- Film 27. Badanie ręki i nadgarstka
- Film 28. Badanie barku
- Film 29. Badanie stawu biodrowego
- Film 30. Badanie stawu kolanowego
- Film 31. Badanie stawu skokowego i stopy
- Film 32. Sposób przeprowadzania testu wstań i idź z pomiarem czasu (TUG, *timed up and go*)

Autorzy

Rosaleen Baruah MB ChB, FRCPE, FFICM, LL.M

Consultant in Critical Care and Anaesthesia and Honorary
Clinical Senior Lecturer
Dept of Anaesthesia, Critical Care and Pain Medicine
University of Edinburgh and NHS Lothian
Edinburgh, UK

Shyamanga Borooah MB BS, PhD, MRCP, MRCSE,

FRCOph
Assistant Professor
Department of Ophthalmology
University of California San Diego
La Jolla, USA

Kirsty Boyd MB ChB, PhD, MMedSci, FRCPE

Reader in Palliative Care
Usher Institute
University of Edinburgh
Edinburgh, UK

Steve Cunningham MB ChB, PhD

Professor of Paediatric Respiratory Medicine
Child Life and Health, Centre for Inflammation Research,
University of Edinburgh
Edinburgh, UK

Richard Davenport BM BS, DM

Consultant Neurologist
Department of Clinical Neurosciences
University of Edinburgh
Edinburgh, UK

Anna R Dover MB ChB, PhD, FRCP, SFHEA

Consultant Physician and Honorary Senior Clinical Lecturer
Edinburgh Centre for Endocrinology and Diabetes
Royal Infirmary of Edinburgh
Edinburgh, UK

Neeraj Dhaun (Bean) MB ChB, PhD

Senior Clinical Lecturer & Honorary Consultant Nephrologist
Centre for Cardiovascular Science
University of Edinburgh
Edinburgh, UK

Jehangir N Din MB ChB, MD, FRCP

Consultant Cardiologist
Cardiology
University Hospitals Dorset
Bournemouth, UK

Colin Duncan MB ChB, MD, FRCOG

Professor of Reproductive Medicine and Science
MRC Centre for Reproductive Health
The University of Edinburgh
Edinburgh, UK

Kirsty Dundas MB ChB, DCH, FRCOG

Consultant Obstetrician
Royal Infirmary of Edinburgh
Senior Tutor and Honorary Senior Lecturer
University of Edinburgh
Edinburgh, UK

Andrew Elder PRCP (Edin), MACP

Honorary Professor
Edinburgh Medical School
Edinburgh, UK

Karen Fairhurst MB BS, PhD

Senior Lecturer
Centre for Population Health Sciences
University of Edinburgh
Edinburgh, UK

Jane Gibson MB ChB, MD, FRCP, FSCP

Doctor
Fife Rheumatic Diseases Unit
NHS Fife
Kirkcaldy, UK
Senior Lecturer
Bute Medical School
St Andrews University
St Andrews, UK

Iain Hathorn MB ChB, DOHNS, PGCME, FRCSE (ORL HNS)
Consultant ENT Surgeon, Honorary Clinical Senior Lecturer
University of Edinburgh ENT Department
Edinburgh, UK

J Alastair Innes MB ChB, PhD, FRCPE
Consultant and Honorary Reader in Respiratory Medicine (retired)
Respiratory Unit
Western General Hospital
Edinburgh, UK

Alan G Japp MB ChB(Hons), PhD, MRCP
Consultant Cardiologist
Edinburgh Heart Centre
Royal Infirmary of Edinburgh
Edinburgh, UK
Honorary Senior Lecturer
University of Edinburgh
Edinburgh, UK

David Kluth OBE, MB BS, PhD, FRCP
Professor of Medical Education & Honorary Consultant Nephrologist
Edinburgh Medical School
University of Edinburgh
Edinburgh, UK

Alexander Laird MB ChB, PhD, FRCSE(Urol)
Consultant Urological Surgeon
Department of Urology
Western General Hospital
Edinburgh, UK
Honorary Clinical Senior Lecturer
Institute of Genetics and Cancer
The University of Edinburgh
Edinburgh, UK

Nazir Lone MB ChB, MSc, PhD, FRCPE, FFICM, FHEA
Reader in Critical Care
Usher Institute
University of Edinburgh
Edinburgh, UK
Honorary Consultant in Critical Care
Department of Critical Care
Royal Infirmary of Edinburgh
Edinburgh, UK

Elizabeth MacDonald MB ChB, MRCP, FRCPE, DMCC
Consultant Physician
Medicine for the Elderly
Western General Hospital
Edinburgh, UK

Hadi Manji MA, MD, FRCP
Consultant Neurologist and Honorary Associate Professor
National Hospital for Neurology
Queen Square
London, UK

Rowan Parks MD, FRCSI, FRCSE
Professor of Surgical Sciences
Clinical Surgery
University of Edinburgh
Edinburgh, UK

John Plevris MD, DM, PhD, FRCPE, FEBGH
Professor
Centre for Liver & Digestive Disorders
The Royal Infirmary
University of Edinburgh
Edinburgh, UK

Stephen Potts MA, FRCPsych, FRCPE, FRCSE
Consultant in Transplant Psychiatry
Department of Psychological Medicine
Royal Infirmary of Edinburgh
Edinburgh, UK

Peter T Reid MD
Consultant Respiratory Physician
Respiratory Medicine
Lothian University Hospitals
Edinburgh, UK

Jennifer MJ Robson MB ChB, PhD, FRCSE
Consultant and Honorary Senior Lecturer
Leeds Vascular Institute
Leeds General Infirmary
Leeds, UK
Honorary Clinical Tutor
University of Edinburgh
Edinburgh, UK

Ben Stenson MB ChB, MD, FRCPCH, FRCPE
Consultant Neonatologist
Royal Infirmary of Edinburgh
Hon Professor of Neonatology
University of Edinburgh
Edinburgh, UK

Alice SM Tidman MBChB, MRCP (Dermatology), PGDipClinDerm
Consultant Dermatologist
Department of Dermatology
NHS Fife
Kirkcaldy, UK

Michael J Tidman MD, FRCPE, FRCP
Consultant Dermatologist
Department of Dermatology
Royal Infirmary of Edinburgh
Edinburgh, UK

Naing Latt Tint MBChB, PhD, FRCOphth
Consultant Ophthalmic Surgeon
Princess Alexandra Eye Pavilion
Edinburgh, UK

Phil Walmsley MD, FFSTE, FRCS(Orth), AFHEA

Consultant Orthopaedic Surgeon
 Orthopaedic Surgery
 Victoria Hospital Kirkcaldy
 Kirkcaldy, UK
 Honorary Senior Lecturer
 School of Medicine
 University of St Andrews
 St Andrews, UK

Christina Yip MB ChB, MD, FRCS(Plast)

Consultant Oncoplastic Breast Surgeon
 Department of Breast Surgery
 East Lancashire Hospitals NHS Trust
 Burnley, UK

Nicola Zammitt MB ChB, MD, FRCPE

Consultant Physician and Honorary Clinical Senior Lecturer
 Edinburgh Centre for Endocrinology and Diabetes
 Royal Infirmary of Edinburgh
 Edinburgh, UK

Część 1

Zbieranie wywiadu i ocena stanu pacjenta

1. Spotkanie z pacjentem	3
2. Ogólne aspekty zbierania wywiadu	9
3. Ogólne aspekty badania fizykalnego	21

Karen Fairhurst
J. Alastair Innes
Anna R. Dover

1

Spotkanie z pacjentem

Konsultacja lekarska 4

Powód wizyty 4
Warunki badania 4
Nawiązanie kontaktu z pacjentem 4
Zbieranie wywiadu 5
Informacje poufne i osoby trzecie 5
Postępowanie wobec obaw pacjenta 5
Okazywanie empatii 6

Problemy odmienności kulturowej 6
Przekazywanie informacji 6
Zakończenie konsultacji 6

Obowiązki zawodowe 6

Poufność i świadoma zgoda 7
Media społecznościowe 7

Obowiązki osobiste 7

Konsultacja lekarska

Praktyka kliniczna opiera się w przeważającej części na wizycie lekarskiej, zwanej też konsultacją medyczną, czyli spotkaniu lekarza z pacjentem. Najprościej rzecz ujmując, osoby chore lub odczuwające niepokojące dolegliwości zgłaszają się do lekarza. W przeszłości tego rodzaju konsultacje odbywały się wyłącznie osobiście, lecz obecnie coraz więcej osób korzysta z metod zdalnych za pomocą telefonu, technologii wideo lub internetu. W tym rozdziale omówiono zasady ogólne, mające zastosowanie podczas kontaktu lekarza z pacjentem w warunkach klinicznych.

Powód wizyty

Większość osób doświadczających różnych dolegliwości nie zwraca się z prośbą o pomoc do przedstawiciela zawodu medycznego. Decyzja o poszukiwaniu profesjonalnej pomocy jest zazwyczaj efektem złożonej interakcji czynników somatycznych, psychologicznych i społecznych (ramka 1.1). Na jej podjęcie wpływa dokuczliwość objawów chorobowych, ich nasilenie, czas trwania i częstotliwość ewentualnych nawrotów. Pacjenci analizują również bilans kosztów (finansowych i innych, takie jak czas i odległość od placówki zdrowotnej) i korzyści z konsultacji. Spodziewana korzyść z porady (np. złagodzenie objawów, uzyskanie zwolnienia z pracy) wpływa na gotowość zgłoszenia do lekarza. Czasami to nie objawy choroby skłaniają pacjenta do poszukiwania pomocy, lecz inne wydarzenia w jego życiu (ramka 1.2).

Do czynników obniżających gotowość zgłoszenia się do lekarza można natomiast zaliczyć niechęć do przyznania się do dyskomfortu psychicznego i zakłopotanie związane ze stylem życia, na przykład uzależnienie od substancji psychoaktywnych. Na chęć szukania pomocy u lekarza mogą również wpływać konstrukcja psychiczna pacjenta, płęć, wykształcenie i pochodzenie etniczne.

Warunki badania

Powinno podjąć się wszelkie uzasadnione kroki, by spotkanie z pacjentem przebiegało w spokojnym otoczeniu

1.1 Czynniki wpływające na podjęcie decyzji o zgłoszeniu się do lekarza

- Lęk o własne zdrowie
- Nasilenie objawów
- Koszty wizyty
- Spodziewane korzyści z wizyty

1.2 Inne przyczyny wizyty u lekarza

- Kryzys w życiu osobistym
- Zaburzenia relacji społecznych
- Naciski ze strony rodziny i/lub przyjaciół
- Trudności w pracy

i przy zachowaniu prywatności. Podczas rozmowy należy zająć taką pozycję, aby obie strony (pacjent i lekarz) czuły się swobodnie i wygodnie. Najlepiej usiąść przy rogu biurka. Takie usadownienie przełamuje stereotyp urzędniczy i ułatwia komunikację (ryc. 1.1A). Lekarza nie powinien też oddzielać od pacjenta ekran komputera (zob. ryc. 1.1B). Należy unikać nadmiernego korzystania z urządzeń mobilnych.

Zachowanie odpowiedniej prywatności i godności pacjenta stanowi szczególnie wyzwanie podczas pobytu w szpitalu; w takich sytuacjach pomocne może być zastosowanie parawanu zapewniającego odgrodzenie od otoczenia. Jeżeli jest to możliwe, a pacjent może poruszać się samodzielnie, warto skorzystać z odrębnego pomieszczenia lub pokoju rozmów. Jeżeli nie ma takiej możliwości i konieczne jest przeprowadzenie badania przy łóżku w sali chorych, należy uprzedzić pacjenta, że treść rozmowy może być słyszana przez osoby postronne i pozwolić mu na odmowę udzielenia odpowiedzi na pytania, które uzna za zbyt drażliwe lub osobiste.

Nawiązanie kontaktu z pacjentem

Na początku każdego spotkania należy nawiązać kontakt z pacjentem. Pomaga mu to odprężyć się i w pełni zaangażować w rozmowę. Należy przywitać pacjenta, przedstawić się i jasno opisać swoją rolę. Każdą wizytę należy rozpocząć



A



B

Ryc. 1.1 Lekarz i pacjentka podczas konsultacji. **A.** Lekarz okazujący życzliwość siedzi po tej samej stronie biurka co pacjentka i jest zwrócony do niej twarzą, co sugeruje otwartość i zainteresowanie. **B.** Lekarz wpatrzony w ekran komputera jest odwrócony bokiem do pacjentki i rozmawia przez telefon, a biurko działa jak bariera. Może to doprowadzić do trudności w komunikacji, co sugeruje mowa ciała obojga.

od słów „Dzień dobry/Witam, nazywam się...”. Podczas konsultacji stacjonarnej i w trybie online z użyciem kamery zaleca się noszenie łatwej do odczytania plakietki z imieniem i nazwiskiem. Nic tak nie uspokaja pacjenta jak przyjazny uśmiech. Ważny jest też ubiór i zachowanie lekarza: nigdy nie powinny one wywoływać dyskomfortu u pacjenta ani rozpraszać jego uwagi. Najbardziej odpowiedni jest elegancki i stonowany ubiór, odzież medyczna (*scrubs*) lub fartuch. Nie powinno się zakładać biżuterii na ręce, gdyż utrudnia to poprawne mycie rąk i zwiększa ryzyko przenoszenia zakażeń (zob. ryc. 3.1). Długie włosy należy związać z tyłu. Przez cały czas trwania wizyty należy dbać o to, by pacjent czuł się komfortowo i swobodnie.

Sposób zwracania się do pacjenta zależy od jego wieku, pochodzenia i środowiska kulturowego. Niektóre osoby starsze wolą, aby nie zwracać się do nich po imieniu, toteż najlepiej na wstępie zapytać o ich preferencje w tym względzie.

Następnie należy ustalić powód wizyty, czyli dolegliwości, na które skarża się pacjent. Na początek należy zachęcić pacjenta do rozmowy, zadając mu pytanie otwarte, na przykład „W czym mogę dziś panu/pani pomóc?” lub „Co pana/panią do mnie sprowadza?”

Zbieranie wywiadu

Kolejnym zadaniem lekarza jest ustalenie przyczyny dolegliwości, najpierw podczas rozmowy z pacjentem (wywiad lekarski), a następnie w badaniu fizykalnym i badaniach uzupełniających (laboratoryjnych i obrazowych). W rozdziałach 2 i 3 zaprezentowano ogólne schematy zbierania wywiadu i badania fizykalnego. Szczegółowe wytyczne dotyczące układów ciała i kontekstu klinicznego znajdują się w częściach 2 i 3.

Podczas wizyty wielu pacjentów odczuwa lęk przed potencjalnie poważną chorobą. Reakcje osób w takim stanie mogą być bardzo różne, ale zazwyczaj utrudniają one precyzyjne opisanie dolegliwości. Należy pamiętać, aby w rozmowie z pacjentem używać możliwie prostych zwrotów. Korzystanie z żargonu medycznego rzadko jest wskazane, istnieje bowiem ryzyko, że lekarz i pacjent odmiennie rozumieją pewne określenia. Dotyczy to również słów używanych przez pacjenta, które nie zawsze są jednoznaczne (np. „niestrawność” lub „zawroty głowy”), dlatego należy je zawsze doprecyzować.

Lekarze wypełniający szczegółowymi pytaniami każdą przerwę w rozmowie ryzykują, że przegapią istotną uwagę pacjenta lub nieśmiałe pytanie, które ujawniłoby żywione przez niego obawy. Na etapie wywiadu podstawową umiejętnością jest aktywne słuchanie. Warto zachęcać pacjenta do rozwijania istotnych wątków, wtrącając odpowiednie komentarze (np. „Proszę coś jeszcze opowiedzieć na ten temat”). Co jakiś czas można podsumować jego wypowiedź, sprawdzając, czy właściwie ją zrozumieliśmy. Istotna jest również komunikacja niewerbalna. Zwracajmy uwagę na wszelkie wskazówki odzwierciedlające poziom stresu i nastrój pacjenta. Zmiany zachowania i mowy ciała pod-

czas wizyty mogą wskazywać na trudności, których nie potrafi on wyrazić słowami. Mowa ciała wyrażająca dystans poprzez tworzenie barier lub „zamykanie się” na rozmówcę (np. odwracanie głowy, unikanie kontaktu wzrokowego) może wskazywać na wzmożony dyskomfort. Konsultacje na odległość jeszcze bardziej zwiększają ryzyko wystąpienia nieporozumień, gdyż w tym trybie znacznie trudniej dostrzec sygnały niewerbalne (zob. rozdział 21).

Informacje poufne i osoby trzecie

Bez względu na okoliczności lekarza zawsze obowiązuje tajemnica zawodowa. Niekiedy uzyskanie wywiadu od osób trzecich (krewnych, opiekunów i innych bliskich) jest bardzo przydatne, lecz można go przeprowadzić dopiero po uzyskaniu zgody pacjenta. Zdarza się również, że takie osoby starają się spotkać z lekarzem bez wiedzy pacjenta. Należy wówczas ustalić rodzaj ich relacji oraz czy uprzedzały go o mającej się odbyć rozmowie z lekarzem. Poinformuj taką osobę, że wprawdzie możesz jej wysłuchać, ale nie będziesz mógł udzielić żadnej informacji o pacjencie, bez jego świadomej zgody. W trakcie wywiadu od osób trzecich lekarz może się dowiedzieć o trudnych i przykrych dla pacjenta sprawach, takich jak choroba psychiczna, wykorzystywanie seksualne, uzależnienie od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych. W trakcie późniejszego spotkania z pacjentem należy wszystkie te kwestie taktownie wyjaśnić.

Postępowanie wobec obaw pacjenta

Każdy pacjent przeżywa utratę zdrowia na swój własny, indywidualny sposób, dlatego sama identyfikacja jednostki chorobowej rzadko wystarcza do pełnego zrozumienia problemów, z jakimi się boryka. Należy zatem dążyć do zrozumienia jego osobistych doświadczeń związanych z chorobą, jej wpływu na styl życia i funkcjonowanie społeczne. Warto ustalić, jakie aspekty choroby są ważne dla pacjenta, zamiast zakładać z góry, że rozpoznanie jest zawsze główną przyczyną niepokoju. Lęk związany z ewentualną niezdolnością do kontynuowania pracy zawodowej lub sprawowania opieki nad niepełnosprawnym bliskim może być równie dotykający. Dowiedzmy się, jakie są oczekiwania pacjenta dotyczące przebiegu choroby i jej leczenia.

Niektórzy pacjenci tak bardzo obawiają się poważnej diagnozy, że ukrywają swoje obawy. Wyobrażenia, obawy i oczekiwania, jakie pacjenci mają wobec swoich dolegliwości często wywodzą się z ich indywidualnego systemu przekonań, a także z bardziej rozpowszechnionego społecznego i kulturowego postrzegania choroby. Przekonania te mogą wpływać na to, które objawy pacjenci zdecydują się ujawnić lekarzowi i kiedy. Coraz częściej ludzie czerpią znaczną część wiedzy na temat zdrowia, chorób i ich objawów ze środków masowego przekazu, w tym z internetu. Przed wizytą pacjenci często poszukują wyjaśnień swoich objawów na forach internetowych i zwracają się do ich członków z prośbą o weryfikację zaleceń lekarza. Dlatego powinniśmy na wstępie określić, jakimi informacjami na temat trapiących

2.1 Przykłady używanych przez pacjentów terminów i określeń wymagających doprecyzowania		
Termin/ Określenie	Najczęściej spotykane schorzenie zasadnicze	Cechy charakterystyczne
Alergia/uczulenie	Alergia IgE-zależna (odpowiedź organizmu zależna od IgE)	Widoczna osutka lub obrzęk, szybki początek
	Nietolerancja pokarmu lub leku, często z nudnościami lub innymi dolegliwościami ze strony układu pokarmowego	Głównie objawy żołądkowo-jelitowe
Niestrawność	Choroba refluksowa przełyku Ból brzucha – możliwe przyczyny: – wrzód trawienny – zapalenie błony śluzowej żołądka – zapalenie pęcherzyka żółciowego – zapalenie trzustki	Pieczenie w okolicy zamostkowej, kwaśny posmak w ustach Umieszczenie i rodzaj dyskomfortu: – nadbrzusze – ustępuje po jedzeniu – nadbrzusze – współistnieją wymioty – prawy górny kwadrant – tkliwość – nadbrzusze – silny, tkliwość
Choroby stawów	Ból stawów Ból mięśni Unieruchomienie spowodowane przebytym urazem układu ruchu	Zaczerwienienie lub obrzęk stawów Tkliwość palpacyjna mięśni Zniekształcenie w miejscu urazu
Katar	Plwocina ropna w przebiegu zapalenia oskrzeli Zakażona wydzielina z zatok Niedrożność nosa	Kaszel, plwocina barwy żółtej lub zielonkawej Żółta lub zielonkawa wydzielina z nosa Anosmia, przebyty uraz/polipy nosa
Drgawki	Padaczka Przemijające omdlenie spowodowane chorobą serca	Zauważalne ruchy toniczne/kloniczne; amnezja następcza Zaobserwowana błądność podczas omdlenia; rozpoznana choroba serca
	Nieprawidłowe ruchy mimowolne	Bez utraty przytomności
Zawroty głowy	Zapalenie błędnika	Oczopląs, uczucie wirowania pomieszczenia bez innych deficytów neurologicznych
	Omdlenie spowodowane hipotensją	Kołatanie serca lub choroby serca w wywiadzie, hipotensja ortostatyczna
	Epizod naczyniowo-mózgowy	Nagły początek, współwystępują inne deficyty neurologiczne

Zaczyna się w gardle czy w klatce piersiowej? Czy potrafi pan pokazać miejsce, w którym odczuwa je pan najpierw?

Coś w rodzaju łaskotania w tym miejscu (pacjent wskazuje na górną część mostka).

Plwocina: Jakiego jest koloru? (pytanie zamknięte, precyzujące objaw)

Bezbarwna.

Czy kiedykolwiek w plwocinie zauważył pan krew? (pytanie zamknięte)

Tak, czasami.

Kiedy krew pojawiła się po raz pierwszy i jak często pojawia się teraz? (pytania zamknięte)

Prawie codziennie. Ale pierwszy raz zauważyłem ją ponad miesiąc temu.

Jak dużo było tej krwi? Łyżeczka czy więcej? (pytania zamknięte, precyzujące objaw)

Tylko smugi.

Czy krew jest czysta, czy zmieszana z żółtą lub zieloną flegmą?

Tylko smugi krwi w czystej flegmie.

Ból w klatce piersiowej: Czy może mi pan powiedzieć coś więcej o bólu w klatce piersiowej? (pytanie otwarte)

Tu w boku (wskazuje miejsce), kiedy kaszlę.

Czy coś innego wywołuje ból? (pytanie otwarte, precyzujące objaw)

Głęboki oddech. Ale najbardziej mnie boli, kiedy kaszlę lub kicham.

Ból jest bardzo istotnym objawem, występującym w wielu chorobach. Ogólny schemat charakterystyki bólu przedstawiono w ramce 2.2.

Po uzyskaniu szczegółowej charakterystyki najważniejszych objawów poprosz o podanie innych związanych z nimi cech, wykorzystując wstępną hipotezę dotyczącą przypuszczalnego rozpoznania (rak płuc lub przewlekłe zakażenie dróg oddechowych). Możesz postawić następujące pytania:

Czy kiedykolwiek brakowało panu tchu? (istotne w przypadku POChP lub obecności płynu)

Trochę.

Czy może pan podać mi przykład czegoś, co powoduje taki brak tchu? (ilościowe określenie objawu, [zob. Rozdział 5, Bezdech])

Za każdym razem, kiedy idę pod górę albo wchodzę po schodach.

Czy zauważył pan u siebie zmianę wagi? (poszukiwanie dodatkowego potwierdzenia poważnej choroby)

Odkąd to wszystko się zaczęło, straciłem jakieś sześć kilo.

dniowo dla mężczyzn oraz do 7 jednostek tygodniowo dla kobiet. Wypijanie dużych ilości alkoholu w krótkim czasie (tzw. *binge drinking*) częściej powoduje poważne problemy zdrowotne niż spożywanie tej samej ilości w ciągu 4–5 dni. Większość ekspertów zaleca co najmniej dwa dni bez alkoholu w tygodniu.

Uzależnienie występuje wówczas, gdy picie alkoholu staje się ważniejsze od innych zachowań wcześniej uważanych za wartościowe. Podsumowanie znaków ostrzegawczych dotyczących spożycia alkoholu przedstawiono w ramce 2.8.

Praca zawodowa

Zapytaj pacjenta o jego zawód, po czym, zależnie od okoliczności, poproś o opisanie zakresu obowiązków, złasz-

cza jeżeli nazwa miejsca pracy nasuwa podejrzenie ekspozycji na szkodliwe związki chemiczne i/lub pyły. Jeżeli pacjent pracował ze szkodliwymi materiałami (np. azbestem lub pyłem kamiennym), konieczna jest szczegółowa dokumentacja zatrudnienia, w tym nazwa pracodawcy, czas i zakres ekspozycji oraz wszelkie zabezpieczenia wykorzystywane w miejscu pracy. Jeżeli pacjent jest bezrobotny, miej na uwadze, że wykazano związek długotrwałego pozostawania bez pracy ze zwiększoną chorobowością i śmiertelnością.

Choroby spowodowane ekspozycją zawodową najczęściej obejmują płuca – omówiono je szczegółowo w rozdziale 5. Listę zawodów zwiększających ryzyko określonych chorób przedstawiono w ramce 2.9.

Informacje na temat zawodu pacjenta są również konieczne do oceny, jak choroba może wpłynąć na jego styl życia i źródło utrzymania (np. artroza u pracownika fizycznego lub obturacyjny bezdech senny u zawodowego kierowcy).

Podróże

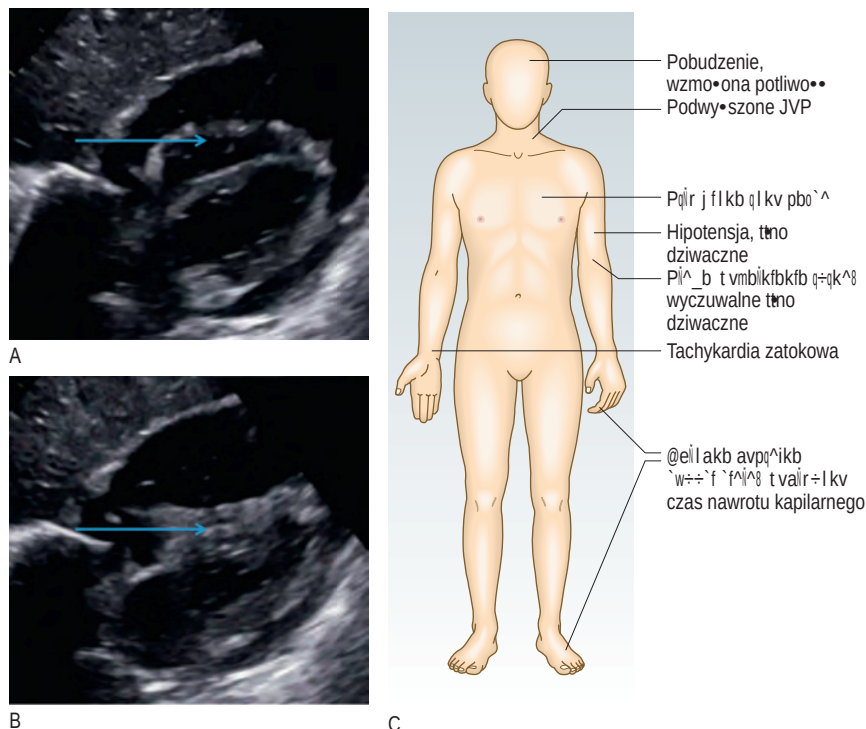
Stosunkowo liczną grupę pacjentów stanowią osoby powracające z podróży, zwłaszcza do krajów położonych w innych szerokościach geograficznych. Są one narażone na różne nietypowe zakażenia, w tym drobnoustrojami typowymi dla krajów tropikalnych. Podróż samolotem może również sprzyjać powstawaniu pewnych chorób w podatnych populacjach, takich jak dolegliwości w obrębie ucha środkowego lub zakrzepica żył głębokich. Okres inkubacji może wskazywać na prawdopodobieństwo wystąpienia pewnych chorób, ale objawy niektórych spośród nich, na przykład malarii i ludzkiego wirusa niedoboru odporności

2.8 Cechy uzależnienia od alkoholu w wywiadzie

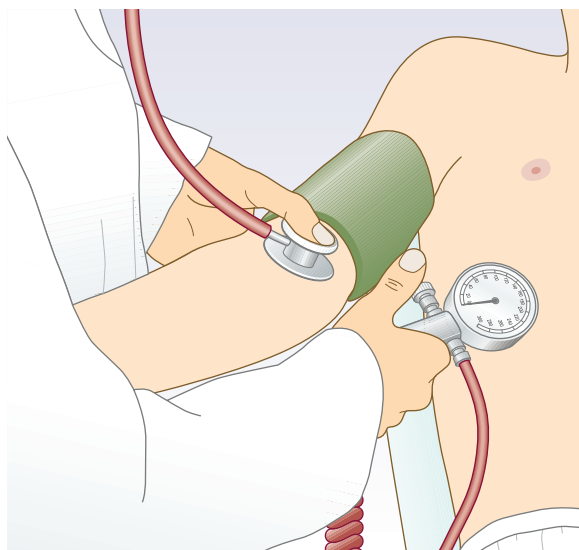
- Silne, często nieodparte pragnienie spożycia alkoholu
- Utrata kontroli nad rozpoczęciem i/lub zaprzestaniem picia oraz nad ilością wypijanego alkoholu
- Picie alkoholu w godzinach porannych
- Wzrost tolerancji – konieczność wypicia większej niż kiedyś ilości alkoholu do uzyskania takiego samego efektu
- Zespół abstynencyjny, którego objawy pojawiają się po zaprzestaniu lub ograniczeniu picia: dreszcze, wzmożona potliwość, przyspieszone tętno, lęk, bezsenność, niekiedy napady drgawkowe, dezorientacja i omamy (majaczenie alkoholowe); zazwyczaj ustępują po wypiciu alkoholu
- Zaniechanie innych niż picie zajęć i przyjemności
- Kontynuowanie picia pomimo świadomości jego szkodliwych następstw

2.9 Przykłady chorób związanych z wykonywanym zawodem

Zawód	Czynnik chorobotwórczy	Zmiany chorobowe	Czas wystąpienia objawów po ekspozycji
Stocznicy, inżynierowie okrętowi, hydraulicy i monterzy instalacji grzewczych, robotnicy zatrudnieni przy rozbiórkach, cieśle	Pył azbestowy	Pogrubienie blaszek opłucnej Azbestoza Międzybłoniak Rak płuca	Po ponad 15 latach
Kamieniarze	Pył krzemionkowy	Krzemica/pylica	Po wielu latach
Rolnicy	Zarodniki grzybów w spleśniałym sianie	Płuco rolnika/farmera (zapalenie płuca z nadwrażliwości, HP)	Po 4–18 godzinach
Nurkowie	Zbyt szybkie wynurzenie się na powierzchnię wody	Choroba dekompresyjna Objawy ze strony ośrodkowego układu nerwowego, skóry, kości i stawów	Natychmiast lub do 1 tygodnia
Robotnicy przemysłowi	Związki chemiczne (np. chrom)	Kontaktowe zapalenie skóry (rąk)	Różnorodny
	Nadmierny hałas	Niedosłuch odbiorczy	Kilka miesięcy
	Maszyny wibracyjne	Choroba wibracyjna	Kilka miesięcy
Pracownicy piekarni	Pył mączny	Astma zawodowa	Różnorodny
Przedstawiciele zawodów medycznych	Skaleczenia, ukłucia igłą	Ludzki wirus niedoboru odporności (HIV), wirusowe zapalenie wątroby typu B i C	Okres wylegania ponad 3 miesiące
Zob. też rozdział 5.			



Ryc. 4.11 Kliniczne i echokardiograficzne objawy tamponady serca. **A.** i **B.** Obrazy z badania echokardiograficznego uzyskane z okolicy podżebrzowej na początku fazy skurczu (**A**) i we wczesnej fazie rozkurczu (**B**). Prawa komora (strzałka) jest zapadnięta we wczesnej fazie rozkurczu z powodu podwyższonego ciśnienia wewnątrzsercowego – jest to ważny objaw echokardiograficzny tamponady. Na obu obrazach widać nagromadzenie dużej ilości płynu w osierdziu przy prawej komorze. **C.** Objawy kliniczne. JVP, ciśnienie w żyłce szyjnej.



Ryc. 4.12 Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.

wy). Pomiar taki w lepszym stopniu określa ryzyko sercowo-naczyniowe.

Nadciśnienie tętnicze

Chociaż wszelkie wartości progowe, oddzielające prawidłowe od nieprawidłowych wartości ciśnienia tętniczego

przyjęto nieco arbitralnie, nadciśnienie tętnicze powszechnie definiuje się jako ciśnienie skurczowe ≥ 140 mm Hg i/lub ciśnienie rozkurczowe ≥ 90 mm Hg (ramka 4.12). Nadciśnienie tętnicze wiąże się ze znaczną zachorowalnością i śmiertelnością z powodu chorób naczyniowych (np. niewydolność serca, choroba wieńcowa, choroby naczyń mózgowych, przewlekła choroba nerek). Prawie zawsze przebiega ono bezobjawowo, choć rzadko i w przypadku ciężkiego nadciśnienia mogą wystąpić bóle głowy i zaburzenia widzenia. U większości pacjentów z nadciśnieniem tętniczym nie da się zidentyfikować jego przyczyny, określa się je zatem jako nadciśnienie samoistne lub idiopatyczne. Nadciśnienie wtórne rozpoznaje się rzadko – występuje ono u poniżej 1% populacji z nadciśnieniem tętniczym (ramka 4.13).

Podczas badania pacjenta z nadciśnieniem tętniczym należy zwrócić uwagę na poniższe:

- Potencjalne czynniki leżące u podłoża (zob. ramka 4.13)
- Powikłania narządowe:
 - kardiologiczne: niewydolność serca
 - nefrologiczne: przewlekła choroba nerek, białkomocz
 - oczne: retinopatia nadciśnieniowa (zob. ryc. 8.18).

Tony Korotkowa

Tony te powstają, gdy ciśnienie w mankiecie aparatu do pomiaru ciśnienia znajduje się między wartościami skurczową i rozkurczową i odzwierciedlają naprzemienne całkowite zapadanie się tętnic i ponowne ich wypełnianie wraz z każ-

Macleod Badanie kliniczne

Medycyna zmienia się niezwykle szybko. Sztuczna inteligencja coraz skuteczniej wspiera lekarzy w stawianiu rozpoznań, a nowoczesne urządzenia diagnostyczne pozwalają w ciągu sekund zajrzeć w głąb ludzkiego ciała. Zmieniają się możliwości diagnostyczne, sposoby leczenia i narzędzia, którymi posługujemy się na co dzień. Są jednak w medycynie rzeczy, które pozostają niezienne.

Należą do nich przede wszystkim rozmowa z chorym i umiejętność jego zbadania. Odpowiednio zebrany wywiad, uważna obserwacja i badanie fizykalne nadal stanowią podstawę właściwego rozpoznania i decyzji lekarskich. Są także czymś więcej – budują relację opartą na szacunku i wzajemnym zaufaniu. Nie zastąpi tego żadna, nawet najbardziej wyszukana technologia.

Macleod Badanie kliniczne od lat jest dobrze znany polskim Czytelnikom i dla kolejnych pokoleń studentów oraz lekarzy stanowi jedno z podstawowych źródeł wiedzy o badaniu podmiotowym i przedmiotowym. Nowe wydanie zachowuje tę rolę, a jednocześnie uwzględnia zmiany, jakie zaszły we współczesnej medycynie. Zaktualizowano wiedzę, uwzględniono nowe możliwości diagnostyczne i technologie, a liczne nowe ryciny oraz materiały filmowe pomagają przełożyć opisywane zasady na praktykę kliniczną.

To książka przede wszystkim dla studentów nauk medycznych, którzy uczą się, jak rozmawiać z pacjentem i jak go badać. Warto jednak, aby sięgnęli po nią również bardziej doświadczeni medycy – choćby po to, aby od czasu do czasu przypomnieć sobie podstawy i skonfrontować własne, utrwalone przez lata nawyki z aktualną wiedzą.

Piszę te słowa także z osobistej perspektywy. Zarówno mój dziadek – Edward, jak i mój ojciec – Andrzej, należeli do lekarzy, którzy przywiązywali ogromną wagę do rozmowy z chorym i badania fizykalnego. Dorastałem w przekonaniu, że niezależnie od postępu medycyny jej punkt wyjścia pozostaje ten sam – jest nim człowiek, który przychodzi do lekarza po pomoc.

Mój ojciec, Andrzej Szczeklik w *Katharsis* pisał:

„W każdym zawodzie istnieją sytuacje esencjalne, które odsłaniają jego istotę. W medycynie jest to spotkanie dwóch ludzi. Chorego z lekarzem... Chory przychodzi ze swoim bólem, zgrzyotą, cierpieniem, trwogą i woła o pomoc... Trzeba słuchać opowieści. Od czasu do czasu pytaniem zapobiec utracie wątku, odsłonić wązki szczegół, uściślić chronologię. Dla opowiadającego – ta historia to rzecz pierwszorzędna. A słuchający niech pamięta, iż jedno z tych opowiadań stanie się jego własnym, któraś z tych chorób dotknie i lekarza”

Niezależnie od tego, czy do tego spotkania dochodzi w karetce, przychodni czy sali szpitalnej, jego istota pozostaje niezmienna. Wierzę, że żaden postęp technologiczny tego nie zmieni.

Prof. dr hab. n. med. Wojciech Szczeklik

Tytuł oryginału:
**Macleod's Clinical
Examination 15th Edition.**
Publikację wydano
na podstawie umowy
z Elsevier.



www.edraurban.pl