

13. Bevezetés a betegvizsgálatba

Az egészségügyben dolgozók és az egészségtudományi képzésben részt vevő hallgatók a korábbiakban csak néhány alapvető fizikális diagnosztikai módszert alkalmaztak. A kor követelményei, a kompetenciaszintek bővülése szükségessé teszi, hogy a különféle beavatkozások mellett a betegvizsgálattal kapcsolatban is részletesebb ismeretekkel, készségekkel rendelkezzenek. A mentőtiszt megfelelő szintű helyszíni betegvizsgálata elengedhetetlen a diagnózis felállításához és az elsődleges ellátás megkezdéséhez. Emellett az ápolók ilyen irányú ismereteinek a szélesítésére is szükség van, mivel feladatkörök bővülése, a specializálódás okozta további tevékenységek elvégzése, ill. ezen tevékenységek hatékonyságának az ellenőrzésében nélkülözhetetlen a beteg állapotának részletesebb felmérése. A készségek elsajátítása által a szakdolgozók segítséget tudnak nyújtani a korai diagnózis felállításában, és pontosabban fel tudják mérni a rájuk bízott beteg állapotát [1]. Ezek együttesen a beteg mielőbbi gyógyulását, állapotjavulását eredményezhetik. Fontos már az elején hangsúlyozni, hogy mind az anamnézis felvételének, mind a fizikális vizsgáló módszereknek akkor vesszük igazán hasznát, ha egyrésztől gyakran használjuk őket („gyakorlat teszi a mestert”), másrésztől, ha a későbbiekben a klinikai tantárgyakat (pl. belgyógyászat, sebészet, ideggyógyászat) is kellő mélységben elsajátítjuk. Számos nyugati felmérés szerint az így megismert és elsajátított készségek kellő gyakorlással szinte ugyanolyan megbízható és értékelhető információt jelentenek a diagnózis felállításához, mintha orvosok végezték volna [2, 3, 4]. Jelen fejezet magába foglalja a fontosabb, napjainkban is gyakran előforduló betegségek diagnosztizálásához szükséges anamnézis (kórelőzmény) felvételének menetét, jellegzetességeit, valamint szervrendszerenkénti bontásban a fizikális (eszköz nélküli) vizsgálatok kivitelezését és értékelését. Ezzel nagymértékben lehet szűkíteni a potenciális betegségek körét; a megfelelően elvégzett fizikális vizsgálatok pedig további segítséget jelentenek a diagnózisalkotásban.

Első találkozás a beteggel

Talán a legnehezebb feladat az első találkozás során felmérni betegünk állapotát, hiszen nem ismerjük korábbi betegségeit, valamint el kell nyernünk a bizalmát, hogy minél részletesebben tudjuk felmérni az állapotát. A beteg bizalmának elnyerése fontos, mert ez a későbbiekben alapjában határozza meg a hatékony együttműködést, a diagnózisalkotást, a hatékony terápiát, a beteg további életvitelét. A beteg bizalmának elnyerésére az első pillanatoktól kezdve nagy figyelmet kell fordítani. A betegek orvoshoz, egészségügyi személyzethez való fordulását általában egy, a betegben lezajló folyamat előzi meg, melynek során számos tényezőt figyelembe véve mérlegel. Ezek a tényezők természetesen nagyon sokrétűek lehetnek, de általában a panaszok súlyossága vagy rosszabbodó volta, ezen belül is a fájdalom mint tünet jelenléte az, ami nagymértékben hozzájárul az orvoshoz forduláshoz. Az anamnézis felvétele során komoly befolyásoló tényező lehet, hogy a beteg panaszait akár el is hallgathatja, pl. a keresőképtelen állományba vétel elkerülése végett. Ezek ismerete és figyelembevétele fontos, hogy a beteg a lehetőségekhez mérten legjobb ellátásban

részesüljön a, és ez a lehető legkevesebb nehézséget okozza neki. A további befolyásoló tényezők részletes tárgyalásával az orvosi szociológia foglalkozik.

Kommunikáció

Az itt ismertetettek jobb állapotú beteg és az egészségügyi személyzet között kialakult kommunikáció folyamatát, jellegzetességeit ismertetik. Kritikus állapotú beteg kikérdezése során a fenyegető következmények elkerülése érdekében csak a diagnózishoz, ellátáshoz feltétlenül szükséges információkat kérdezzük meg. Az állapotjavulás után már a hiányzó, kevésbé fontos adatokról is felvehetjük az anamnézist a betegtől, esetleg hozzátartozójától. Először is hangsúlyoznunk kell, hogy a megfelelő kommunikáció pozitívan befolyásolja a bizalom kialakításának folyamatát, és javítja a betegek egészségi állapotát. A beteg bizalmának elnyerése érdekében lehetőség szerint figyeljünk a következőkre:

Megfelelő előkészület Az egészségügyi dolgozó és beteg közötti kommunikáció helyszíne befolyásolhatja a beteg panaszainak felszínre hozását és a későbbi betegvizsgálatot. Ideális esetben csendes, személyes teret kellene biztosítani a megfelelő kommunikációhoz, melyet könnyebb megteremteni magánrendelőben, mint kórházban. Előnyt jelent, ha van a kórházi osztályon egy erre kialakított vizsgálóhelyiség. A kórházban gyakran egyéb személyzet is jelen lehet (pl. tanulók, rezidensek), így adott esetben e személyek bemutatása is szükséges lehet. Ügyeljünk külső megjelenésünkre, viselkedésünkre. A váladékkal szennyezett ruházat, nem megfelelő higiénia és nem megfelelő attitűd negatív irányba befolyásolhatja az el sem kezdődött beszélgetést.

Bemutatkozás Fontos, hogy a betegre tekintve, megfelelő köszönés után mondjuk el nevünket, és hallgassuk meg a beteg nevét is. Ennek jelentősége általában az első találkozáskor a legnagyobb mind a beteg, mind az egészségügyi személyzet minden tagja részéről.

A probléma meghallgatása Lehetőség szerint először kérdezzünk rá, a beteg miért keresett fel bennünket, milyen panaszai vannak. Használjunk a beszélgetés/állapotfelmérés elején nyitott kérdéseket, hiszen a beteg a számára fontos panaszokat mondja el, általában azokat, melyek megszüntetése/kezelése fontos a megfelelő életminőség kialakításához. Az első lépés az egészségügyi személyzet részéről az „aktív hallgatás”. A meghallgatás általában néhány percig tart, ezek alapján már körvonalazódik, merre is vigyük tovább a beszélgetés folyamatát. A főbb panaszok jellegét is részletesen, inkább nyitott kérdések formájában tárjuk fel mélyebben (pl. Milyen jellegű a mellkasi fájdalma, hogy jellemeznéd?), tisztázzuk a bennünk felmerülő kérdéseket (pl. Kisugárzik valahová még a mellkasi fájdalma?). A betegtől – jelen panaszainak elmondása mellett – számos gyakori betegség tünetére is rá kell kérdezni, hiszen az életkor előrehaladtával akár több betegsége is lehet. Ha nem ismerjük a beteg kórtörténetét, fontos felmérni más szervrendszerek esetlegesen fennálló egyéb eltéréseit. Néha ezek a betegségek egymással társulva ronthatják egymás lefolyását.

Részletes belgyógyászati/sebészeti vizsgálat során fontos felmérni a következő tünetek/panaszok meglétét:

- Légzés.
- Köhögés, köpet.
- Mellkasi fájdalom.
- Vizenyő (ödéma).
- Széklet, a székelés jellege.
- Vizelet, a vizezés jellege.
- Alvás.
- Fájdalom.
- Étvágy.
- Hányás.
- Testsúlyváltozás.
- Láz.
- Fizikai terhelhetőség.

Anamnézis (kórelőzmény) felvétele

Az anamnézis vagy más néven kórelőzmény felvétele segít nekünk abban, hogy a beteg állapotát/betegségét be megfelelő „életkörnyezetbe” tudjuk beilleszteni. Segít továbbá felismernünk, hogy az adott állapot egy folyamat része, vagy esetleg rövidebb ideig fennálló önálló betegség. Az anamnézis felvételére általában a beteg fő panaszainak meghallgatása után kerül sor.

Autoanamnézis - heteroanamnézis A kórelőzményt normál körülmények között a beteg által elmondottakból állítjuk össze, ezt autoanamnézisnek, a betegről és/vagy betegségének körülményeiről mástól nyert kórtörténetet heteroanamnézisnek nevezzük. Heteroanamnézis nyerhető egészségügyi személyzet másik tagjától, gyermeknek szülőjétől, zavart tudatú és eszméletlen beteg hozzátartozójától. Fontos, ha olyan esettel találkozunk, ahol az autoanamnézis nem vehető fel a betegtől, a hozzátartozót – ha jelen van – addig ne engedjük eltávozni, amíg a heteroanamnézist nem vettük fel, így akár a vizsgálat teljes ideje alatt a beteg mellett tartózkodhat.

Az anamnézisek fajtái Mivel a kórelőzmény a beteg számos életkörülményét figyelembe veszi, a lehető legteljesebb feltérképezéshez az anamnéziseket fajtáik szerint csoportosíthatjuk.

Az anamnézis lehet:

- Szociális anamnézis.
- Családi anamnézis.
- Foglalkozási anamnézis.
- Szexuális életre, nemi működésekre vonatkozó anamnézis.
- Farmakológiai anamnézis.
- Transzfúziós anamnézis.

Mivel a betegségek kialakulását nagymértékben befolyásolja a betegek életkörülménye, élettere, ezek felmérése kiemelten fontos. Régóta ismert tény, hogy számtalan betegség kialakulása, lefolyása függ a beteg életkörülményeitől, társadalmi státusától stb.

A szociális anamnézis felvétele során a betegről a felsoroltakat szokták megkérdezni:

- Családi állapot (esetleg annak megjelölése kivel él együtt, gondozás alatt áll e).
- Iskolázottság.
- Lakhely (jellege/távolsága az egészségügyi ellátóhelyektől)
- Anyagi körülmények.

A káros szenvedélyek felmérése szintén fontos. Káros szenvedély alatt konvencionálisan az alkohol-, kávéfogyasztást, dohányzást értjük, de természetesen ide sorolhatjuk az egyéb - legális vagy illegális - egészségre hatással lévő szerek tudatos fogyasztását is.

A foglalkozási anamnézis az előzőhöz szorosan kapcsolódó anamnézisformát jelent. Ilyenkor azonban nem a munka anyagi következményeit nézzük, hanem az esetleges munkahelyi tényezők szerepét a betegség kialakulásában. A beteg előző betegségeinek az ismerete szintén fontos a jelen állapot értékeléséhez. Főként olyan betegségeket kell megkérdeznünk, melyek feltehetően tartós károsodást jelentettek, így a nagyobb baleseteket, műtéteket, a gyermekkori betegségeket, krónikus betegségeket (cukorbetegség, magas vérnyomás betegség, idült hörghurut). Családi anamnézis alatt szűken csak a családban előforduló betegségek feltérképezését értjük. A családi anamnézis felvétele során leginkább az egyenes ági felmenők, leszármazottak körében (szülők, gyermekek, testvérek) előforduló betegségeket, halálokokat érdemes kideríteni. A szexuális életre vonatkozó kérdéseket a gyakorlatban leginkább csak a nőktől kérdezik meg, kivéve urológiai, andrológiai probléma esetén, amikor a férfiakat is meg kell kérdezni e témáról. Farmakológiai anamnézis alatt a beteg jelenlegi gyógyszereszedésére vonatkozó ismeretek felmérését értjük. Ilyenkor megkérdezzük, milyen gyógyszereket, mennyit, mennyi ideje szed a beteg, ill. észlelt-e valamilyen problémát a gyógyszereszedéssel kapcsolatban. A farmakológiai anamnézis felvétele kiemelt jelentőségű, mivel ennek elmulasztása komolyabb következményekkel járhat, mint pl. gyógyszer-túladagolás, allergiás reakciók. A farmakológiai anamnézis azonban nem jelenti feltétlenül csak a korábban, orvos által felírt gyógyszerek szedését. Minden, a beteg által szedett gyógyszert, gyógyhatású készítményt jegyezzünk fel. Emellett minden esetben meg kell kérdezni a beteg eddig ismert gyógyszerallergiáit (túlérzékenységét), hogy elkerüljük az esetleg súlyosabb szövődményeket. Ezen információkat minden esetben a beteg dokumentációjában, jól látható helyen (jól láthatóan kiemelve, CAVE: szer neve) fel kell tüntetni, hogy minden további ellátó személy korán tisztába legyen ezekkel.

Mindezek alapján a beteg panaszainak meghallgatása és az anamnézis felvétele relatíve hosszú időt vehet igénybe, főként az első alkalommal. A további vizitek, találkozások során elég az utolsó találkozás óta eltelt eseményeket, változásokat megkérdezni.

Dokumentáció

Amikor az anamnézis felvétele befejeződött, fontos pontos dokumentáció elészítése. A beteg panaszainak leírásakor törekedjünk arra, hogy a beteg saját szavaival elmondott panaszait szó szerint írjuk le. Ne csak a feltételezett konkrét diagnózisokat rögzítsük. A jó dokumentáció átlátható, kellő részletességgel tartalmazza a beteg panaszait, korábbi betegségeit, a beteg által szedett gyógyszereket, valamint az ezekhez kapcsolódó egyéb információkat. Az így elkészített dokumentáció segítségül szolgál a kollégáknak is, hogy a beteg korábbi állapotát kellő részletességgel fel tudják mérni, emellett - mivel jogi értelemben vett okirat -, ezért a későbbiekben jelentőséggel bírhat kétes esetekben. A magunk védelme érdekében is szükséges, hogy minden fontosabb információ írásban rögzítve legyen.

Összegzés, javaslatok

Végezetül tisztázni kell, hogy melyek a számunkra fontos információk, és össze kell foglalni a betegnek az általunk tapasztalt eltéréseket. Törekedjünk arra, hogy amikor ezeket az információkat közöljük a beteggel, azt megfelelő módon tegyük. Nyugodt körülmények között röviden mondjuk el, mit tapasztaltunk, ügyelve a szoros szemkontaktusra. Bizonyosodjunk meg, hogy a beteg megértette, amit közöltünk vele, sőt hagyjunk időt arra is, hogy ezeket az új információkat felfogja. Mindezek pontos kivitelezése, betartása törvényes kötelessége is az ellátónak (1997. évi CLIV. törvény).

A fizikális vizsgálatok alapjai

Fizikális vizsgálómódszerek alatt azoknak a módszereknek az összességét értjük, amikor egyszerű módon, saját érzékszerveinkre hagyatkozva regisztrálunk, és a vizsgálatok kivitelezéséhez általában eszközök nem szükségesek. A fizikális vizsgálatoknak fontos helyük van a diagnózisalkotásban, szerepüknek a modern képalkotó, laboratóriumi és egyéb diagnosztikai lehetőségek mellett sem szabad háttérbe szorulni.

A beteg kivizsgálásának menete általában a következő:

- Jelen panaszok kikérdezése.
- Anamnézis felvétele.
- Fizikális vizsgálatok.
- Laboratóriumi és eszközös vizsgálatok.

A fejezet hátralévő részében főként a belgyógyászati fizikális vizsgálatokat és azok értékelését részletezzük. Konvencionálisan a **fizikális belgyógyászati vizsgálatok 4 alapszabványát** használjuk, melyek használhatók a légzőrendszer, a szív és az érrendszer, a hasi szervek eltéréseinek vizsgálatára.

- Megtekintés (inspekció, inspectio).
- Tapintás (palpáció, palpatio).
- Kopogtatás (perkusszió, percussio).
- Hallgatózás (auszkultáció, auscultatio).

A **neurológiai betegvizsgálati módszerek** ettől eltérően idegrendszer főbb részeinek megfelelően csoportosíthatók, melyek belül a következőket különböztetjük meg:

- Koponya-, gerinc- és meningealis izgalmi jelek keresése.
- Az agyidegek vizsgálata.
- Az érzőrendszer működésének vizsgálata.
- A motoros rendszer működésének vizsgálata.
- Az egyensúlyozás és a mozgáskoordináció vizsgálata.
- Magasabb rendű funkciók vizsgálata (eszmélet, tudat, kérgi működések, pszichés funkciók).

Nagyobb terjedelme miatt a neurológiai betegvizsgálat részletes leírását azonban nem ismertetjük.

Megtekintés

A megtekintés már a beteg első megpillantásától kezdődik. Megfigyeljük megjelenését, testalkatát, mozgását miközben felénk közeledik, leül a vizsgálóban, esetleg az ágyban, ülőkocsiban felvett testhelyzetét. Sokszor már ezek a jelek nagymértékben segítik a diagnózis felállítását. Az első benyomás mindig fontos, és minél tapasztaltabb a vizsgáló, annál több információt képes ebből szerezni. Az első benyomás a betegről általában a bennünk kialakult megérzések, korábbi tapasztalatok összessége. Az első benyomás alapján néha döntení kell, hogy a beteg kritikus állapotban van-e, és esetleg gyors beavatkozásra szükség van-e. A megfigyelést természetesen akkor végezzük el részletesebben, amikor a beteget a lehetőségekhez mérten levetkőztettük, ügyelve szeméremérzetére.

Bőr Levetkőzése után a bőrön lévő elváltozások figyelhetők meg először. A bőr nagyobb területén, szisztémásan látható színbeli elváltozások leggyakoribb okai a következők:

- Vérszegénység (anaemia) – a hemoglobinszint csökkenése miatt.
- Szederjesség (cyanosis) – a redukált hemoglobin színjének emelkedése miatt.
- Sárgaság (icterus) – bilirubinfelhalmozódás miatt.
- Vaslerakódás (haemosiderosis, haemochromatosis) stb.

Ezek az elváltozások jelentősek, ám pontos okaik sok esetben csak alaposabb vizsgálattal tisztázhatók.

A bőr megtekintése után az inspekcíót általában felülről (fejtől) lefelé (alsó végtagokig) végezzük.

Fej-nyak régió Belgyógyászati szempontból a szem megtekintésekor nyilatkozni lehet a szem helyzetéről a szemüregben (pl. kidülledt-besüllyedt), a kötőhártya erezettségéről és a sclera (ínhártya) színéről. A látással kapcsolatos eltéréseket, a pupillaeltéréseket, szemmozgászavarokat részletesen a neurológia betegvizsgálat tárgyalja.

A nyakon elhelyezkedő szervek közül a pajzsmirigy, a gége alakjának és középvonalban való elhelyezkedésének, valamint a kórosan megnagyobbodott nyirokcsomók megtekintése lehet fontos.

Emlő Az emlőket panaszmentes esetben is mindig alaposan nézzük meg, alakjukat - a beteg álló és fekvő helyzetében is - az ellenoldalival hasonlítsuk össze. Emellett ítéljük meg az emlők bőrét, a rajtuk lévő behúzódnásokat, színbeli elváltozásokat, a mellbimbók és a bimbóudvarok állapotát. A többi testtájék megtekintésével kapcsolatos ismereteket a későbbiekben szervrendszerenként, részletesen tárgyaljuk.

Tapintás

A tapintás során az emberi testen lévő, a test felszínéhez közel elhelyezkedő eltéréseket keressük, a testben lezajló folyamatokat (pl. pulzustapintás) vizsgáljuk. Rutin belgyógyászati vizsgálat keretében a következő képleteket tapintjuk meg:

- Perifériás pulzusok (a. radialis, a. dorsalis pedis, a. tibialis posterior), ezek hiányában centrálisan keresünk (a. carotis, a. femoralis, a. brachialis).
- A bőr jellege (meleg-hideg, száraz-nedves, fájdalmas-fájdalmatlan).
- Ödémák.
- Nyirokcsomók.
- Pajzsmirigy.
- Emlő.
- Szívcsúslökés.
- Mellkaskitérés, mellkasrezgés (pectoral fremitus).
- Has.

A pulzusok tapintásával kapcsolatosan utalunk a korábban tanultakra. A különböző testtájékok tapintása során a beteg által fájdalmasnak jelzett területeket meg kell tapintani, de a jobb értékelhetőség érdekében a fájdalmas területeket vizsgáljuk utoljára.

Ödémák

Az ödémák számos szerv/szervrendszer nem megfelelő működése miatt jelenhetnek meg, de minden esetben meg kell figyelni a következőket:

- Az ödéma elhelyezkedése a gravitációs viszonyoknak megfelelő-e?
- Az ödéma szimmetrikus jellegű-e (főként végtagok esetén)?
- Az ödéma az ujjbenyomatot tartja-e?

Mivel az alsó végtagon jelentkezik a leggyakrabban a vizenyő, így az alsó végtagi ödémák elkülönítése fontos lehet. Osztályozási lehetőségeik: Féloldali formában megjelenő ödéma okai: thrombophlebitis, mélyvénás thrombosis, orbánc, a nyirokkeringés zavara. Szimmetrikus formában megjelenő ödéma okai: szívelégtelenség, veseelégtelenség, a vér összetételének megváltozása, májbetegség.

Nyirokcsomók vizsgálata Egy érintett szerv gyulladása, egyéb megbetegedése esetén az adott területről elvezetett nyirok számos kórokozót/ gyulladást tartalmaz, melyek a regionális nyirokcsomóban válaszreakciót okoznak, ennek következtében a nyirokcsomók megnagyobbodhatnak, fájdalmassá válhatnak. Normális körülmények között az ép nyirokcsomók nem tapinthatók.

A nyirokcsomók vizsgálatakor (13-1. ábra) a következőket kell figyelembe venni.

- Nyirokcsomó elhelyezkedése, érintett nyirokcsomók száma.
- Érintett nyirokcsomó szimmetrikussága/hány testtájékon található.
- Az érintett nyirokcsomó tapintata/fájdalmassága.
- Az érintett nyirokcsomó elmozdíthatósága, környezethez való viszonya.
-

Pajzsmirigy

A pajzsmirigy tapintható a beteggel szemben vagy a háta mögött állva. Általában mindkét kezünk mutató-, középső és gyűrűsujjának ujjbegyével tapintjuk a szervet, úgy hogy először a beteg pajzsporcára helyezzük ujjunkat, majd onnan oldal felé indulva keresünk egy mirigyes tapintatú területet. A mirigyes tapintatot minden irányban körültapintva a pajzsmirigy széleit és ezáltal a nagyságát határozhatjuk meg. A vizsgálat során figyelünk az esetleges fájdalmasságra, a tapintat minőségére, az állományon belüli eltérő keménységre/konzisztenciára, esetleg göbökre. A vizsgálatot általában a beteg pajzsmirigye nyelés közben történő elmozdulásának a megítélésével fejezzük be. Ha a pajzsmirigy bármely előbb felsorolt jellemzője eltér a normálistól, további vizsgálatra lehet szükség [5, 6].

Emlő Rutin belgyógyászati kivizsgálás keretében csak tájékoztató jelleggel végzik vizsgálatát, részletesen akkor, ha a beteg panaszai erre a régióra lokalizáltak. Nők esetén az emlőt rutinszerűen a nőgyógyászati vizsgálat során vizsgálják. Az átvizsgálás menete hasonló, mint az emlő önvizsgálata során is kivitelezendő mozdulatsor és sorrend.

Kopogtatás

A kopogtatás alapelvei Kopogtatás során egyik kezünket a beteg kopogtatni kívánt testrészére helyezzük, és a középső ujjunkat szorosabban rányomva tartjuk, míg a másik kezünk középső ujjának végpercével ütéseket mérünk a betegre helyezett kezünk középső ujjának középső ujjpercére (13-2. ábra).

A kopogtatás során nyert hangot számos tényező befolyásolja:

- A kopogtatott szerv légtartalma (ez az egyik legfőbb meghatározó tényező).
- A kopogtatott terület nagysága.
- A kopogtatás erőssége.
- A kopogtatott ujj nyomásának erőssége a beteg mellkasára..
- A kopogtatott szerv feletti részek összetétele (mellkas és hasfal összetétele).

Fontos tudni, hogy csonton/csontos alapon belgyógyászati vizsgálat keretében nem/ritkán kopogtatunk, mivel tömörsége miatt a rezgések visszaverődnek róla, így nem informál bennünket a mélyebben fekvő szervek állapotáról. Kopogtatás során a testfelszínen keltett rezgések a test mélyebb rétegei felé haladnak, majd a testben lévő különböző határfelületekről (sűrűségkülönbségek határáról, szervek határáról) részben vagy egészben visszaverődnek. Ezeket a visszavert rezgéseket különböző hangokként érzékeljük, értékeljük.

Hallgatózás

A hallgatózás kivitelezésének számtalan formáját használták és használják napjainkban is, de általában a kisebb területről jövő hangok fonendoszkóppal/sztetoszkóppal való észlelését értjük alatta. Ezek a hangok a testben lezajló normális vagy kóros folyamatokból származnak, melyek szervenként eltérőek lehetnek, így részletesen az adott fejezetrészekben foglalkozunk velük. Hallgatózás során a test felszínére helyezett fonendoszkóp fejével (annak harangos vagy membrános részével) végezzük a vizsgálatot. A fonendoszkópok számos fajtája érhető el hazánkban. Általánosságban elmondható, hogy a modern fonendoszkópok már képesek a különböző rezgésfrekvenciájú hangokat felerősíteni. Általában a harangos résszel az alacsonyabb, a membrános résszel a magasabb frekvenciájú hangokat lehet jobban hallani. Igyekezzünk az egyéb zavaró tényezőket, mint külső zajokat, a szőrzet- vagy izommozgásból adódó zörejeket kizárni.

A testben normális körülmények között a következő folyamatok keltenek hangot:

- A levegő gyors áramlása a hörgőkben.
- A levegő által megrezegtetett alveolusok fala.
- A szívbillentyűk nyitódása és záródása.
- A bélműködés során keltett „korgó” jellegű bélhangok.

Az egyes szervrendszerek fizikális vizsgálata

A cardiovascularis rendszer vizsgálata

A legtöbb szív eredetű betegség a kórfolyamat elején általában tüneteket nem okoz.

A szívbetegségek leggyakoribb tünete:

- Mellkasi diszkomfortérzés/fájdalom.
- Nehézlégzés.
- Szívdobogásérzés.
- Hirtelen kialakuló, rövid ideig tartó eszméletvesztések.
- Ödémák.

A fizikális vizsgálatok elvégzését minden esetben meghatározza a beteg általános állapota. Súlyos, keringésmegállással fenyegető állapotokban a gyors beavatkozás az elsődleges, csak az állapot viszonylagos stabilizálása után kerül sor általában a részletes betegvizsgálat elvégzésre. Az alábbi vizsgálati sorrend a hemodinamikailag (keringésükben) stabil betegek vizsgálatakor alkalmazandó. A tudati és az általános állapot (elesettség, gyengeség, nehézlégzés, cyanosis, ödémák) felmérése mellett fontos paraméter a beteg állapotáról, annak vérnyomása.

Megtekintés

A betegek megtekintése a cardialis állapot felmérése szempontjából fontos, ám legtöbbször csak a súlyos szívelégtelenség jeleit/tüneteit (nehézlégzés, cyanosis, ödéma, a vena jugularis externa kidülledése) fedezhetjük fel könnyen. A szívhez közeli nagyerekben történő nyomásváltozások és azok jelei azonban segítségünkre lehetnek. Az artérián tapintható

pulzáció mellett a vénás pulzáció vizsgálata is segíthet a nagyvérköri nyomás meghatározásában.

Tapintás

A szív viszonylatában a tapintásnak - a megfigyeléshez hasonlóan - viszonylag kisebb jelentősége van. A szívcsúcslökések helyének megváltozása a szív megváltozott helyzetére utal (13-3. ábra). A súlyosabb szívbillentyű-betegség okozta zörejek szintén okozhat mellkaskalon tapintható rezgéseket. Ezek helye és jellege hasonló a szív hallgatósága során hallott zörejek jellegzetességeivel.

Mellkasi panasszal rendelkező - főként fiatal - betegek esetén gondolni kell mellkasi/mellkasközeli izmok, ízületek érintettségére is, ilyenkor a panasz egy korábbi nagyobb fizikai megterhelés következménye. Ilyen esetekben érdemes a mellkas izmait részletesen végigtapintani, érzékeny vagy fájdalmas részeket keresve a mellkason. Az igazi ischaemiás mellkasi fájdalom általában nem határozható (mutatható meg) egy jól meghatározott pontként a mellkason.

Kopogtatás

A szív kopogtatásának elsődleges célja a szív határainak meghatározása. Ehhez természetesen ismerni kell a szív elülső mellkasközi vetületét, melyet a 13-4. ábrán láthatunk. A szív normális határainak ismerte fontos, mivel mindig ezekhez kell viszonyítanunk a kikopogtatott határt.

Hallgatóság

A szív hallgatósága (a normál szívhangok és zörejek) a szív működésének egyik legfontosabb fizikális vizsgálómódszere. A szív feletti hallgatásakor legfőképpen a szívbillentyűk működését ítéldhetjük meg. Emellett - főleg kóros esetben - a szívcsővény defektusait, a szívcsővény gyulladásának dörzszörejeit fedezhetjük fel.

A légzőrendszer vizsgálata

A légzőrendszer betegségének tünetei gyakran nehézlégzés, hallhatóan kóros légzési hang, cyanosis, köhögés, köpetürítés és mellkasi fájdalom. A légzési segédizmok (m. sternocleidomastoideus, m. serratus anterior, hasizmok) használata sokszor érzékenyebben jelezheti, hogy a betegnek többletmunkát kell végeznie, hogy megfelelő mennyiségű oxigénhez jusson. A légzőszervi betegségek tünetei sokszor túl általánosak, átfedéseket mutatnak, így a tüdő fizikális /eszközös vizsgálatával kiegészítve juthatunk csak pontosabb diagnózishoz.

Dyspnoe A dyspnoének (nehézlégzésnek) számtalan definíciója létezik, a legátfogóbban talán úgy lehet megfogalmazni, hogy a beteg észreveszi (tudatosan benne), hogy levegőt vesz, amit szubjektív érzésként/nehézségként él meg.

A légzési nehézség jellegzetességei fontosak lehetnek számunkra, ezért tisztázni érdemes a következőket:

- Mikor jelentkezik a nehézlégzés? - Nyugalomban. - Terhelésre (mekkora terhelésre).
- Valamely külső tényező (pl. Allergén) jelenlétekor.
- Mennyi ideig tart?
- A beteg a légzés mely fázisát érzi nehezítettnek?
- Spontán vagy terápiára szűnik?
- Mennyire korlátozza a beteget mindennapi tevékenységében?
- Társul-e hozzá egyéb tünet, pl. cyanosis, légzési segédizmok használata?

Megtekintés

Tekintsük meg először a beteg mellkasát egészében, figyeljük meg az esetlegesen fennálló mellkasi deformitásokat. Ezt követően a mellkasi kitéréseket és azok szimmetrikus jellegét értékeljük.

Mellkasi deformitások

A mellkasi deformitások, főként a gerinc súlyosabb oldalirányú görbületei („gerincferdülés”, scoliosis), gyakran érintik a háti csigolyákat, ezáltal módosíthatják a bordák lefutását. A scoliosis gyakori velejárója, hogy a mellkas egyik oldalán elhelyezkedő bordák egymáshoz túl közel kerülnek, így akadályozzák a légzőmozgásokat. A mellkas alaki eltérései sokszor olyan látványosak, hogy már első megtekintésre is alapos gyanút keltik bizonyos légzőszervi megbetegedéseknek. A hordó alakú mellkas a tüdőtágulásra (egy gyakori krónikus légzőszervi betegségre) jellemző.

A mellkas izmainak mozgásai

Figyeljük meg a légzőmozgásokat, a légzési segédizmok (m. sternocleidomastoideus, mm. pectorales, hasizmok stb.) használatát. Súlyosabb kórfolyamatoknál (pl. súlyos asthma bronchiale) az erőltetett légvételek alatt a bordaközi résben erőteljes behúzódnások láthatók.

A légzés jellege

Mérjük meg a ki- és belégzés időtartamát (egészséges egyénben a kilégzés ideje a hosszabb), ezáltal felfedezhető lesz, hogy a betegnek kilégzési és/vagy belégzési nehézsége van-e. A belégzési nehezítettség inkább a felsőbb légutak szűkületét (légcső, főhörgők), a kilégzési nehezítettség az alsóbb, kisebb hörgők szűkületét jelezheti, tehát a ki- és belégzési nehezítettségből következtetni lehet a megbetegedés helyére is.

A has fizikális vizsgálata

A has vizsgálata során kissé egyszerűsítve két szervrendszert tárgyalunk, a gastrointestinalis rendszert, valamint a vizeletelválasztó és -elvezető rendszert. A gastrointestinalis címszó alatt e fejezetrészben a bélrendszerhez funkcionálisan szorosan kötődő egyéb szerveket (máj, lép. epehólyag és hasnyálmirigy) is tárgyaljuk.

Amnéziszfelvétel gastrointestinalis (gyomor-bélrendszer) megbetegedésben

A következőkben pontokba szedjük a leggyakoribb panaszokat és a hozzájuk tartozó olyan kérdéseket, amelyeket érdemes feltárni a pontos diagnózisalkotáshoz.

Hasi fájdalom

Az egyik leggyakoribb panasz, amely esetén érdemes tisztázni a

- A fájdalom helye (pl. Jobb hypochondrium – epetáji fájdalom).
- Kisugárzási iránya (pl. A máj- és epefájdalmak a jobb lapocka felé, hasnyálmirigy-gyulladás esetén köldök körüli, övszerű).
- A fájdalom jellege (égő, maró, késszúrásszerű, görcsös).
- A fájdalom időbeli sajátosságai (epehólyagban lévő kő okozta tartós fájdalom).
- A fájdalom étkezéshez való viszonya (a nyombélfekélyes fájdalom étkezésre enyhül).
- A fájdalom gyógyszeres befolyásolhatósága (gyomorfekély esetén savcsökkentőre szűnő panaszok).
- Az egyéb kísérő panaszok (hányás, hasmenés, véres széklet).
- A székeléssel való esetleges összefüggés.

Étvág, étvágytalanság, „ételundor”

Az étvágycsökkenés fontos, ám sokszor nem elég informatív tünete a bélrendszeri betegségeknek. Egyrészt azért, mert egy egyszerű felső légúti fertőzés általános tünetei közt is szerepelhet az étvágycsökkenés, másrészt idősebb korban minden egyéb ok nélkül találkozhatunk csökkenő étvággal.

Hányinger (nausea), regurgitáció, hányás (vomitus)

A hányinger és a hányás az előzőhöz hasonlóan számos kórkép (sokszor nem specifikus) kísérője. A regurgitáció (visszaáramlás) során a gyomortartalom a nyelőcsőbe visszaáramlik ugyan, de az a külvilágba nem távozik. A regurgitáció, ill. a hányás során fontos kiemelni, hogy mindkét esetben aspiráció (félrenyelés) vagy légúti elzáródás fokozott veszélye állhat fenn. Erre főként olyan betegeknél kell gondolni, akik eszméletzavarban szenvednek. Hányás esetén a hányadék tartalmát mindig érdemes megtekinteni, többek között a benne lévő friss vagy emésztett vér fontos kórjelző.

Nyelési nehézség (dysphagia), fájdalmas nyelés (odynophagia)

A dysphagia legtöbbször szubjektív panaszként jelenik meg, sok esetben kimutatható ok (szűkület) nélkül is. Fájdalmas nyelést a nyelőcső megbetegedései mellett gyakran felső légúti, garat-, gégegyulladás esetén is tapasztalunk. A nyelési nehézség és a fájdalmas nyelés gastrointestinalis okai hasonlóak: a nyelőcső gyulladása (oesophagitis), ach

Gyomorégés (pyrosis), csuklás (singultus) Pyrosis esetén a beteg a sternum (szegycsont) mögött és/ vagy az epigastriális területen („gyomorszáj”) észlel égő fájdalmat, mely a torok irányába sugározhat. A gyomorégéshez hasonló tüneteket angina pectoris vagy szívizominfarktus is okozhat, így a cardialis jellegű panaszokra is érdemes rákérdezni. Csuklás során a rekeszizom hirtelen, akaratlanul összehúzódik, ami jellegzetes hangjelenséggel jár. A

csuklás hátterében mellkasi és hasi belső szervek, a légzőközpont izgalmi állapota állhat, de nem mindig ismert az ok.

Puffadás, fokozott bélgázosság

A belek gáztartalma felszaporodik, ami szubjektív panaszként, puffadásérzésként jelentkezik. A felhalmozódott gázok (főleg jelentős szűkület előtt) a bél simaizmának feszüléséhez vezetnek, ezáltal erős fájdalmat okozhatnak. A gázok felszaporodásának létrejöttében szerepet játszó tényezők:

- Több gáz jut/keletkezik a bélben, mert többet nyel a páciens (vagy a csecsemő), vagy bizonyos táplálék elfogyasztása után több keletkezik.
- A béltraktus vérellátása romlik, ezáltal a bélgázok felszívódása lassul (vena portae területén lévő pangáskor, pl. májcirrhosis).
- A bélgázok távozása akadályozott főként a bélperisztaltika romlása miatt.

Székrekedés (obstipatio), hasmenés (diarrhoea), fájdalmas székelés (dyschezia), véres széklet, melaena Obstipatióban a bélmobilitás lassulása általában ritkább székelést és megváltozott székletkonzisztenciát (száraz, kemény) von maga után. Hasmenés (diarrhoea) esetén a beteg a szokásosnál hígabb székletet ürít, gyakran együtt jár gyakoribb és nagyobb mennyiségű székletürítéssel. Az obstipatio, ill. a diarrhoea egyéb jellemzői más fejezetekben találhatók. A fájdalmas székelés leggyakoribb oka végbélgyulladás, a végbéltájék berepedése, aranyeres csomók gyulladása. A melaena általában magasabb bélszakaszból származó, részben emésztett és baktériumok által bontott fekete, kenőcsös jellegű, jellegzetes szagú székletet jelent. Véres széklet, ill. melaena esetén mindig gondoljunk gastrointestinalis daganatok esetleges fennállására. A széklet egyéb jellegzetességeit illetően utalunk más fejezetekre.

Sárgaság (icterus) Sárgaság megjelenésének számos kiváltó oka lehet. Ezek magukba foglalják a következő rendszerek, működések esetleges megváltozását:

- Fokozott vörösvértest-szétesés, fokozott bilirubinképződés.
- A máj csökkent bilirubinfelvétele.
- A máj csökkent bilirubinátalakító képessége.
- A májban, ill. a májon kívül az epeelvezető rendszer elzáródása, az ürülés lassulása.

Icterus esetén az elkülönítésben fontos lehet a vizelet és a széklet színének, minőségének, összetevőinek a további megtekintése, vizsgálata.

Amnéziszfelvétel az urogenitalis (vizeletelvezető)rendszer betegségében

Az urogenitalis rendszer betegségeivel számos terület szakemberei foglalkoznak. Mi itt a vese, a húgyvezeték és a húgyhólyag megbetegedéseiben tapasztalt panaszokkal foglalkozunk.

Hasi, deréktáji, vizeléskor jelentkező fájdalom

Az urogenitalis rendszer megbetegedései esetén is érdemes tisztázni a következőket:

- A fájdalom jellege (erős tompa: vesemedence gyulladás; görcsös).
- Helye (pl. vesetáji, deréktáji: vese).
- A kisugárzási irány (húgyvezeték mentén sugárzó: kő).
- A fájdalom időbeli sajátosságai (vizeléskor jelentkező: húgyhólyag-gyulladás).
- Kísérő panaszok (hányás, hányinger, véres vizelet).

A vizeletürítés gyakoriságának és a vizelet mennyiségi eltérései Az általános, minden betegről megkérdezendő panaszok között szerepel a vizeléssel és a vizelettel kapcsolatos eltérések megkérdezése.

Az információk pontos értékeléséhez fontos tudni a következőket:, hogy a beteg:

- Mennyi folyadékot fogyaszt naponta a beteg (víz, üdítő, leves stb. Együtt).
- milyen egyéb, fokozott víz-, folyadékvesztéssel járó állapot áll fenn.
- milyen gyógyszereket szed (főként vízhajtó).

Ezen ismeretek birtokában érdemes a vizelés és vizelet eltéréseit értékelni.

Kiemelendő, hogy a vizeletürítés számának megnövekedése nem minden esetben jár együtt nagyobb mennyiségű vizelet ürítésével (polyuria). Minden esetben érdemes megkérdezni a gyakori vizeletürítésre panaszkodó betegről, hogy egy-egy alkalommal mennyi vizeletet ürít. Kevés vizelet ürítése (oliguria) vagy anuria - az előbbi tényezők figyelembevételével - a beteg súlyos állapotát jelezheti, ezért a kiváltó okokat gyorsan keresni kell.

Véres vizelet (haematuria), a vizelet színbeli és minőségi eltérései Haematuria meglehetősen nem feltétlenül jár együtt látható vérrel a vizeletben (makroszkópos haematuria), a vér gyakran csak laboratóriumi vizsgálattal (mikroszkópos haematuria) mutatható ki. Mivel vér jelenléte a vizeletben ritkán tekinthető normális jelenségnek (pl. menstruáció alatt), ezért annak okát tisztázni kell. Egyéb ismereteket illetően a további fejezetekre utalunk.

Vizelettartási problémák E csoport magába foglalja a teljes spektrumot a vizelettartási képtelenség és a vizeletretenció között. Fontos annak felmérése, hogy a vizelettartási problémák milyen súlyosságúak és hogy milyen probléma állhat a kórkép mögött.

Ilyen okok lehetnek:

- Idegrendszeri megbetegedés/idegrendszeri érintettséggel járó szisztémás betegségek.
- Urogenitális gyulladás.
- Nőgyógyászati megbetegedések.
- Prostatamegbetegedések.
- Gyógyszer- (mellék-) hatás

A has vizsgálata előtt érdemes felidézni magunkban a hasi szervek elhelyezkedését, egymáshoz viszonyított helyzetüket. Mivel a hasüregben számos szerv fedi egymást, panasz esetén nehezebb elkülöníteni, hogy pontosan mely szerv lehet érintett.

Megtekintés

Általában a beteg hátán fekvő helyzetében tekintjük meg a hasat. A beteget megkérjük, hogy hasát tegye szabaddá úgy, hogy a teljes has, valamint az inguinalis tájék is könnyen megítélhető legyen.

A hason a következőket érdemes megfigyelni:

1. A has a mellkas nivójához képest milyen magasan helyezkedik el (magasabban helyezkedik el pl. ascites, meteorismus, nagyobb tumor esetén).
2. A has bőrén milyen elváltozások láthatók (pl. caput medusae, régebbi műtétek hegei).
3. A köldök vagy egyéb hasfali rész kitüremkedik-e (sérv fennállása miatt)?
4. Van-e terület, amely nem vesz részt a hasi légzésben (körülrít peritonitis)?
5. Aszimmetrikus-e a has?
6. A hason látható-e (bél)perisztaltika? (Vékony embereknél normálisan a bélmozgás látható.)

Álló testhelyzetben a lazább hasfal, az esetleges rejtett sérvek megléte könnyebben megítélhető.

Hallgatózás során számos fontos információt nyerhetünk, főként a belek működéséről

Ezt a has tapintása vagy kopogtatása előtt tegyük meg, mivel e beavatkozások megváltoztathatják a bélhangokat, így téves információt nyújthatnak a vizsgálónak.

A bélműködések olykor nagyon lelassulnak, ezért néha akár több percig is szükség lehet a has hallgatózására, annak érdekében, hogy biztosan tudjunk nyilatkozni a bélmozgások meglétéről/jellegéről

Egészséges emberben a bélmozgásokat kísérő bugyborékoló hangjelenség jelzi a normális bélműködést.

Tapintás

A hallgatózás mellett a has másik fontos vizsgálómódszere a tapintás. A has vizsgálata során a tapintásnak 3 fő célja van:

- Az izomvédekezés (défense musculaire) és a nyomásérzékenység megítélése.
- Egyéb hasfali eltérések (pl.sérvek) megítélése.
- Kóros hasi rezisztenciák, terimék keresése.

Mielőtt a tapintását elkezdenénk, megkérjük a hátán fekvő beteget, hogy térdben felhúzott lábakkal, hasizmait ellazítva feküdjön, két karját helyezze a törzse mellett. Amennyiben a beteg az anamnézis felvétele során hasra lokalizált fájdalmat jelzett, akkor az érintett területet tapintsuk utoljára. Ezzel elkerüljük a beteg további fájdalmas izomvédekezését. A vizsgáló a has tapintását végezheti egy vagy két kézzel is. Két kézzel való vizsgálat esetén is tarthatja a kezeit egymás mellett vagy egymáson.

Normális körülmények között a has puha, betapintható, kóros rezisztenciát nem észlelünk.

A mozgásszervek vizsgálata

A mozgásszervek vizsgálata általában nem terjed ki azok részletesebb vizsgálatára. A mozgásszervek tekintetében általában a durva alaki és funkcionális eltéréseket kell megemlíteni. A mozgásszervek működésbeli megítélése az idegrendszer működésével, vizsgálatával együtt értékelendő.

Mozgásszervinek tűnő panaszok esetén is végezzük el a következőket:

- Érdeklődjünk korábbi traumáról, ill. ortopédiai, reumatológiai, neurológiai, érsebészeti betegségekről.
- Az érintett végtag megtekintése.
- Az érintett végtag tapintása (hőmérséklet, duzzanat, deformitás, ödéma, gyulladás, mélyvénás trombózis stb. jeleit keresve).
- Az érintett végtagon perifériás pulzusok megtapintása (több helyen is).
- Az érintett végtag mozgásainak (aktív és passzív), mozgásterjedelmének a megvizsgálása.
- Az érintett végtag főbb érzésféleségeinek a vizsgálata.
-

Természetesen gyanú esetén a nem érintett testrészek részletes vizsgálatát is elvégezhetjük. Az érintett végtag összehasonlítása a nem érintett oldalival szintén segíthet.

A betegvizsgálatot idegrendszeri tünetek megléte esetén neurológiai betegvizsgálattal egészíthetjük ki, melyet e jegyzetben részletesen nem tárgyalunk.

Negatív belgyógyászati státus

1. Kp fejlett, kp táplált
2. Oedema, cyanosis, icterus nincs
3. Száj- és garatképletek
 - fogazat: ép/hiányos/pótolt/kivehető protézis
 - nyelv: nedves, lepedékmentes
 - lobmentes garatképletek
4. Nyirokcsomók, pajzsmirigy
 - lymphadenomegalia = lymphadenopathia egyik régióban sem tapintható - submandibularis - cervicalis - axillaris - inguinalis
 - mirigyek tapintatú, göbmentes pajzsmirigy
5. Mellkas, tüdő
 - részarányos mellkasváz
 - rekeszek jól kitérnek, szimmetrikusak (jobb rekeszkupola kissé feljebb)
 - teljes éles nem dobos tüdő kop. hang
 - légzés érdes, pangás, crepitatio egyik oldalt sincs

7. Cardiovascularis status

- pulzus, vérnyomás
- ritmusos szív működés, tiszta szívhangok, zöreij nincs
- varicositas (viszértágulat)nincs

8. Has

- ascites, sérv nincs
- has puha, betapintható, kóros rezisztencia, nyomásérzékenység nincs
- májtompulat megtartott, lép nem érhető el
- vesetájak, lumbalis régió, gerinc ütögetésre nem érzékeny
- bélhangok jól hallhatók! (rectalis digitális vizsgálat)

9. Mozgásszervi eltérések

- durva mozgásszervi alaki, funkcionális eltérés nincs.