

William W. Campbell

Objawy kliniczne w neurologii



Redakcja wydania polskiego
Wojciech Turaj

William W. Campbell

Objawy kliniczne

w neurologii

A horizontal band featuring a microscopic image of neural structures, likely axons and dendrites, in shades of green and purple against a dark background. The text 'w neurologii' is overlaid on this band in a large, white, sans-serif font.

Redakcja wydania polskiego

Wojciech Turaj

Tytuł oryginału: *Clinical Signs in Neurology*

Autor:

William W. Campbell

Copyright © 2016 Wolters Kluwer Health

ISBN 9781451194456

Published by arrangement with Wolters Kluwer Health Inc., USA.
Wolters Kluwer Health did not participate in the translation of this title
and therefore it does not take any responsibility for the inaccuracy or
errors of this translation.

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.

Zawarte w niniejszej książce dokładne wskazania, działania niepożądane
i harmonogramy dawkowania leków mogą się zmienić. Czytelnik
powinien zapoznawać się z informacjami dostarczonymi przez
odpowiednich producentów leków. Autorzy, redaktorzy, wydawca ani
dystrybutorzy nie ponoszą odpowiedzialności za błędy czy braki ani za
żadne skutki zastosowania informacji zawartych w tej pracy i nie dają
żadnych gwarancji, wyraźnych czy dorozumianych, w odniesieniu do
treści publikacji. Autorzy, redaktorzy, wydawnictwa ani dystrybutorzy
nie ponoszą żadnej odpowiedzialności za jakiegokolwiek urazy czy szkody
dotyczące osób bądź mienia wynikające z niniejszej publikacji.

© Copyright for the Polish edition by Edra Urban & Partner, Wrocław 2019

Redakcja naukowa wydania polskiego oraz tłumaczenie z języka angielskiego:
dr hab. med. Wojciech Turaj

Prezes Zarządu: Giorgio Albonetti
Dyrektor wydawniczy: lek. med. Edyta Błażejewska
Redaktor prowadzący: Renata Wręczycka
Redaktor tekstu: Lidia Kwiecień

ISBN 978-83-66067-89-9

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

www.edraurban.pl

Łamanie i przygotowanie do druku: Anna Jońska
Druk: KDD, Konin

A	1
B	22
C	29
D	35
E	57
F	59
G	62
H	68
I	73
J	74
K	77
L	85
Ł	87
M	88
N	103
O	132
P	231
R	265
S	280
Ś	302
T	303
U	337
W	343
Z	351
Ż	383
Ź	386
Lista objawów według chorób	389

Abaragnozja. Utrata zdolności do oceny i różnicowania masy. Barestezja to zdolność do odczuwania nacisku lub masy, a barognozja to umiejętność odczuwania, rozpoznawania i różnicowania masy lub zdolność do odróżniania ciężarów.

Abazja. Niezdolność do chodzenia, przypuszczalnie o podłożu nieorganicznym, różna od ataksji chodu, apraksji chodu lub innych zaburzeń chodu; obserwowana jako składowa **astazji-abazji**.

Abstrahowanie (myślenie abstrakcyjne). Jedna z wyższych czynności mózgu. Abstrahowanie często bada się, prosząc pacjenta o opisanie podobieństw i różnic albo o zinterpretowanie przysłów lub aforyzmów. Można poprosić pacjenta o wyjaśnienie podobieństw między jabłkiem i bananem, samochodem i samolotem, zegarkiem i liniijką albo wierszem i pomnikiem; można poprosić o wyjaśnienie różnicy między kłamstwem i pomyłką albo pomiędzy liną i łańcuchem. Mówi się, że pacjentów z zaburzoną zdolnością do abstrahowania cechuje myślenie konkretne. Pacjent z upośledzeniem myślenia abstrakcyjnego może nie być w stanie interpretować przysłów. Poproszony o interpretację przysłowia „nie warto płakać nad rozlanym mlekiem” pacjent myślący konkretnie będzie mówił o wypadku, mleku, konieczności sprzątania i innych rzeczach, które chybają właściwej interpretacji.

Interpretacja przysłów i aforyzmów jest często wykorzystywanym testem myślenia abstrakcyjnego. Często używane przysłowia to: „nie kupuj kota w worku”, „nie od razu Kraków zbudowano” albo „kłamstwo ma krótkie nogi”. Przydatność interpretowania przysłów bywa kwestionowana, ponieważ wielu badających nie potrafi precyzyjnie określić znaczenia niektórych przysłów. Pacjenci z zaburzeniami psychicznymi lub osoby nieprzyzwyczajone do używania wyrażen idiomatycznych mogą podawać dziwaczne i nietypowe interpretacje przysłów. Przeinaczone lub niewłaściwie powiązane powiedzenia bądź przysłowia, np. „co się odwlecze, to cię wzmocni”, można wykorzystać do sprawdzenia zarówno zdolności do abstrahowania, jak i poczucia humoru. Zaburzenia myślenia abstrakcyjnego występują w wielu schorzeniach, ale są szczególnie częste w zaburzeniach czynności płata czołowego.

Abulia. Trudności w zapoczątkowaniu i podtrzymaniu spontanicznych ruchów oraz zmniejszenie reaktywności emocjonalnej, spontanicznych wypowiedzi i interakcji społecznych. Abulia jest charakterystyczna dla uszkodzeń płata czołowego i jąder podstawnych. Inne określenia służące do opisu zbliżonych stanów to **mutyzm akinetyczny** i **stan apaliczny**.

Achromatopsja. Niezdolność do postrzegania barw. Achromatopsja najczęściej ma charakter wrodzony i bezobjawowy. Achromatopsja nabyta może występować w przebiegu chorób neurologicznych lub okulistycznych. Achromatopsję należy odróżnić od agnozji barw i anomii barw. Może być bardzo wczesnym przejawem ogniskowego uszkodzenia płata potylicznego, które później ewoluuje do niedowidzenia połowicznego. Ocena może mieć charakter nieformalny, np. prośby o rozpoznanie lub wskazanie kolorów na elementach garderoby, np. na krawacie, albo bardziej formalny, z wykorzystaniem tablic barwnych, np. Ishihary lub Hardy'ego-Randa-Rittlera (HRR). Achromatopsja jest często wczesnym przejawem neuropatii nerwu wzrokowego. Zob. **ślepotą barw**, **zmniejszone nasycenie barw**.

Adaptowalność (wyczerpywanie się). Zanikanie oczopląsu lub brak możliwości jego ponownego wywołania po powtórzeniu manewru prowokacyjnego u pacjentów z oczopląsem położeniowym. Za pomocą manewru Diksa-Hallpike'a można wywołać oczopląs, ustawiając głowę pacjenta w określonym położeniu. Jeżeli występują układowe zawroty głowy lub oczopląs, pacjent pozostaje w prowokującym położeniu aż do ustąpienia dolegliwości, a następn-

nie badający powtarza manewr, oceniając nawrót dolegliwości. Reakcja jest przemijająca (ulega wyczerpaniu). Kilkakrotne powtarzanie manewru powoduje coraz mniejszą reakcję, aż do sytuacji, w której nie występuje ani oczopląs, ani układowe zawroty głowy. Po upływie 10–15 minut reakcję można wywołać ponownie. Zmniejszanie się reakcji przy powtarzaniu manewru jest opisywane rozmaicie: jako adaptowalność, wyczerpywanie się lub habituacja; określenia te są używane w sposób niespójny. W przypadku oczopląsu położeniowego latencja od zadziałania bodźca do wystąpienia oczopląsu, wyczerpywanie się i adaptowalność są cechami wspierającymi obwodowe pochodzenie nieprawidłowości. Minimalne układowe zawroty głowy przy wyraźnym oczopląsie albo brak latencji, wyczerpywania się i adaptowalności sugerują ośrodkowe pochodzenie nieprawidłowości.

Adiaforeza. Zob. **brak pocenia się.**

Afazja. Nabyte zaburzenie funkcji językowych, obejmujące rozmaite połączenia upośledzenia w zakresie spontanicznej produkcji, rozumienia i powtarzania mowy, a także zaburzenia czytania i pisania. Przyłóżkowo ocenia się zwykle sześć odrębnych składowych funkcji językowych: mowę spontaniczną (konwersacyjną), rozumienie ze słuchu, nazywanie, czytanie (na głos i ze zrozumieniem), pisanie (spontaniczne, pod dyktando i przepisywanie) oraz powtarzanie. Logopedzi wykonują zdecydowanie bardziej złożone badanie zdolności językowych. Na podstawie badania przyłóżkowego afazję można skategoryzować, dzieląc ją na liczne podtypy: ekspresyjną lub recepcyjną, płynną lub niepłynną, ruchową lub czuciową, przednią lub tylną, **Broki** lub **Wernickego, przewodzeniową, skrzyżowaną, globalną, transkorową** (ruchową, czuciową, mieszaną), **anomiczną, podkorową** i inne.

Kluczową cechą wyróżniającą poszczególne podtypy jest płynność mowy. Prawidłowa mowa spontaniczna to 100–115 słów wypowiedzianych bez wysiłku w ciągu minuty. Mowa niepłynna jest wysiłona, zawiera pojedyncze słowa, krótkie frazy, przerwy i zawahania. Produkcja mowy jest skąpa, często nawet 10–15 słów na minutę, a niekiedy mniej. Jeżeli najdłuższe zdanie zawiera mniej niż siedem słów, uważa się, że mowa nie jest płynna. Pacjenci są zwykle świadomi braku płynności mowy i są tym sfrustrowani. Ich mowa ma skłonność do lakoniczności, odpowiadania na pytania, ale mówienia tylko w zakresie, który jest niezbędny. Pacjenci z afazją mogą wykorzystywać pantomimę, gestykulację, potrząsanie lub potakiwanie głową, wzruszanie ramionami lub demonstrowanie widocznych reakcji emocjonalnych. W ciężkiej afazji pacjent może nie być w stanie wypowiedzieć nawet pojedynczego słowa lub powtarza w nieskończoność jedno słowo bądź sylabę (**monofazja**).

Bardziej formalna ocena afazji jest możliwa dzięki zastosowaniu odpowiednich narzędzi testowych, takich jak *Boston Diagnostic Aphasia Examination*, *Western Aphasia Battery* lub *Boston Naming Test*.

Zob. **agramatyzm, agrafia, aleksja, apraksja mowy, omawianie, afazja żargonowa, odizolowanie obszaru mowy, nazywanie, neologizmy, parafazja, apraksja współczulna.**

Afazja anomiczna. Rodzaj afazji, który powoduje upośledzenie nazywania z zachowaniem pozostałych czynności językowych. Afazja anomiczna jest najczęstszym, ale i najmniej swoistym rodzajem afazji. Anomia występuje w każdym typie afazji. Pacjenci z każdym rodzajem afazji, w miarę jak zaburzenie rozwija się lub ustępuje, mogą przechodzić przez stadium, w którym anomia jest głównym objawem; może też być najbardziej uporczywym rodzajem deficytu czynności językowych. Określenie „afazja anomiczna” wydaje się właściwe tylko wówczas, gdy anomia występuje jako odosobniony deficyt przez cały czas trwania choroby. Mniejsze trudności z nazywaniem określa się niekiedy mianem dysnomii. Afazja anomiczna jest uważana za zespół bez wartości lokalizacyjnej, ponieważ nie można jednoznacznie przypisać temu uszkodzeniu określonego obszaru kory mózgowej. Zob. **nazywanie.**

Afazja Broki. Niepłynny rodzaj **afazji** spowodowany uszkodzeniem obejmującym przednie przedsylwalne obszary mowy w tylnej części dolnej okolicy czołowej; określana często mianem afazji ekspresyjnej. Mowa spontaniczna pacjentów jest wysiłona, niepłynna, ze zmniej-

szoną liczbą słów, krótkimi zdaniami i nieprawidłową gramatyką. W ciężkiej afazji Broki mowa składa się z rzeczowników i czasowników, wypowiedzianych z wielkim trudem. Występuje skłonność do opuszczania zbędnych słów – przymiotników, przysłówków i słów funkcyjnych (mowa telegraficzna). Rozumienie mowy jest względnie zachowane. Ze względu na brak płynności mowy pacjenci nie są w stanie powtórzyć usłyszanego słowa, nie potrafią też czytać na głos. Mogą identyfikować przedmioty, ale nie są w stanie ich nazywać. Może być zachowana mowa emocjonalna i automatyczna; pacjent może śpiewać. Pacjenci z afazją Broki klasycznie mają przeciwstronny niedowład połowiczny lub twarzowo-ramienny, ale nie mają ubytków w polu widzenia. Zob. **agramatyzm**.

Afazja ekspresyjna. zob. **afazja Broki**.

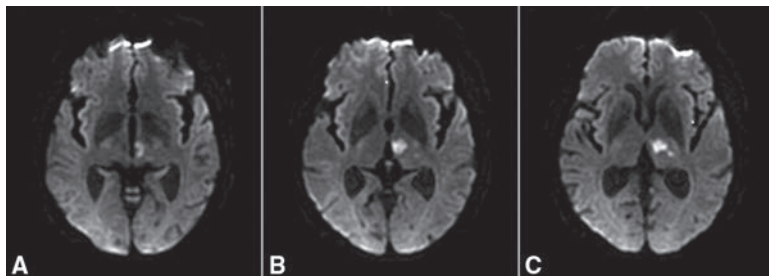
Afazja globalna (całkowita, pełna, ruchowo-czuciowa). Rodzaj niepełnej afazji, w której upośledzone jest również rozumienie. W afazji globalnej najczęściej dochodzi do dużego uszkodzenia całego okołosylwialnego ośrodka mowy. Mogą też oddzielne uszkodzenia zniszczyć obszar zarówno tylnej części dolnego płata czołowego, jak i tylnej części górnego płata skroniowego. Mowa wyraźnie niepełna jest połączona z ciężkim upośledzeniem rozumienia i niezdolnością do nazywania, powtarzania, czytania lub pisania. Mowa jest często ograniczona do wykrzyknień lub pojedynczych słów (**monofazja**). Zwykle występuje zarówno porażenie połowiczne, jak i ubytki w polu widzenia. Afazja globalna jest zazwyczaj spowodowana niedrożnością tętnicy szyjnej wewnętrznej lub proksymalnego odcinka tętnicy środkowej mózgu. U niektórych pacjentów rozumienie mowy poprawia się z czasem, pozostawiając deficyt przypominający afazję Broki. Pacjenci z zespołami afatycznymi mają ubytki w zakresie wszystkich rodzajów funkcji językowych, ale ubytki w stopniu mniejszym niż afazja globalna są określane jako afazja mieszana.

Afazja nominalna. Zob. **anomia**.

Afazja płynna. Zob. **afazja**.

Afazja podkorowa (pozasylwialna). Zaburzenia funkcji językowych, które nie są związane z uszkodzeniem ośrodków korowych mowy wokół bruzdy Sylwiusza, ale wynikają z uszkodzeń – zwykle naczyniowych – obejmujących wzgórze, jądro ogoniaste, skorupę, okołokomorową istotę białą lub torebkę wewnętrzną w półkuli dominującej (**ryc. A.1**).

Opisano dwa rodzaje takiej afazji: zespół przedni i tylny. Zespół przedni (afazja ogoniasta lub prążkowiowo-torebkowa) cechuje się powolną, trudną do zrozumienia mową z zachowaną długością zdań, zachowanym rozumieniem i upośledzonym nazywaniem. W zespole tylnym (afazja wzgórzowa) mowa jest płynna i bez dyzartrii, upośledzone jest rozumienie



Rycina A.1. RM mózgu przedstawia ostry udar niedokrwienny obejmujący lewe wzgórze. Obrazowanie dyfuzji w płaszczyźnie poprzecznej uwidocznia ograniczoną dyfuzję w obrębie lewego wzgórza. Zajęte jądra wzgórza to jądro grzbietowo-przyśrodkowe (**A**), grupa jąder przednich (**B**), grupa jąder brzusznych i siatkowatych (**C**). (Z: Afzal U, Farooq MU. Teaching neuroimages: thalamic aphasia syndrome. *Neurology*. 2013;81:e177, za zgodą).

B

Badania czynności autonomicznych. Manewry służące do ilościowej oceny czynności autonomicznego układu nerwowego. Bardziej wyrafinowane testy wymagają warunków laboratoryjnych, ale niektóre można wykonać przy łóżku chorego. Testy przywspółczulnej regulacji sercowo-błędnej obejmują analizę częstości czynności serca podczas pionizacji (współczynnik 30:15), zmienność częstości czynności serca podczas głębokiego powolnego oddychania oraz współczynnik Valsalvy. Testy współczulnej regulacji naczyń obejmują analizę ciśnienia tętniczego podczas pionizacji, manewru Valsalvy, długotrwałego uścisku ręki, obciążenia umysłowego i zanurzenia w zimnej wodzie. Testy współczulnej cholinergicznej czynności potowydzielniczej obejmują skórną odpowiedź współczulną, ilościowy test odruchu aksonu potowydzielniczego, badanie w komorze pocenia oraz ilościową ocenę potliwości. Dostępne testy są zróżnicowane pod względem czułości i łatwości przeprowadzania. Zwykle są wykonywane w zestawie wielu testów, co poprawia czułość i rzetelność, umożliwia też próbkowanie rozmaitych czynności autonomicznych. Zob. **niedociśnienie ortostatyczne**.

Badanie stanu umysłowego. Badanie wykorzystywane przede wszystkim do określenia, czy pacjent ma otępienie lub zaburzenia świadomości. Jeden ze sposobów organizacji badania stanu umysłowego przedstawiono w **tabeli B.1**.

Dużą pomocą w ocenie stanu umysłowego jest dokładna obserwacja podczas zbierania wywiadu. Należy obserwować ogólny wygląd pacjenta, nastawienie, zachowanie, mowę, pozycję ciała i ekspresję emocji na twarzy. Szczegółowe badanie stanu umysłowego jest uzasadnione, jeżeli pacjent lub jego rodzina zgłaszają zaburzenia pamięci, pogorszenie funkcjonowania umysłowego albo zmiany osobowości, zachowania lub przyzwyczajajeń. Lekarz praktyk może wypracować własną preferowaną metodę oceny stanu umysłowego lub wykorzystywać wiele dostępnych **narzędzi do przesiewowej oceny funkcji poznawczych**. Najczęściej stosowanym testem jest *Mini-mental state exam* (MMSE) Folsteinów (zob. tab. N.1 i N.2). Przed wydaniem opinii o stanie umysłowym pacjenta, zwłaszcza o pamięci, badający musi upewnić się, że pacjent jest przytomny, współpracujący, uważny i nie ma zaburzeń językowych. Stanu umysłowego nie można ocenić właściwie, jeżeli pacjent ma zaburzenia przytomności lub afatyczne zaburzenia mowy.

Formalna ocena stanu umysłowego rozpoczyna się od oceny orientacji. Zwykle opisuje się pacjenta jako „wszechstronnie zorientowanego”, jeżeli zna swoje imię i nazwisko, wie, gdzie się znajduje, i może podać aktualną datę. Niektórzy badający oceniają wgląd, czyli

Tabela B.1. Jeden z możliwych sposobów organizacji badania stanu umysłowego

Orientacja
Uwaga i jej skupianie
Ugruntowana wiedza
Język
Pamięć
Umiejętności konstrukcyjne
Liczenie
Myślenie abstrakcyjne
Wgląd i osąd
Praksja

uświadomienie sobie sytuacji, jako czwarty wymiar orientacji. Szczegóły dotyczące orientacji czasem przynoszą dodatkową informację. Pacjent może znać aktualny dzień tygodnia, ale nie rok. Orientację można badać w razie potrzeby dokładniej, zwiększając lub zmniejszając poziom trudności zadawanych pytań. Pytania dotyczące orientacji można wykorzystać do badania pamięci u pacjentów, którzy są zdezorientowani. Jeżeli pacjent jest zdezorientowany co do czasu i miejsca, można mu podać te informacje i poprosić o zapamiętanie informacji. Niemożność ich zapamiętania u pacjenta, który jest uważny i zarejestrował te informacje, wskazuje na ciężkie upośledzenie pamięci. Niekiedy pacjenci nie są w stanie zapamiętać na dłużej niż kilka sekund bardzo podstawowych informacji, np. roku, miasta lub szpitala, w którym się znajdują, mimo ich wielokrotnego powtarzania. W przypadku zaburzeń natury chorobowej upośledzeniu w pierwszej kolejności ulega orientacja w czasie, następnie w przestrzeni; rzadko zdarza się dezorientacja co do własnej osoby.

Nieprawidłowych wyników złożonych testów wyższych czynności nerwowych nie można przypisywać zaburzeniom funkcji korowych, jeżeli pacjent ma zaburzenia uwagi. Zaburzenia te wpływają na wszystkie pozostałe elementy takiej oceny. Pacjent może wydawać się przytomny i czuwający, ale w rzeczywistości może mieć zaburzenia skupiania uwagi lub łatwo się rozpraszać. Pacjenci z otępieniem nie mają zwykle zaburzeń uwagi aż do momentu, w którym deficyt poznawczy jest ciężki. Jeżeli pacjent ma zaburzenia uwagi, należy brać pod uwagę możliwość toksycznych lub metabolicznych zaburzeń czynności OUN.

Upośledzenie uwagi lub niewytrwałość podczas wykonywania zadań można ujawnić np. prosząc pacjenta o sygnalizowanie każdej usłyszonej litery A podczas odczytywania przez badającego losowego ciągu liter albo o wykreślenie wszystkich liter *a* w przedstawionym tekście pisany. Popularnymi testami uwagi bezpośredniej są testy odejmowania od 100 po 7, **wymieniania ciągów cyfr** lub literowania słów wspak. W **teście dzielenia odcinka na połowy** pacjent jest proszony o podzielenie na pół kilku kresek rozmieszczonych losowo na kartce. Innym badaniem uwagi i jej skupienia może być wielostopniowe zadanie, np. **test kartki papieru Mariego**. Wielostopniowym zadaniem może też być prośba o wykonanie polecenia: „proszę wstać, stanąć twarzą do drzwi i wyciągnąć przed siebie ręce”. Uwaga ma istotną składową przestrzenną; pacjenci mogą wykazywać nieuwagę w odniesieniu do jednej strony; zob. **deficyty uwagi**.

Kontrola umysłowa lub skupianie uwagi to czynność wyższego rzędu, która wymaga od pacjenta nie tylko podjęcia złożonego zadania, lecz także zarządzania innymi zasobami intelektualnymi, takimi jak zdolność do manipulowania elementami w umyśle. Testy uwagi, kontroli umysłowej i pamięci krótkotrwałej polegają na odejmowaniu od 100 po 7 lub po 3, literowaniu wspak słowa „kwiat” (część MMSE) albo wymienianiu dni tygodnia lub miesięcy począwszy od ostatniego. Większość osób jest w stanie wymienić miesiące roku wstecz w czasie krótszym niż 30 sekund. Jeżeli nie ma zaburzeń innych czynności leżących u podłoża wspomnianych zadań, np. kalkulii, nieprawidłowa kontrola umysłowa może wskazywać na zaburzenia czynności grzbietowo-bocznej części płata czołowego (funkcji wykonawczych), zwykle po stronie lewej.

Ocena funkcji językowych obejmuje sprawdzenie płynności mowy, rozumienia, nazywania, powtarzania, czytania i pisanie; zob. **afazja**.

Pamięć jest niejednorodna i może być badana na rozmaite sposoby. Nazewnictwo dotyczące pamięci nie jest stosowane w sposób spójny; odmienne terminy funkcjonują w neurologii ogólnej, a inne w neurologii behawioralnej (**tab. B.2**). Często bardziej przydatny jest dokładny opis sposobu wykonania zadania niż opis „pamięci świeżej” pacjenta. Ogólnie stosowana klasyfikacja uwzględnia pamięć bezpośrednią, krótkotrwałą (świeżą) i długotrwałą (odległą). Odpowiada ona z grubsza określeniom: pamięć robocza, epizodyczna i semantyczna, używanym przez neurologów behawioralnych i neuropsychologów. Z pomocą tych desygnatów podejmowane są próby odzwierciedlenia neurofizjologii pamięci.



Idioglosja. Zaburzenie artykulacji z wydawaniem dźwięków bez znaczenia; dana osoba może mówić własnym językiem. Idioglosja występuje u pacjentów z częściową głuchotą, afazją i we wrodzonej głuchocie słownej.



Obca ręka (obca kończyna). Samoistne, mimowolne, błędzące ruchy oraz dziwaczne zachowania kończyny. W zespole obcej ręki występuje przerwanie połączeń korowych, które kontrolują precyzyjne czynności obu rąk łącznie. Ręce nie pracują wówczas zespołowo. Zajęta ręka zaczyna funkcjonować autonomicznie i traci zdolność do współpracy z drugą ręką. Może występować nawet konflikt między rękami. Występują co najmniej dwie postaci zespołu: związana z ciałem modelowatym i czołowa. Konflikt między czynnościami rąk jest typowy dla uszkodzeń przedniej części ciała modelowatego. Przy uszkodzeniu przyśrodkowej części płata czołowego obca ręka nie współpracuje, ale nie przeszkadza. Może wykazywać odruchowe pochwytywanie (chwyt obcej ręki) i inne autonomiczne zachowania, ale nie występuje konflikt pomiędzy czynnościami rąk (lub jest on niewielki). Opisano czuciowy zespół obcej ręki w następstwie udaru w zakresie tętnicy tylnej mózgu prawej. W typowych przypadkach występują ciemieniowe zaburzenia czucia i zaniedbywanie połowicze obejmujące lewą połowę ciała, przypominające anozognozę. Prawe ramię może w sposób mimowolny atakować lewą część ciała. Zob. [link do filmu O.1](#), na którym obca ręka w następstwie operacji przecięcia ciała modelowatego z powodu padaczki w sposób powtarzany uderza pacjentkę w twarz. W filmie *Dr Strangelove* Peter Sellers był w sposób powtarzany atakowany przez swoją wyobcowaną rękę.

O.1. Pacjentka z „obcą ręką” po przecięciu ciała modelowatego z powodu padaczki – wielokrotne uderzenia w twarz. (Z: Mosley M. Alien hand syndrome sees woman attacked by her own hand. BBC News; 2011.) Dostęp: <http://www.bbc.co.uk/news/uk-12225166>

Obiektywny szum uszny. Szum słyszalny zarówno przez pacjenta, jak i przez badającego, np. w zwężeniu tętnicy szyjnej. W większości przypadków szum uszny ma charakter subiektywny.

Objaw „a kuku”. (1) **Objaw zerkania** obserwowany w miastennii. (2) Możliwość dostrzeżenia przyśrodkowej części pięty przy oglądaniu stóp od przodu [u pacjenta stojącego boso – *przyp. tłum.*], wskazująca na obecność stopy wydrążonej.

Objaw Abadiego. Brak bólu podczas ściskania ścięgna Achillesa, które w warunkach prawidłowych powoduje duży dyskomfort; klasyczny objaw wjadu rdzenia (zob. też **objaw Biernackiego** i **objaw Pitresa**). Wszystkie wymienione objawy stwierdza się we władze rdzenia, ale mogą być spowodowane każdym procesem prowadzącym do nasilonej niedoczulicy.

Objaw Allena. Zob. **poniższe objawy prostowania palucha**.

Objaw Amossa. Zob. **objaw trójnoga**.

Objaw arlekina. Zob. **nadmierna potliwość**.

Objaw Babińskiego. Zob. **objaw podeszwy Babińskiego**.

Objaw Babińskiego z mięśnia szerokiego szyi. Zmniejszony skurcz mięśnia szerokiego szyi podczas grymasu twarzy po stronie niedowładu połowiczego ze względu na utratę prawidłowego **współruchu (ryc. O.1)**.

Objaw Bachtiarowa. Odruch patologiczny z kończyny górnej obserwowany w uszkodzeniu drogi korowo-rdzeniowej; drażnienie wzdłuż kości promieniowej w dół w stronę kciuka i palca wskazującego powoduje prostowanie i niewielkie przywiedzenie kciuka.

Objaw Bakody’ego (objaw ulgi przy odwodzeniu ramienia, objaw ręki na głowie). Ulga w bólu w radikulopatii szyjnej dzięki umieszczeniu ręki na szczycie głowy. Zob. **objawy radikulopatii szyjnej, test pociągania szyi, objaw Naffzigera, objaw Vieta, test napinania kończyny górnej**.



Rycina O.1. Po prawej stronie pacjenta widoczna jest wyraźna różnica wyglądu mięśnia szerokiego szyi w spoczynku (**strona lewa górnej części złożonej fotografii**) i podczas dowolnego wysiłku polegającego na obniżeniu kąćków ust (**strona lewa dolnej części fotografii**). Po lewej stronie pacjenta występuje jedynie minimalny skurcz mięśnia (**strona prawa górnej i dolnej części fotografii**). W widoku z przodu można bezpośrednio porównać kurczący się w pełni prawy mięsień szeroki szyi (**strzałka**) z niedowładnym mięśniem po stronie lewej (znak **zapytania**). Proszę zauważyć również niepełne obniżenie i odciągnięcie kąćka ust po lewej. (Z: Leon-Sarmiento FE, Prada LJ, Torres-Hillera M. The first sign of Babinski. *Neurology*. 2002;59:1067, za zgodą).

Objaw Balduzziego. Drażnienie podeszwy powoduje przywiedzenie przeciwstronnej kończyny dolnej w razie uszkodzenia drogi korowo-rdzeniowej.

Objaw Balleta. Brak oftalmoplegii wewnętrznej, mimo oftalmoplegii zewnętrznej, w oftalmopatii tarczycowej.

Objaw Bárány'ego. Zmniejszenie reakcji przedsionka na pobudzenie ciepłne.

Objaw barmana. W badaniu mięśnia dwugłowego ramienia pacjent z niedowładem zgięcia w stawie łokciowym może wykorzystywać kompensacyjny ruch trikowy w postaci pociągania łokcia ku tyłowi. Manewr przypomina ruch, który wykonują barmani podczas nalewania piwa.

Objaw Barrégo. Zob. **dryf pronacyjny**.

Objaw Barrégo z kończyny dolnej (dryf kończyny dolnej). Jeden z subtelnych objawów niedowładu połowicznego, wywołwany w kończynie dolnej. Pacjent ułożony w pozycji leżącej na brzuchu próbuje utrzymać kolana zgięte pod kątem 45° od poziomu ze stopami odsuniętymi od siebie. Jeżeli po jednej stronie występuje niedowład zginaczy kolana, jak to ma miejsce w uszkodzeniu drogi korowo-rdzeniowej, zajęta kończyna będzie stopniowo lub gwałtownie opadać, podobnie jak w dryfie pronacyjnym w kończynie górnej.

Objaw Battle'a. Przebarwienie nad wyrostkiem sutkowym widywane w złamaniach podstawy czaszki (**ryc. O.2**). Zob. **krwiak jamy bębenkowej**.

Objaw Bechterewa. (1) **Test opadania ramienia.** W spastyczności występuje opóźnienie lub chwilowe zatrzymanie obniżania zajętego ramienia, powodujące krótkotrwałe „zawieszenie” kończyny po zajętej stronie. (2) Prostowanie w stawie kolanowym w pozycji siedzącej u pacjenta z bólem krzyża – próba unoszenia wyprostowanej kończyny dolnej w pozycji siedzącej. Manewr znany jako próba Bechterewa. Zob. **objawy Waddella**.

Objaw Beevora. Ruch pępka przy unoszeniu głowy. Kiedy pacjent leżący na plecach unosi głowę lub próbuje usiąść, w warunkach prawidłowych mięśnie brzucha kurczą się jednakowo

ograniczone zastosowanie jako miara czynności odwodźcicieli w stawie biodrowym i nie może zastąpić bezpośredniego badania siły mięśni.

U pacjenta z chodem miopatycznym spowodowanym obustronnym niedowładem odwodzenia w biodrze przy każdym kroku występuje nieprawidłowe przywodzenie w biodrze (zob. **zaburzenia chodu**). Pacjent chodzi na poszerzonej podstawie, z nasiloną rotacją miednicy, obracając lub wyrzucając biodra w jedną i drugą stronę przy każdym kroku w celu przeniesienia ciężaru ciała. Występuje nieprawidłowe opadnięcie miednicy po stronie kończyny wykonującej krok; dochodzi do kompensacyjnego ruchu barków, powodującego, że biodra i barki przechylają się w przeciwnie strony za każdym razem, kiedy chód wchodzi w fazę podporu. W ekstremalnych postaciach chód ten może wyglądać dziwnie. Pacjent chodzi z wyrażonym kołysaniem biodrami, ramionami odciągniętymi ku tyłowi i miednicą wypchniętą do przodu. Ta postać chodu jest szczególnie częsta w dystrofii twarzowo-łopatkowo-ramiennej ([link do filmu O.2](#)).

Pacjent z bólem biodra również może przechylać się na stronę bolesną (chód koksalgiczny), ale nie występuje opadnięcie miednicy jak w chodzie Trendelenburga.

- O.2.** Pacjent z kaczkowatym chodem miopatycznym, chodem na palcach i nadmierną lordozą lędźwiową. (Z: Paul D. Larsen, MD, University of Nebraska Medical Center and Suzanne S. Stensaas, PhD, University of Utah School of Medicine, http://library.med.utah.edu/neurologicexam/html/gait_abnormal.html).
Dostęp: http://library.med.utah.edu/neurologicexam/html/video_window.html?vidurl=../movies/gait_ab_11.mov&vidwidth=320&vidheight=240

Objaw Chvostka (Chvostka-Weissa). Kurcz lub skurcz przypominający kurcz w obrębie tożstrosnych mięśni twarzy, wywoływany opukiwaniem bezpośrednio poniżej wyrostka jarzmowego kości skroniowej, do przodu od ucha u pacjentów z nadmierną pobudliwością nerwów. Jest to lokalizacja gęsiej stopki, dlatego objaw Chvostka to po prostu ruchowy objaw Tinela. Jest klasycznym objawem tężyczki z powodu hipokalcemii niezależnie od jej przyczyny. Jeżeli jest bardzo aktywny, to odpowiedź można wywołać drażniąc skórę do przodu od ucha. Objaw jest minimalny, jeżeli pojawia się jedynie delikatny zrywający ruch wargi górnej lub kącika ust; umiarkowany, jeżeli ruch obejmuje skrzydełko nosa i cały kącik ust; maksymalny, jeżeli kurczą się również mięśnie czoła, powiek i policzka. Minimalny objaw Chvostka jest spotykany często u osób zdrowych. Zob. **objaw Trousseau**.

Objaw cięciwy (próba ucisku w dole podkolanowym). Objaw korzeniowy rozciągowy obserwowany w radikulopatii lędźwiowo-krzyżowej. Szybkie uciśnięcie nerwu kulszowego w dole podkolanowym w momencie, gdy rozpoczyna się ból podczas próby unoszenia wyprostowanej kończyny dolnej, powoduje ból w okolicy lędźwiowej, w zajęтым pośladku lub na przebiegu nerwu kulszowego.

Objaw Cleckleya. Zob. **pomniejsze objawy prostowania palucha**.

Objaw Colliera. Odciągnięcie powiek przy pierwotnym kierunku spojrzenia, obserwowane w uszkodzeniach obejmujących spoidło tylne (**ryc. O.3**). Zob. **odciągnięcie powieki**.

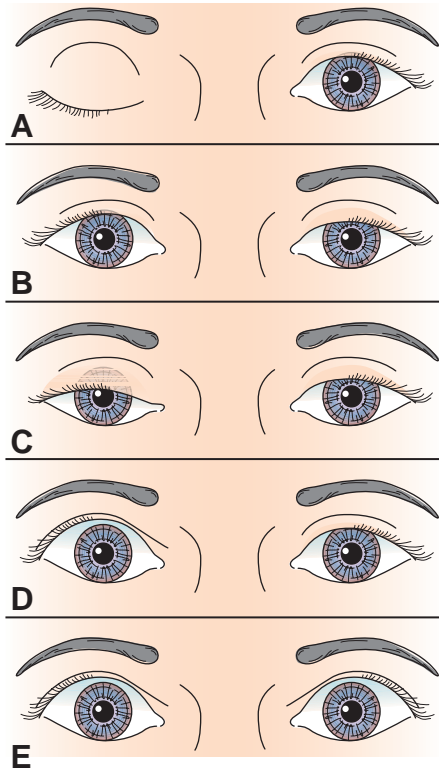
Objaw Cornella. Zob. **pomniejsze objawy prostowania palucha**.

Objaw Cozena. Zob. **testy prowokacyjne w zapaleniu nadkłykcia bocznego**.

Objaw Crowe'a. Piegi pachowe w nerwiakowłókniakowatości typu 1 (**ryc. O.4**, tab. N.3). Piegowatość w obrębie pach i pachwin jest zwykle zauważana w wieku 3–5 lat. Piegi mogą również występować powyżej powiek, wokół szyi i pod piersiami.

Objaw Dalrymple'a. Odciągnięcie powiek w pierwotnym kierunku spojrzenia, obserwowane w nadczynności tarczycy; może być mylone z objawem Colliera. Wynika z nadmiernej czynności mięśnia Müllera w związku ze zwiększonym napięciem układu współczulnego. Zob. **odciągnięcie powiek**.

Objaw Dejerine'a. Promieniujący ból podczas kaszlu, kichania lub parcia na stolec; istotny, ale rzadko wywoływany objaw radikulopatii. Pacjent może opisywać tak ból podczas zbierania wywiadu; ból korzeniowy można niekiedy wywołać podczas manewru Valsalvy. Zob.



Rycina 0.3. Cechy charakterystyczne różnych przyczyn nieprawidłowego położenia powiek. **A:** Porażenie prawego nerwu III z całkowitym opadnięciem powieki. **B:** Lewostronny zespół Hornera z niewielkim opadnięciem powieki górnej i delikatnym uniesieniem powieki dolnej. **C:** Obustronne niesymetryczne opadnięcie powiek górnych w miastonii. **D:** Odciągnięcie powieki górnej prawej w ophthalmopatii tarczycowej. **E:** Obustronne odciągnięcie powiek górnych w uszkodzeniu okolicy spoidła tylnego (objaw Colliera). (Z: Campbell WW. *DeJong's the Neurologic Examination*. 7th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins; 2013, za zgodą).

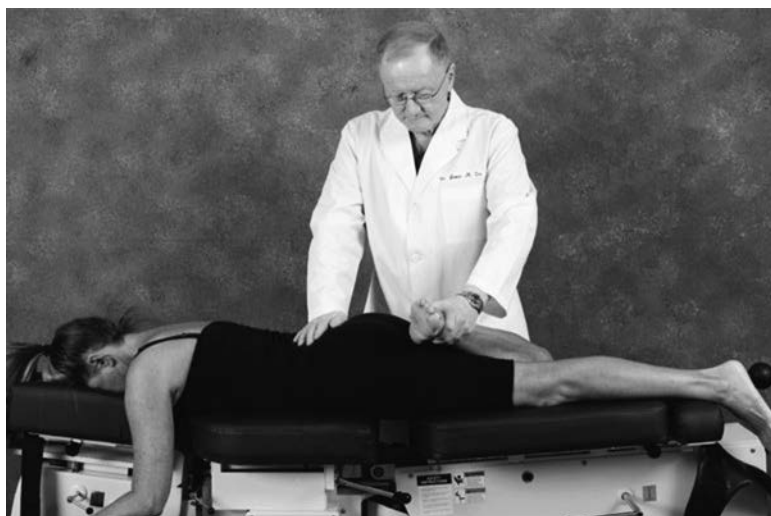
objawy radikulopatii szyjnej, objaw Spurlinga, test unoszenia wyprostowanej kończyny dolnej.

Objaw doteczka. Małe zagłębienie lub wpuklenie, wyznaczające miejsce ucisku, który doprowadził do neuropatii z ucisku. Dołeczek taki pojawia się w następstwie nawykowego zakładania nogi na nogę w neuropatii nerwu strzałkowego lub opierania się na łokciach w neuropatii nerwu łokciowego. Takie samo znaczenie mają ogniskowe przebarwienie lub modzel.

Objaw Ely'ego (próba „pięta do pośladka”). Manewr zaplanowany w celu wykazania przykurczu mięśnia prostego uda, ale także wywołający ból w wysokiej radikulopatii lędźwiowej lub w podrażnieniu mięśnia biodrowo-lędźwiowego, do którego może dojść w przebiegu odmiedniczkowego zapalenia nerek, ropnia lub krwiaka tego mięśnia. U pacjenta leżącego na brzuchu zgina się kończynę dolną w stawie kolanowym tak, aby dotknąć piętą przeciwstronnego pośladka (**ryc. 0.5**). Objaw Ely'ego jest podobny i często mylony z **odwroconym testem unoszenia wyprostowanej kończyny dolnej** lub z **testem rozciągania nerwu udowego**, ale w dwóch ostatnich pięta jest unoszona.



Rycina O.4. Nerwiakowłókniakowatość typu 1. Objaw Crowe'a (piegi pachowe) jest uważany za patognomiczny dla tej choroby. (Z: Goodheart HP. *Goodheart's Photoguide of Common Skin Disorders*. 2nd ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2003, za zgodą).



Rycina O.5. Objaw Ely'ego. U pacjenta leżącego na brzuchu przemieszcza się piętę do przeciwstronnego pośladka, wywołując ból w przypadku radikulopatii górnych korzeni lędźwiowych; objaw podobny do próby rozciągania nerwu udowego (odwrotnego testu unoszenia wyprostowanej kończyny dolnej [w piśmiennictwie polskim objaw Mackiewiczza – przyp. tłum.]). (Z: Cox JM. *Low Back Pain: Mechanism, Diagnosis, and Treatment*. 7th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2011, za zgodą).

Objawy kliniczne w neurologii

William W. Campbell, MD, MSHA

Wywiad i badanie przedmiotowe są fundamentami praktyki lekarskiej niezależnie od specjalności. W czasach bezkrytycznej fascynacji badaniami pomocniczymi William Campbell przypomina tę prawdę, zbierając w wygodnej formie kompendium wszystkie istotne elementy badania neurologicznego. Układ książki sprawia, że można po nią sięgać po wielokroć w poszukiwaniu szczegółowych wyjaśnień, ale znakomicie czyta się ją też od deski do deski.

Bogaty materiał ilustracyjny i oparta na wiarygodnych danych ocena wielu tradycyjnych metod badania sprawiają, że wiadomości zawarte w książce można łatwo wykorzystać w codziennej pracy. Lekarze klinycyści, zwłaszcza neurologi, neurochirurdzy, ortopedzi i psychiatry, odkryją w podręczniku skarbnicę informacji, których na próżno szukać w innych źródłach. Niezależnie od własnego doświadczenia znajdą w nim dostęp do sprawdzonej w praktyce wiedzy, gromadzonej od ponad stu pięćdziesięciu lat z myślą o spotkaniu lekarza z pacjentem potrzebującym pomocy.

dr hab. med. Wojciech Turaj

Original English edition
published by Wolters Kluwer

 Wolters Kluwer


URBAN & PARTNER

ISBN 978-83-66067-89-9



9 788366 067899

www.edraurban.pl