
Badanie fizykalne 7.11.2025

WPROWADZENIE

Wykład obejmuje kompleksowe omówienie badania podmiotowego (wywiadu medycznego) oraz badania przedmiotowego (fizykalnego) jako fundamentalnych elementów diagnostyki pielęgniarskiej i medycznej. Badanie podmiotowe stanowi strukturalną rozmowę z pacjentem lub jego rodziną, mającą na celu zebranie informacji o stanie zdrowia i czynnikach go warunkujących. Wymaga to odpowiednich warunków, umiejętności komunikacyjnych oraz znajomości technik prowadzenia wywiadu. Badanie przedmiotowe wykorzystuje metodę 4O (oglądanie, obmacywanie, opukiwanie, osłuchiwanie) oraz pomiary antropometryczne do obiektywnej oceny stanu zdrowia pacjenta. Szczególny nacisk położono na prawidłową kolejność badania, techniki komunikacji terapeutycznej, metody zbierania wywiadu (w tym schemat AMPLE/SAMPLE i OLD CART), oraz ocenę ogólnego stanu pacjenta obejmującą budowę ciała, postawę, parametry antropometryczne i stan odżywienia. Materiał zawiera również specyficzne aspekty badania pacjentów pediatrycznych, w tym wywiad noworodkowy, ocenę rozwoju fizycznego i psychomotorycznego oraz charakterystyczne cechy poszczególnych grup wiekowych.

NOTATKI

Badanie ogólnego stanu zdrowia - punkt wyjścia

Badanie fizykalne rozpoczyna się od oceny ogólnego stanu zdrowia pacjenta. Jest to pierwszy, kluczowy etap, który ukierunkowuje dalsze postępowanie. Głównym celem tej wstępnej oceny jest określenie, czy pacjent jest bezpieczny i czy możemy przejść do szczegółowego zbierania danych, czy też konieczne jest natychmiastowe zabezpieczenie funkcji życiowych.

Dbamy przede wszystkim o bezpieczeństwo pacjenta. Jeśli podstawowe funkcje życiowe są zagrożone, zbieranie szczegółowego wywiadu musi zostać odroczone na rzecz działań ratujących życie. Dopiero po stabilizacji stanu pacjenta przechodzimy do dokładniejszej diagnostyki.

Badanie podmiotowe - wywiad medyczny

Istota wywiadu medycznego

Badanie podmiotowe to wywiad, rozmowa między pacjentem a osobą zbierającą informacje. W przypadku wywiadów medycznych jest to rozmowa dotycząca wyłącznie stanu zdrowia i wszystkich czynników, które mogą ten stan warunkować.

Rozmowę prowadzimy z:

- Pacjentem (gdy jest w stanie udzielić odpowiedzi)
- Rodziną pacjenta (w przypadku dzieci lub pacjentów niezdolnych do komunikacji)
- Świadcami wydarzenia (gdy pacjent uległ wypadkowi)

Kluczowa zasada: Interesują nas tylko i wyłącznie fakty dotyczące zdrowia i sytuacji, w której pacjent się znalazł. Nie zbieramy informacji niezwiązanych z problemem zdrowotnym.

Warunki wartościowego wywiadu

Aby wywiad był wartościowy, należy spełnić kilka podstawowych warunków:

Przygotowanie pomieszczenia:

- Osobne, wydzielone pomieszczenie zapewniające intymność
- Schludne, przytulne, ciepłe wnętrze
- Odpowiednie oświetlenie (nie za jasne, nie za ciemne)
- Wygodne krzesła dla pacjenta i osoby zbierającej wywiad
- Minimalizacja barier architektonicznych (np. wysokie biurko)
- Brak elementów rozpraszających (zwały dokumentów, przechodnie pomieszczenie)
- Odpowiednie ustawienie krzesła (światło nie może świecić pacjentowi w oczy)
- Zapewnienie, że nikt nie będzie przeszkadzał w rozmowie

Niestety, w polskich placówkach medycznych wciąż mamy braki w tym zakresie. Często wywiady zbierane są w warunkach, gdzie brakuje poczucia intymności i bezpieczeństwa, co utrudnia pacjentowi otwarcie się i dzielenie się intymnymi informacjami zdrowotnymi.

Kompetencje osoby zbierającej wywiad:

- Wiedza medyczna i doświadczenie
- Intuicja (pacjenci często bagatelizują najważniejsze objawy)
- Takt i obiektywizm
- Umiejętność niewpływania na odpowiedzi pacjenta (nie sugerowanie, nie naprowadzanie)
- Krytycyzm (rozpoznawanie symulacji lub dystymulacji)
- Świadomość, że każdy gest i słowo są obserwowane przez pacjenta

Komunikacja terapeutyczna - reguła trzech dziesiątek

W komunikacji z pacjentem kluczowe znaczenie mają pierwsze momenty kontaktu. Obowiązuje **reguła trzech dziesiątek**:

- Pierwsze 10 sekund
- Pierwsze 10 słów
- Pierwsze 10 gestów

Te elementy decydują o tzw. "dobrym wejściu" w komunikację. Jeśli w tym momencie źle się zaprezentujemy, tracimy zaufanie pacjenta, które później bardzo trudno odbudować.

Podstawowe zasady pierwszego kontaktu:

- Odpowiedni wygląd osoby zbierającej wywiad
- Przywitanie się z pacjentem
- Przedstawienie się (nie rozmawiamy jako osoba anonimowa)
- Profesjonalne zachowanie
- Kontrola języka ciała (komunikacja niewerbalna)

Pacjenci bardzo uważnie obserwują naszą mowę ciała. Często interpretują: "Niby powiedział, że wszystko jest dobrze, ale miał taką minę, że chyba mnie okłamuje". Dlatego nad komunikacją niewerbalną trzeba panować i dbać o to, żeby nie wysyłać sprzecznych komunikatów.

Ukierunkowanie wywiadu

Wywiad musi być ukierunkowany – zbieramy tylko informacje służące poprawie zdrowia pacjenta. Wymaga to:

- Wiedzy i doświadczenia (aby wychwycić istotne informacje, które pacjent może bagatelizować)
- Taktu i obiektywizmu
- Umiejętności niedopuszczania do sugerowania odpowiedzi
- Krytycyzmu wobec prób symulacji lub dystymulacji

Wszystko, co w czasie rozmowy powiemy i zrobimy – każdy gest, każda drobna czynność (np. poprawianie czegoś na biurku) – będzie przez pacjenta zauważone. Dla niego to wyjątkowa sytuacja i w zależności od jego charakteru może to utrudniać zdobycie zaufania.

Szacunek dla odmienności kulturowych i religijnych

Od czasu wejścia Polski do Unii Europejskiej duży nacisk kładzie się na szanowanie każdego pacjenta z punktu widzenia jego:

-
- Pochodzenia
 - Religii
 - Odrębności kulturowych

Jako pielęgniarki mamy obowiązek podejścia do pacjenta z odpowiednią postawą, aby nie urazić jego odczuć religijnych i kulturowych. Nie musimy współuczestniczyć w tych zachowaniach, ale musimy je szanować.

Relacja interpersonalna

Ważne jest ustawienie relacji interpersonalnej na początku – grzecznie, z poszanowaniem wzajemnym, ale z jasnym celem: zbieramy informacje, aby zapewnić bezpieczeństwo i udzielić pomocy. To zdrowa relacja interpersonalna, gdzie jesteśmy profesjonalistami przygotowanymi do takiej rozmowy.

Prowadzimy rozmowę:

- Z pełnym szacunkiem
- W sposób ciepły
- Bez nadmiernego krytycyzmu
- Bez wynoszenia się ponad pacjenta
- Dostosowując poziom rozmowy do pacjenta

Kontrolujemy język ciała (komunikację niewerbalną). Pacjenci, będąc w sytuacji niekomfortowej (szwankuje im zdrowie), bardzo mocno obserwują naszą mowę ciała.

Techniki ułatwiające prowadzenie wywiadu

1. Aktywne słuchanie

Najważniejsza technika – trzeba być dobrym słuchaczem. Musimy:

- Być skupieni na tym, co pacjent mówi
- Dawać sygnały, że słuchamy (przytakiwanie głową, "aha", "tak", "proszę opowiedzieć więcej")
- Prosić o dopowiedzenie, wyjaśnienie

Te proste sygnały niewiele nas kosztują, ale dla pacjenta są informacją, że jest słuchany naprawdę, że ktoś się zainteresował. To zachęca do przekazywania ważnych informacji.

2. Parafrazowanie

Parafrazowanie to zarówno technika ułatwiająca komunikację, jak i wymóg bezpieczeństwa. Nic nie może pozostawać w sferze domysłu.

Przykład:

Pacjentka: "Mam wrażenie, że moje nogi stały się słabsze."

Pielęgniarka: "Czy dobrze rozumiem, że zauważyła Pani osłabienie siły w nogach i uczucie zimna w stopach?"

Czekamy na potwierdzenie lub zaprzeczenie. Jeśli pacjent używa niejasnych określeń, dialektu lub skrótów myślowych, musimy to doprecyzować.

Inny przykład:

Pacjentka: "Pali mnie w klatce."

Pielęgniarka: "Czy to jest taki ból piekący, palący?"

Pacjentka: "Nie, mnie tylko pali w tej klatce."

Staramy się dalej dopytywać, co oznacza to "palenie". Jeśli nadal nie mamy pewności, w dokumentacji wpisujemy: "Pacjentka podaje objaw jako 'palenie w klatce piersiowej'. Po dopytaniu, najprawdopodobniej jest to uczucie dyskomfortu, pieczenia towarzyszące zgadze czy refluksowi."

Nie można autorytatywnie stwierdzić, że to refluks, dopóki nie zakończymy procesu diagnostycznego. Trzeba wiernie oddać opis pacjenta lub go sparafrazować.

3. Klaryfikacja (doprecyzowanie)

Klaryfikacja to doprecyzowanie niejasnych informacji.

Przykład:

Pacjentka: "Ja pięć kroków zrobię albo dziesięć tych kroków zrobię. Czasem zależy, w jakich butach. Ja nie mogę dalej iść, bo mnie nogi bardzo bolą."

Trzeba doprecyzować dystans: "Jakby to Pani miała określić w metrach, to ile Pani metrów przejdzie? Dwa, trzy, cztery?"

Nie zawsze pacjent będzie w stanie to jasno określić. Czasem się denerwuje: "No raz, jak mam sandały, to inaczej, a jak mam kozaki, to inaczej. Mówię Pani, że zrobię pięć albo dziesięć kroków."

Jeśli pacjent ma barierę w przełożeniu na konkretną jednostkę (metry), wpisujemy wiernie, jak opowiedział. Ewentualnie później w badaniu prosimy, żeby przeszedł dystans i obserwujemy, jaki dystans w metrach powoduje konieczność zatrzymania się.

4. Pytania otwarte

Pytania otwarte dają pacjentowi możliwość swobodnego wypowiedzenia się. Przykłady:

- "Co Pana dzisiaj do nas sprowadza?"
- "Czy mógłby Pan opowiedzieć, od kiedy pojawiły się te dolegliwości?"
- "Czy zauważył Pan jakieś zmiany?"
- "Czy zauważył Pan, że zmiany w diecie poprawiły Pana samopoczucie?"

Pacjent ma pełne pole do wypowiedzenia się, do opisu swoich spostrzeżeń. Jednak trzeba być dobrym słuchaczem i rozmówcą, żeby nie dać się sprowadzić na zupełnie inny temat, szczególnie z pacjentami, którzy mają łatwość opowiadania o wszystkim, co nie dotyczy tematu.

Zadajemy pytania otwarte, bo pacjent może udzielić informacji, o które może byśmy nie zapytali, a które są kluczowe dla sytuacji.

5. Konfrontacja

Konfrontacja to technika używana, gdy pacjent nie widzi problemu w swoim zachowaniu lub nie rozumie konsekwencji.

Przykład - pacjent z nadciśnieniem:

Pacjent (55 lat) zgłasza się do lekarza rodzinnego z przewlekłym nadciśnieniem. Przyznaje, że nie zawsze przyjmuje leki, nie mierzy regularnie ciśnienia. Dieta bogata w sól, pali papierosy, prowadzi siedzący tryb życia. Nie stosuje się do zaleceń.

Lekarz/pielęgniarka: "Proszę Pana, czuje się Pan dobrze, nie odczuwa żadnych objawów, ale Pan wie, że nadciśnienie nie boli, tylko kończy się takimi groźnymi powikłaniami, jak na przykład udar, który może spowodować, że Pan będzie osobą niepełnosprawną."

Konfrontujemy to, co pacjent wypracował sobie jako postawę, z tym, co w rzeczywistości jest. Dopytujemy, czy pacjent to rozumie i czy wie, czym to się może skończyć.

6. Refleksja

Refleksja zmusza pacjenta do zastanowienia się, pomyślenia nad swoim zachowaniem.

Kontynuacja przykładu z nadciśnieniem:

"A w Pana rodzinie ktoś choruje na nadciśnienie? Czy zdarzały się przypadki udarów?"

Żałómy, że pacjent odpowiada: "Tak, mój kuzyn miał udar."

"A co było przyczyną tego udaru?"

"No wie Pani, bo on miał wysokie ciśnienie."

"No to właśnie, niech Pan się zastanowi. Miał wysokie ciśnienie. A leczył się, chodził regularnie do lekarza?"

Często pacjent odpowiada: "Nie, no to go tak nagle chwyciło. Nie było żadnych objawów, nie było niczego."

Mamy możliwość przekonania pacjenta, że w podobny scenariusz sam się wpisuje. Zachęcamy do przemyślenia, czy nie ma analogii między tym, co się działo u kuzyna, a jego własnym zachowaniem.

Ten sposób rozmowy i te techniki są bardzo korzystne w **poradnictwie**, gdzie szerzymy edukację zdrowotną i musimy motywować pacjenta do zmiany zachowań.

7. Empatia

Empatia to bardzo trudny temat. W założeniach idealnego kandydata na studia pielęgniarские mówi się o osobie empatycznej, zdolnej do empatyzowania – czyli potrafiącej wczuć się w sytuację drugiego człowieka, zrozumieć tę sytuację, wydobyć elementy, które sprawiają, że chcemy pomóc.

Empatia pozwala nam chcieć pomóc osobie nawet wtedy, gdy zachowuje się w sposób nas odpychający. Szukamy przyczyn takiego zachowania i pracujemy nad nimi, aby pomóc pacjentowi wrócić do zdrowia lub zmienić nawyki zdrowotne.

Ważne ostrzeżenie: Trzeba umieć znaleźć granicę odcięcia. Sama empatia i zdolność do empatyzowania jest pożądaną cechą, ale trzeba umieć się odciąć: co jest w pracy, to jest w pracy; co jest w domu, to jest w domu.

Nie wolno:

- Przynosić pracy do domu
- Wynosić domu do pracy

Zupełne oddanie się, zapomnienie się w empatii jest bardzo trudne i jest jedną z przyczyn **wypalenia zawodowego**. Według badań coraz młodsze roczniki pracowników (z krótszym stażem) mają cechy wypalenia zawodowego. Jest to charakterystyczne dla zawodów wymagających kontaktu z drugim człowiekiem.

Staramy się zaangażować wszystkie siły, czasem swoje otoczenie, znajomych. Z czasem zaczyna to być ponad nasze siły. **Empatia i zdolność do empatyzacji jest podstawową cechą osób pracujących z drugim człowiekiem, ale praca jest pracą, a życie poza pracą jest zupełnie odrębną sferą.**

8. Interpretacja

Interpretacja to dopytanie, doprecyzowanie, gdy pacjent używa dialektu, skrótów myślowych, aby notatka i informacje były kompletne.

Podsumowanie technik komunikacyjnych

W zależności od sytuacji można:

- **Konfrontować** – aby uświadomić pacjentowi sprzeczności w jego zachowaniu
- **Stosować refleksję** – aby pomóc mu się zatrzymać i przemyśleć swoje postępowanie
- **Stosować empatię** – aby stworzyć atmosferę zrozumienia i wsparcia
- **Interpretować** – aby pomóc pacjentowi dostrzec głębsze przyczyny jego podejścia do zdrowia

Staramy się używać tych technik adekwatnie do potrzeb, aby rozmowa przyniosła jak najwięcej wartościowych informacji o stanie zdrowia pacjenta.

Barier w komunikacji

Nie jest prostą metodą rozmowa z pacjentem, ponieważ po obu stronach (rozmawiającego i pacjenta) istnieją pewne utrudnienia w komunikacji. To nie tylko pacjent stanowi barierę – niejednokrotnie personel też stanowi barierę.

Barier po stronie pacjenta

Trudno się rozmawia w pewnych warunkach, gdzie pacjent:

- Jest brudny
- Nieprzyjemnie pachnie
- Jest wrogo nastawiony
- Kombinuje, oszukuje
- Jest w skrajnych stanach emocjonalnych (depresyjny, nadmiernie pobudzony)
- Jest pod wpływem alkoholu lub narkotyków

Barier po stronie personelu

Pacjentowi niełatwo rozmawia się z personelem, który:

- Jest nieuprzejmy i władczy
- Jasno pokazuje, że to on ma ostatnie słowo i wyznacza reguły
- Ma problemy emocjonalne (problemy rodzinne, problemy z używkami)
- Przejawia zespół wypalenia zawodowego
- Nie ma wsparcia

To wszystko są utrudnienia w komunikacji, które z dwóch stron wpływają na to, jak wywiad zbierzemy i czy będzie nam się dobrze rozmawiało z pacjentem.

Jak likwidować bariery

Nie wolno:

- Zakładać, że jesteśmy ekspertami znającymi wszystkich pacjentów i wszystkie problemy
- Pocieszać na siłę ("wszystko będzie dobrze") – szczególnie osoby nieuleczalnie chore mogą to źle odebrać
- Podtrzymywać rozmowy na siłę – czasem trzeba pozwolić na chwilę ciszy, zastanowienia, refleksji
- Kłamać
- Krytykować
- Osądzać
- Zaprzeczać uczuciom pacjenta (np. "A cóż to Pan mówi, ludzie mają gorsze problemy" – może wzbudzić opór lub agresywną reakcję)
- Wchodzić w dyskusje dotyczące polityki, religii (bardzo indywidualne sprawy, często kończą się sporem)

Należy:

- Słuchać pacjenta
- Być szczerym
- Nie oceniać
- Dostosować rozmowę do emocji pacjenta (nie można na siłę rozśmieszać płaczącego, załamane pacjenta)

Struktura wywiadu – rodzaje pytań

Poprawnie przeprowadzony wywiad zawiera różne typy pytań:

1. Pytania otwarte

Dają pełne pole do wypowiedzenia się:

- "Co Pana dzisiaj do nas sprowadza?"
- "Czy mógłby Pan opowiedzieć, od kiedy pojawiły się te dolegliwości?"
- "Czy zauważył Pan jakieś zmiany?"

2. Pytania wprost (zamknięte)

Konkretne pytania, najczęściej dotyczące objawów:

-
- "Jaki ma charakter ten ból?"
 - "Czy Pan dzisiaj wymiotował?"
 - "Czy była gorączka?"
 - "Czy w stolcu jest krew?"

Oczekujemy prostej odpowiedzi: tak, nie, lub "nie zauważyłam/em". Nie ma opcji do poszerzenia opowieści o inne sytuacje.

3. Pytania o objawy

Szczegółowe pytania dotyczące konkretnych dolegliwości.

4. Podsumowanie i przewidywania

Plan dalszego postępowania – co będzie dalej.

Tak układamy rozmowę z pacjentem. Poprawnie przeprowadzony wywiad według literatury trwa około **45 minut**. Dobrze zebrany wywiad przez osobę kompetentną i profesjonalną, z odpowiednim zasobem wiedzy, to właściwie **3-4 diagnozy** na podstawie samego opisu.

Schemat zbierania wywiadu

Informacje układają się w pewien schemat, który stanowi listę kontrolną (checklistę). Jest to ogólny sposób rozmowy z pacjentem i zbierania informacji.

Podstawowe elementy wywiadu (zawsze potrzebne):

1. **Dane osobowe**
2. **Skarga główna** – co pacjenta do nas sprowadza
3. **Szczegóły skargi głównej** – dowiedzieć się więcej o skardze
4. **Historia zdrowotna** – przeszłość zdrowotna pacjenta (wszystkie choroby, urazy, dotychczasowe leczenie)

Elementy specyficzne dla dzieci (zaznaczone na czerwono):

1. **Wywiad noworodkowy**
2. **Wywiad dotyczący ciąży** (w niektórych przypadkach)
3. **Wywiad żywieniowy**
4. **Rozwój** (motoryka mała i duża)
5. **Szczepienia**

Kontynuacja dla wszystkich pacjentów:

1. **Inne objawy** – co ewentualnie jeszcze pacjentowi dolega
2. **Wywiad rodzinny**
3. **Wywiad socjalny**

Dane osobowe

Dane osobowe to:

- Nazwisko
- Imię
- Wiek
- Płeć
- Adres

Najczęściej znajdują się już w dokumentacji, w skierowaniu, w systemach informatycznych. Stosujemy się do zasad ochrony tych informacji zawartych w rozporządzeniach dotyczących **RODO**.

Dodatkowe informacje dla dzieci:

- Imiona i nazwiska rodziców
- Data i miejsce urodzenia rodziców
- Kto sprawuje pieczę nad dzieckiem
- Czy piecza jest bez ograniczeń
- Czy prawa rodzicielskie są pełne, czy w jakiś sposób ograniczone

Skarga główna (Chief Complaint)

Skarga główna to **wypowiedzenie przez pacjenta** tego, co go do nas sprowadza. Musi być wypowiedziane słowami pacjenta (chyba że pacjent jest nieprzytomny – wtedy sytuacja wygląda inaczej).

Pacjent mówi, czy go boli, czy piecze, czy rozpiera. **Skarga główna dla pielęgniarek powinna być wpisana jako problem, w którym pacjent się pojawił, absolutnie nie jako rozpoznanie.**

Ważne: Pielęgniarki nie mają uprawnień i kompetencji do używania w dokumentacji rozpoznań, do których prawo mają lekarze. To jest zakres uprawnień i kompetencji lekarskich.

Przykład:

Jeśli pacjent pojawia się i twierdzi, że boli go gardło, wpisujemy: **"Ból gardła"**. Nawet jeśli widzimy w gardle zwały ropy i jest to angina, samo wpisanie "angina" jest już rozpoznaniem lekarskim, do którego nie macie i nie będziecie mieć uprawnień.

W toku dalszego kształcenia będziecie ćwiczyć pisanie procesów pielęgnowania, formułowanie:

- **Problemów pielęgniarских**
- **Diagnoz pielęgniarских**

To jest forma pośrednia między problemem a diagnozą lekarską. Można napisać: "Ból gardła spowodowany anginą", ale nie wcześniej niż lekarz postawi to rozpoznanie.

Na razie: Skargę główną spisujecie jako problem, z którym pacjent się pojawił.

Typowe skargi główne i ich znaczenie kliniczne:

Objawy zakażeń:

- Gorączka
- Kaszel
- Katar
- Wymioty
- Biegunka

Stan zapalny:

- Wzmoczone ucieplenie
- Zaczerwienienie
- Obrzęk
- Ból danej okolicy
- Niemożność wykonania ruchu (np. zgięcia palca, bo jest obrzęknięty i bardzo boli)

Zaburzenia metaboliczne:

- Nadmierne zmęczenie
- Często zapadanie w sen
- Nadmierne pobudzenie
- Napady potliwości
- Zaczerwienienia
- Uderzenia ciepła

Proces rozrostowy:

- Chudnięcie
- Niewyjaśnione zmęczenie

Zatrucia:

- Objawy związane z konkretną substancją toksyczną
- Bardzo szybki, nagły początek
- Szybkie narastanie objawów
- Mogą dołączyć się wymioty, biegunka, zaburzenia metaboliczne

Uraz:

- Nagły początek
- Dysfunkcja okolicy, która uległa urazowi

Zmiany naczyniowe:

- Zimna kończyna
- Oziębienie kończyny
- Błada kończyna
- Bolesna kończyna
- Przy zapaleniach naczyń: zaczerwienienie, zasinienie, dotkliwy ból

Zmiany zwyrodnieniowe:

- Stopniowy początek
- Narastanie w ciągu miesięcy, lat
- Pacjent często wie o swojej chorobie (np. zwyrodnienie kręgosłupa szyjnego)
- Objawy pojawiają się po gwałtownym ruchu (ból, zawroty głowy, szum w uszach)

Zawsze musimy ocenić **stosunek pacjenta do obecnej choroby** – na ile choroba i objawy destabilizują jego funkcjonowanie.

Charakterystyka bólu – trzy rodzaje

1. Ból trzewny

- Bardzo rozlany
- Słabo odgraniczony
- Bez towarzyszącej obrony mięśniowej
- Przykłady: kolka żółciowa, kolka nerkowa
- Pacjent pokazuje, że boli go np. bok, ale nie potrafi pokazać jednym palcem

2. Ból somatyczny

- Dobrze odgraniczony
- Stały

- Często z obroną mięśniową nad miejscem bólu
- Pacjent potrafi pokazać dokładnie obszar, który go boli (jednym palcem)
- Przykłady: perforacja wrzodu, zapalenie wyrostka robaczkowego

3. Ból przeniesiony (odniesiony)

Bardzo ciekawy rodzaj bólu. Istota: **zbieżność włókien nerwowych** z okolicy chorego narządu i okolicy, gdzie pojawia się ból.

Przykłady:

- Choroby wątroby – ból w łopatce (nie w prawym podżebrzu)
- Zawał serca – ból w przedramionach

Nerwy wychodzące z rdzenia kręgowego, włókna nerwowe unerwiające np. okolice serca i przedramion, mają **zbieżność (konwergencję)**. To powoduje, że przyczyna jest gdzie indziej, a ból jest zupełnie gdzie indziej.

Metoda OLD CART – szczegółowa ocena objawu

Metoda OLD CART to technika stosowana do zbierania informacji o **konkretnym objawie**. Chociaż często używana do opisu bólu, stosuje się ją do każdego objawu. Nie wszystkie pytania będą zasadne dla wszystkich objawów.

O – Onset (Początek)

- Od kiedy pacjent skarży się na objaw?
- Jaki był charakter pojawienia się objawu?
- Czy nasilało się w ciągu paru dni i teraz przyszedł kulminacyjny moment?
- Czy pojawiło się nagle?
- Co pacjent robił w danym momencie (spał, leżał, stał, intensywnie pracował)?
- W jakiej porze dnia się pojawiło?
- Czy ma charakter narastający, czy rozwija się?

L – Location (Lokalizacja)

- Czy pacjent potrafi pokazać konkretnie, gdzie go boli?
- Czy potrafi pokazać jednym palcem (sugeruje ból narządowy, zajęcie konkretnego obszaru otrzewnej)?
- Czy pokazuje duży obszar (np. całe nadbrzusze – inne przyczyny)?
- Czy ból gdzieś promieniuje?
- Czy ma tendencję do nasilania się, rozszerzania lokalizacji w jednostce czasu?

D - Duration (Czas trwania)

- Jak długo to trwa?
- **Różnica między O a D:**
 - **O (Onset):** Jak to się zaczęło? (np. "dzisiaj dwie godziny temu to było jakieś dziwne szczypanie, po 20 minutach zaczęło mieć charakter kolkowy, a teraz bardzo boli")
 - **D (Duration):** Czy to pierwszy incydent? Czy już się zdarzało? (np. "to już trzeci raz mi się zdarzyło, ale tym razem jest najsilniej")

Nie jest to zupełnie coś nowego, były wcześniejsze incydenty (np. pacjent zrobił sobie herbatkę ziołową, położył się spać i rano wstał jak nowo narodzony).

C - Character (Charakter dolegliwości)

Dokładnie dopytujemy o charakter:

- Czy to jest ból kłujący, piekący, rozpierający, przeszywający?
- Czy to jest pieczenie?
- Czy to poczucie dyskomfortu?
- Często pacjenci mówią: "Mam wrażenie, że mam serce" (normalnie nie czujemy, że mamy serce, nie czujemy jak pracuje)

Charakter objawu dla wielu dolegliwości jest **kluczowy**, żeby przypisać je danej jednostce chorobowej.

A - Aggravating factors (Czynniki pogarszające)

Okoliczności nasilające odczuwanie objawu.

Przykłady:

- Ból wieńcowy: pojawia się przy wyjściu z ciepłego pomieszczenia na zimne podwórko (zmiana temperatur)
- Ból wieńcowy: pojawia się, gdy zaczyna wiać wiatr (czynniki meteorologiczne)
- Obrzęk nogi: gdy noga jest ułożona wyżej na podparciu – nie puchnie i nie boli; gdy nogi są opuszczone – robi się obrzęk kostki i noga boli

R - Relieving factors (Czynniki łagodzące)

Czynniki, które łagodzą dolegliwości.

Przykłady:

- Bóle migrenowe: gdy pacjent się położy, zgasi światła, nikt nie wchodzi do pokoju – dolegliwości łagodnieją
- Ból brzucha: zmiana pozycji ciała

-
- Ból w klatce piersiowej: odpoczynek

T - Treatment (Zastosowane leczenie)

Pole do popisu – wszystko, co pacjent zastosował:

- Metody konwencjonalne i niekonwencjonalne
- Farmakologia
- Czary, znachorstwo
- Wszystkie inne metody

To może mieć **kluczowe znaczenie** przy doborze kolejnych sposobów leczenia (interakcje, działania uboczne, związki między lekami).

Przykłady z praktyki:

- Pacjent z bólem w klatce piersiowej: "Dwa dni temu sąsiadka dała mi po swoim mężu tabletkę. Wziąłem pod język, przeszło, ale dzisiaj nawet po tej tabletkie nie przeszło." (Próbujemy się dowiedzieć, co to była za tabletkę – często pacjent nie wie, a mąż sąsiadki nie żyje od pięciu lat – tabletkę przeterminowaną, nie wiadomo na co była)
- Pacjent z gorączką: "Wziąłem wszystkie możliwości w domu – hot coś tam, febrisany i tym podobne." Problem: wszędzie jest paracetamol – podanie kolejnej dużej dawki może prowadzić do przedawkowania.

Te informacje są **kluczowe i ważne**, bo wpływają na wybór dalszego postępowania.

Przykład zastosowania Old Cart - pacjentka ze świądem:

O (Onset):

- Pytanie: "Kiedy po raz pierwszy zauważyła Pani świąd?"
- Odpowiedź: "Okolo miesiac temu. Początkowo sporadyczne, ale teraz codziennie."

L (Location):

- Pytanie: "Czy swędzenie dotyczy konkretnego miejsca?"
- Odpowiedź: "Nie całe ciało. Najpierw nogi, teraz oprócz nóg – ręce i brzuch."

D (Duration):

- Pytanie: "Jak długo świąd trwa, jak się pojawia?"
- Odpowiedź: "Czasami kilka minut, czasami kilka godzin, czasami cały dzień. Nie pozwala zasnąć."

C (Character):

- Pytanie: "Niech Pani opisz to swędzenie. Czy piecze, mrowi, łaskocze?"

-
- Odpowiedź: "Intensywne swędzenie zmuszające do drapania, aż skóra staje się czerwona. Dopiero wtedy odczuwam ulgę."

A (Aggravating factors):

- Pytanie: "Czy zauważyła Pani, co pogarsza świąd?"
- Odpowiedź: "Najgorzej wieczorem po gorącej kąpieli. Też gdy skóra jest sucha."

R (Relieving factors):

- Pytanie: "Co przynosi ulgę?"
- Odpowiedź: "Chłodna woda, balsamy nawilżające, ale efekt krótkotrwały."

T (Treatment):

- Pytanie: "Co stosowała Pani na złagodzenie swędzenia?"
- Odpowiedź: "Kremy z apteki – efekt krótkoterminowy. Żadnych leków przeciwświądowych nie stosowałam."

Mamy otwartą kartę – możemy zastosować leki przeciwświądowe doraźnie lub przepisać na receptę.

Schemat AMPLE/SAMPLE – szybkie zbieranie danych

To schemat **bardzo szybkiego zbierania informacji** w sytuacji, gdy stan zdrowia pacjenta jest **niestabilny**. Stosowany szczególnie w medycynie ratunkowej.

Po zbadaniu głównych parametrów (oddech, tętno, ciśnienie, temperatura, ból) poszerzamy informacje o przyczyny dolegliwości.

Elementy schematu AMPLE:

A - Allergies (Alergie)

- Czy pacjent ma alergie na leki, pokarmy lub inne substancje?

M - Medications (Leki)

- Jakie leki pacjent przyjmuje na stałe?

P - Past medical history (Przeszłość medyczna)

- Dotychczasowa historia chorób lub przebiegu jednej choroby

L - Last meal (Ostatni posiłek)

- Szczególnie ważne przy:
- Dolegliwościach mogących mieć związek z utratą przytomności, omdleniem
- Zaburzeniach metabolicznych (wysoki/niski poziom cukru)

- Podejrzeniu konieczności zabiegu operacyjnego

E - Events (Mechanizm zdarzenia)

- Jaki był mechanizm tego, co się zdarzyło?
- Co pacjent robił, gdy zasłabł?
- Jak wyglądał wypadek? Kto w kogo uderzył?

Pytamy pacjenta, świadków lub zespół ratowniczy.

Przykład zastosowania AMPLE:

Pacjent 62 lata przywieziony na oddział ratunkowy. Zasłabł na ulicy. Świadkowie zgłosili, że przez kilka minut był nieprzytomny, ale odzyskał świadomość przed przyjazdem karetki.

A: "Czy ma Pan jakieś alergie?"

- "Jestem uczulony na penicylinę. Po jej podaniu dostaję silnej wysypki."

M: "Czy jakieś leki Pan przyjmuje na stałe?"

- "Tak, biorę leki na nadciśnienie – ramipril, amlodypinę. Biorę też aspirynę na rozrzedzenie krwi."

P: "Czy do tej pory się Pan leczył lub leczy w tej chwili?"

- "Mam od 10 lat nadciśnienie. Rok temu miałem mały udar."

L: "Kiedy coś Pan jadł?"

- "Okolo 5 godzin temu zjadłem kanapkę, wypilem kawę."

E: "Co się dokładnie stało, zanim Pan stracił przytomność?"

- "Szedłem ulicą, nagle poczułem silne osłabienie, zawroty głowy. Próbowałem usiąść, ale nie wiem, czy zdążyłem. Nie wiem, co było dalej."

Mamy bardzo konkretne informacje ukierunkowujące na dalsze działanie w kilku konkretnych pytaniach.

Uwaga: Jeśli chcemy dopytać np. o zawroty głowy, wtedy zastosujemy schemat OLD CART – służy do doprecyzowania informacji o objawie. AMPLE/SAMPLE służy do zebrania ogólnych informacji o problemie, o skardze głównej.

Historia medyczna pacjenta

Co nas interesuje w przeszłości medycznej:

Dla wszystkich pacjentów:

- Choroby (obecny stan zdrowia, wszystkie choroby do tej pory)
- Wypadki
- Urazy
- Zabiegi operacyjne
- Pobyty w szpitalu (z jakich przyczyn)

Dla dzieci - dodatkowe elementy:

1. Wywiad noworodkowy

Noworodek to dziecko od momentu urodzenia do **28 dnia życia** (4 tygodnie).

Typowy europejski noworodek:

- Rodzi się między 38-42 tygodniem ciąży
- Waga: około 3-3,5 kg
- Długość: około 50-52 cm
- Obwód głowy: 35 cm

Fizjologiczna utrata wagi:

W pierwszych dniach życia masa urodzeniowa może się zmniejszyć o **10-15%**. Jest to związane z:

- Oddaniem smółki
- Utratą płynu zewnątrzkomórkowego (dziecko żyło w macicy wypełnionej płynem)

Ważne: Masa musi wrócić do normy po około **10 dniach** od urodzenia. Jeśli utrata była większa lub dłużej trwał powrót do wagi urodzeniowej, może to sygnalizować nieprawidłowości.

Pierwszy rok życia:

Oczekuje się, że z miesiąca na miesiąc, z dnia na dzień dziecko będzie **tylko przybierało na wadze** – to sygnał, że jest zdrowe.

Nie ma opcji, żeby:

- W drugim miesiącu dziecko ważyło tyle samo co w pierwszym
- W drugim miesiącu straciło wagę w odniesieniu do pierwszego

Musi być ciągle im plus (przyrost).

Przyrosty masy:

- Pierwsze 6 miesięcy: 500-700 g miesięcznie

-
- Drugie półrocze: około 500 g miesięcznie (trochę wyhamowuje)

Kamienie milowe:

- Koniec 6. miesiąca życia: dziecko **podwaja masę urodzeniową**
- Koniec 12. miesiąca życia: dziecko **potraja masę urodzeniową**

Dokładna ocena: Siatki centylowe.

Budowa noworodka:

- Duża głowa (1/4 długości ciała)
- Krótka szyja (głowa jakby wsadzona w tułów – dlatego przy technikach ratowniczych nie ruszamy głowy, łatwo uszkodzić szyję)
- Krótkie kończyny dolne
- Długi tułów
- Charakterystyczna budowa czaszki: kości czaszki niezrośnięte, połączone elastycznymi elementami (szwy i ciemiączka – przednie i tylne)

Smółka (pierwszy stolec):

- Ciemna, gęsta, klejąca
- Trudno wyczyścić okolicę odbytu
- Pomaga obfite smarowanie balsamami/maściami z dużą ilością składników nawilżających i tłustych

Kiedy powinna być oddana smółka:

- Nowe wytyczne: do **48 godzin**
- Stare wytyczne: do **24 godzin** (niektórzy lekarze nadal się tego trzymają)

Jeśli smółki nie ma po tym czasie, jest to objaw alarmujący zmuszający do poszukiwania przyczyny.

Pozycja noworodka:

Charakterystyczna **pozycja zgięciowa**:

- Zgięte nóżki
- Zgięte rączki
- Kończyny górne zgięte w stawach łokciowych
- Kończyny dolne zgięte w stawach kolanowych

Stare powiedzenie: "Jak dziecko jest zdrowe, to trzyma rączki do góry" – coś w tym jest, bo oznacza dobre napięcie mięśniowe.

Z czasem (w kolejnych tygodniach i miesiącach) pozycja będzie się prostowała.

Pytania w wywiadzie noworodkowym:

-
- Jakie były parametry po porodzie? (**Skala Apgar**)
 - Jaki był pourodzeniowy spadek masy ciała?
 - Kiedy dziecko wróciło do wagi urodzeniowej?
 - Czy była żółtaczka? W jakim nasileniu?
 - Czy pobrano wszystkie **testy przesiewowe** (testy bibułowe na bibułkę)?

Testy przesiewowe:

W oddziałach noworodkowych pobiera się krew włośniczkową z ukłucia w piętę. Robi się plamy na bibule i odsyła na okoliczność metabolicznych chorób, które można opanować dzięki wczesnej diagnostyce.

Jeśli cokolwiek przeszkodziło w pobraniu testów w oddziale noworodkowym, POZ musi je wykonać. Jeśli dziecko jest przyjęte na oddział, my musimy to zrobić i umieć zrobić.

2. Wywiad żywieniowy

Im młodsze dziecko, tym wywiad żywieniowy jest bardziej szczegółowy i dokładny.

Pytamy o:

- Czy jest karmione naturalnie (piersią)?
- Czy preparatami (mleko modyfikowane)?
- Czy ktoś w domu gotuje (kasze, krupiczki)?

Przy karmieniu piersią:

- Częstotliwość
- Ile dziecko potrzebuje czasu, żeby się najeść
- Jak długo jest karmione (czy podejmowane jest odzwyczajanie)

Zalecenia WHO:

- Obowiązkowo: 6 miesięcy
- Dobry czas karmienia: rok, półtorej roku
- Nie mówi się, że potem już nie trzeba karmić

Zdarzają się nawet pięciolatki karmione piersią – to już "trochę za dużo" (osobista opinia wykładowcy).

Przy karmieniu sztucznym:

- Rodzaj preparatu
- Ilość
- Częstotliwość

Inne pytania:

-
- Objawy niekorzystne ze strony układu pokarmowego
 - Suplementowanie witamin, żelaza
 - Czy dziecko je pokarmy stałe (starsze niemowlęta)? Jak były wprowadzane?
 - Co dzieci lubią, czego nie lubią

Dlaczego to ważne:

Większość przypadków rodzice są z dziećmi, ale są oddziały (np. intensywne), gdzie rodzice mają ograniczony czas bytności, szczególnie w porze nocnej. Musimy mieć bardzo dokładne informacje, jak te dzieci żywić.

3. Rozwój fizyczny

Używamy siatek centylowych i różnych tabel, żeby wnioskować o prawidłowości rozwoju dziecka.

Parametry:

- Masa ciała (omówiona wcześniej)
- **Obwód głowy** – bardzo ważny, szczególnie w pierwszym roku życia

Obwód głowy:

- Noworodek: 33-37 cm
- 6 miesięcy: 42 cm
- 3. rok życia: 52 cm

Pomiar obwodu głowy jest bardzo ważny w pierwszym roku życia, bo świadczy o tym, czy prawidłowo rozwija się mózg, czy nie ma tendencji do małogłowia lub dużych rozmiarów mózgu.

Sposób pomiaru obwodu głowy:

Układamy miarę krawiecką przez wypukłości:

- Z tyłu: wyniosłość potyliczna
- Z przodu: nad łukami brwiowymi
- Prowadzimy równolegle

Kamienie milowe rozwoju:

- Kiedy zaczęło trzymać uniesioną główkę
- Kiedy zaczęło się przewracać (z brzucha na plecy, z pleców na brzuch)
- Kiedy zaczęło samodzielnie siedzieć
- Kiedy zaczęło stać
- Kiedy zaczęło chodzić
- Kiedy zaczęło mówić

Rozwój społeczny (u wszystkich, także dzieci):

- Jak się uczy
- Jak podchodzi do obowiązku szkolnego
- Jak kontaktuje się z rówieśnikami
- Jak mówi
- Czy umie korzystać z toalety
- Czy spokojnie współistnieje z rodzeństwem, rówieśnikami

4. Szczepienia

- Jaki mają rodzice stosunek do szczepień
- Prosimy o dokumentację (książeczka zdrowia dziecka, karta szczepień)
- Szczepienia są **obowiązkowe** na terenie Polski

5. Inne elementy

- Wszystkie zaburzenia, które do tej pory występowały
- Leczenie specjalistyczne
- Hospitalizacje
- Leczenie operacyjne
- Leczenie preparatami krwiopochodnymi

Ważne: Nie tylko potwierdzenie faktu przez pacjenta, ale **udokumentowanie konkretnej dokumentacją medyczną**.

Dla kobiet - wywiad ginekologiczny:

- Czas pierwszej miesiączki
- Ostatnia miesiączka
- Cięża
- Porody
- Poronienia
- Czy regularnie korzysta z kontroli ginekologicznych

Wywiad rodzinny i socjalny

Wywiad socjalny:

Warunki mieszkaniowe:

- Zaplecze sanitarno-epidemiczne
- W jakiej dzielnicy, w jakim środowisku

-
- Czy są duże zanieczyszczenia
 - Czy to wysokie góry, czy depresja nadmorska (w niektórych sytuacjach ma wpływ na przebieg choroby, czasem są wykluczenia – pacjent będzie nakłaniany do zmiany otoczenia)

Styl życia:

- Wzorce kulturowe
- Używki

Używki – nikotynizm:

Dokumentujemy jako **paczkołata** (paczkorok):

- **1 paczkołato** = 20 papierosów dziennie przez 1 rok

Wzór:

Liczba papierosów wypalana w ciągu doby × liczba lat palenia ÷ 20 = paczkołata

Ocena uzależnienia:

Mamy skalę pozwalającą zadać konkretne pytania. Na podstawie klucza ustalamy, czy to sporadyczne palenie, czy uzależnienie.

Używki – alkohol:

Podobny sposób podejścia. Rozróżniamy:

- Picie ryzykowne
- Picie szkodliwe
- Uzależnienie (duży problem)

Stan odżywienia

Stan odżywienia to **grubość podskórnej tkanki tłuszczowej**. To odrębna rzecz od masy ciała (wagi).

Metody oceny:

1. Orientacyjnie, palpacyjnie

2. Pomiar fałdomierzem:

Ujmujemy fałd skóry:

- Z boku brzucha

-
- Na tylnej powierzchni ramienia
 - Pod dolnym kątem łopatki

Porównujemy szerokość fałdu. W Polsce nie mamy dostosowanych norm do naszej szerokości geograficznej, ale producenci dostarczają tabelę interpretacyjną.

Normy (fałd z tyłu ramienia):

- Kobiety: 15-16,5 mm
- Mężczyźni: 11-12,5 mm

Niedożywienie:

- Kobiety: poniżej 10 mm
- Mężczyźni: poniżej 7,5 mm

Inaczej interpretuje się fałd pod łopatką czy z bocznej ściany brzucha.

Znaczenie kliniczne:

Stan odżywienia jest ważny w **monitorowaniu pacjentów hospitalizowanych**, u których:

- Stosowane są różne procedury medyczne
- Są powtarzalne karencje pokarmowe

Obowiązkiem jest monitorować stan odżywienia u pacjentów hospitalizowanych.

Okresy zwiększonej skłonności do tycia:

1. **Okres nastoletni** – często przed stanieniem się dorosłymi nastolatki mają tendencję do dodatkowych kilogramów
2. **Okres okołomenopauzalny**

Nasuwa się podejrzenie dużego związku z **gospodarką hormonalną**, szczególnie hormonów płciowych.

Pomiary antropometryczne

1. Wzrost i długość

Dla niemowląt (do około 18. miesiąca życia):

Mierzymy jako **długość** w pozycji leżącej na plecach:

- Miara krawiecka od szczytu głowy do płaszczyzny podeszwowej stóp

-
- Prowadzimy poprzez wszystkie krzywizny
 - Nie prostujemy na siłę nóg w kolanach
 - Nie odciągamy głowy

Przyrządy:

- Miara krawiecka (najczęściej stosowana)
- Miara antropometryczna
- **Łapka Epsteina** (w postaci zmodernizowanej, elementy plastikowe, pod spodem cerata z miarą):
 - Układamy dziecko
 - Delikatnie prostujemy nogi
 - Przy główce jest element stały
 - Element przesuwany dosuwamy do stópki (część podeszwowa)
 - Odczytujemy pomiar
- **Liberometr** (stary przyrząd, rzadko spotykany) – zawieszona jest pion, którą przykładamy z jednej i drugiej strony

Dla starszych dzieci i dorosłych:

Pomiar w pozycji stojącej:

- **Wysokościomierz** (antropometr typu Martina) – składowa większości wag lekarskich
- Naklejki na ścianę (tzw. żyrawki) – zasada pomiaru taka sama

2. Obwód klatki piersiowej

Sposób pomiaru:

Taśma krawiecka przez punkty orientacyjne:

- Spojenie trzonu mostka z wyrostkiem mieczykowatym (z przodu)
- Przez dolne kąty łopatek (z tyłu)

3. Masa ciała (waga)

Dla dzieci:

- **Waga niemowlęca** (do 3. roku życia):
 - Można ważyć dziecko w pozycji leżącej
 - Można ważyć w pozycji siedzącej

Dla starszych dzieci, młodzieży, dorosłych:

- Waga lekarska w pozycji stojącej

Interpretacja wagi:

Dla niemowląt:

Kamienie milowe (omówione wcześniej)

Dla dorosłych:

Wskaźnik BMI (Body Mass Index):

Wzór:

$BMI = \text{masa ciała (kg)} \div [\text{wzrost (m)}]^2$

Interpretacja dla dorosłych:

- Niedowaga: BMI < 18,5
- Waga prawidłowa: BMI 18,5-24,9
- Nadwaga: BMI 25-29,9
- Otyłość I stopnia: BMI 30-34,9
- Otyłość II stopnia: BMI 35-39,9
- Otyłość III stopnia (skrajna): BMI ≥ 40

Dla dzieci:

Liczy się BMI, ale nanosi się go na **siatki centylowe**. Dopiero wtedy można jednoznacznie określić, czy waga jest prawidłowa.

Pomoc w obliczeniach:

Nie trzeba znać wzoru na pamięć – są kalkulatory BMI dostępne online i w aplikacjach.

4. Rozmieszczenie tkanki tłuszczowej

Wskaźnik WHR (Waist-to-Hip Ratio):

Porównanie obwodu talii do obwodu bioder.

Ważne: To **nie jest wskaźnik zależny od BMI**. Można mieć prawidłową wagę (prawidłowe BMI), ale tkankę tłuszczową zgromadzoną w okolicach brzucha lub bioder.

Typy otyłości:

- **Otyłość typu jabłko** (brzuszna, trzewna, wisceralna):
 - Tłuszcz na poziomie pępka
 - Bardzo aktywny hormonalnie
 - Duży wpływ na zdrowie układu sercowo-naczyniowego
 - W kardiologii ogromny nacisk na identyfikację i eliminację tego tłuszczu

- **Otyłość typu gruszk**a (pośladkowo-udowa):
- Tłuszcz w okolicach bioder

Wskaźnik WHTR (Waist-to-Height Ratio):

Porównanie obwodu talii do wysokości ciała.

Kiedy oznaczamy WHR:

U **wszystkich pacjentów dorosłych**, nie tylko tych z BMI powyżej normy. Można być wagowo poprawnym, ale mieć otyłość metaboliczną (tłuszcz zlokalizowany w obrębie brzucha).

Badanie przedmiotowe - metoda 40

Badanie przedmiotowe wykorzystuje narządy zmysłów (wzrok, słuch, dotyk, węch) do rozpoznania, postawienia diagnozy, zweryfikowania stanu zdrowia pacjenta, oceny stanu zdrowia, poszukiwania przyczyn złego samopoczucia.

Zasada od Hipokratesa: "**Zobaczyć, dotknąć, usłyszeć - to znaczy zbadać pacjenta**".

Metoda 40:

1. **Oglądanie** (inspekcja)
2. **Obmacywanie** (palpacja, badanie dotykiem)
3. **Opukiwanie** (perkusja)
4. **Ostuchiwanie** (osłuchiwanie)

Plus: **Mierzenie** (nie angażuje zmysłu, ale wykorzystuje sprzęty pomiarowe - pomiar bezpośredni i pośredni).

Kolejność badania:

Zawsze taka sama kolejność (oglądanie → obmacywanie → opukiwanie → osłuchiwanie), **Z WYJĄTKIEM JAMY BRZUSZNEJ**.

W przypadku brzucha:

Oglądanie → **Ostuchiwanie** → Opukiwanie → Obmacywanie

Ostuchiwanie przechodzi na drugie miejsce. Wyjaśnienie, dlaczego ta kolejność ulega odwróceniu, będzie omówione przy badaniu brzucha.

Schemat badania:

1. Badanie ogólne:

- Ocena budowy pacjenta
- Postawa

1. Badanie szczegółowe poszczególnych obszarów i układów:

- Głowa
- Klatka piersiowa (układ oddechowy i krążenia)
- Brzuch (układ pokarmowy, wydalniczy)
- Ogólne oględziny: układ mięśniowy, układ tętniczo-żylny, ocena skóry

Zasady badania fizykalnego

1. Bezpieczeństwo i intymność pacjenta

- Zapewnienie maksimum bezpieczeństwa i intymności
- Uszanowanie wstydlivosti pacjenta

2. Kolejność procedur (szczególnie u dzieci)

U dzieci:

- Procedury przyjazne na początku
- Procedury bolesne lub nieprzyjemne na końcu

Przykłady procedur nieprzyjemnych dla małych dzieci:

- Mierzenie ciśnienia (zostawiane na pożegnanie)
- Zagłędanie do gardła ze szpatułką (na sam koniec)

Mimo że według ram badania należałoby je zrobić wcześniej, u dzieci zostawiamy na koniec, żeby nie zrazić dziecka na początku.

3. Schemat od głowy do stóp

U pozostałych pacjentów:

Prowadzimy badanie według schematu **od głowy do stóp**.

Uwaga: Nie zawsze prowadzimy badanie w pełnym zakresie (choć jest to zalecane).

Najczęstszy scenariusz:

- Pierwszy kontakt z pacjentem: **pełne badanie**

-
- Kolejne wizyty: wybieramy obszary związane przyczynowo-skutkowo z tym, z czym pacjent przyszedł

Dlaczego:

Pełna procedura pełnego badania fizykalnego jest bardzo **czasochłonna**. Trzeba wybierać obszary, w których pojawiają się objawy chorobowe, i tam prowadzić badanie szczegółowo.

Badanie ogólne - ocena budowy ciała

Proporcje ciała

Oceniając budowę pacjenta, zwracamy uwagę na:

- Głowę
- Tułów
- Kończyny
- Ich wzajemne proporcje i długość

Dlaczego to ważne:

W zaburzeniach proporcji mogą ukrywać się jednostki chorobowe.

Przykłady zespołów genetycznych ze zmienionymi proporcjami:

- Zespół Downa
- Zespół Marfana
- Zespół Klinefeltera
- Zespół Pradera-Williego

Zmiany proporcji wraz z wiekiem

Noworodek (najbardziej niekształtny):

- Głowa: 1/4 całej wysokości ciała
- Bardzo długi tułów
- Krótkie kończyny w porównaniu do dorosłego

Dwudziestolatek (budowa osoby dorosłej):

- Głowa: 1/8 wysokości ciała
- Tułów: 1/2 wysokości ciała
- Kończyny: 1/2 wysokości ciała

Okres dziecięco-młodzieżowy:

Proporcje zmieniają się, aby około **20. roku życia** przyjąć proporcje typowe dla osoby dorosłej.

Jednostki chorobowe zaburzające proporcje:

Pewne choroby zaburzają przyjęcie prawidłowych proporcji.

Przykład - achondroplazja (niedobór wzrostu):

- Głowa jednego i drugiego pacjenta (zdrowego i chorego) mimo dysproporcji wzrostowych jest właściwie jednakowej wielkości
- Problem: długość kończyn dolnych i długość tułowia
- Odbiór nieproporcjonalnie dużej głowy
- Głowa: bardzo wydatne guzy czołowe, spłaszczona nasada nosa
- Nieprawidłowe krzywizny kręgosłupa
- Króciutkie części proksymalne kończyn górnych i dolnych (nie całość, tylko części przy tułowiu)
- Choroba związana z zaburzeniami genetycznymi

Zespół Pradera-Williego:

- Anomalia 15. chromosomu
- Niski wzrost
- Dosyć mocno rozbudowana tkanka tłuszczowa
- Małe gonady
- Wzmożony apetyt
- Małe dłonie, małe stopy
- W okresie niemowlęcym: hipotonia mięśniowa (zaburzenia napięcia mięśniowego)
- Niepełnosprawność intelektualna

Charakterystyka żywieniowa:

- Okres noworodkowo-niemowlęcy: **niejadki** (rodzice mają duże problemy z karmieniem, żeby dzieci przybierały na wadze)
- Po okresie pierwotnym: pojawia się **wzmożony apetyt**, brak poczucia sytości → nadmiar tkanki tłuszczowej, otyłość

Typy budowy ciała (prawidłowe proporcje)

1. Mezomorfik (środek):

- Silnie zaznaczony układ mięśniowo-stawowy
- Zachowane proporcje głowy, tułowia i kończyn

2. Ektomorfik (skrajność):

- Smukła budowa ciała

-
- Płaska klatka piersiowa
 - Długie kończyny

3. Endomorfik (skrajność):

- Bardzo obfita tkanka tłuszczowa
- Krępa budowa ciała

Ocena postawy ciała

Definicja

Postawa ciała to ocena, czy poszczególne elementy budowy człowieka są zgodne z założeniami morfologicznymi i funkcjonalnymi. To sposób trzymania się osobnika w niewymuszonej, pionowej pozycji.

Główny element: Kręgosłup

Rozwój kręgosłupa od noworodka do osoby dorosłej

Noworodek:

- Kręgosłup bardzo prosty

Okolo 3. miesiąca życia:

- Dziecko zaczyna unosić głowę
- Wykształca się pierwsza krzywizna: **lordoza szyjna**

Dalszy rozwój:

- Dziecko zaczyna raczkować, siadać, w końcu się pionizuje
- Kręgosłup z prostego przyjmuje kształt litery **S**
- Rozwijają się mięśnie trzymające resztę ciała

Między 1. a 3. rokiem życia:

- Część dzieci ma wypukły brzuch
- Krzywizny kręgosłupa nie są jeszcze w pełni stabilne
- To dla tej grupy wiekowej jest **zupełnie prawidłowym etapem rozwoju**

4-6 lat:

- Dominuje **kifoza piersiowa**

Po skoku pokwitaniowym:

- Dla równowagi pojawia się **lordoza lędźwiowa**

Krzywizny kręgosłupa u osoby dorosłej

W około **18. roku życia** są ukształcone krzywizny:

1. **Lordoza szyjna**
2. **Kifoza piersiowa**
3. **Lordoza lędźwiowa**
4. **Kifoza krzyżowa**

Prawidłowe ukształtowanie gwarantuje **dobrze rozwinięty aparat mięśniowy**.

Zmiany postawy na przestrzeni życia - "Siedem wieków człowieka"

Noworodek:

- Zupełnie prosty kręgosłup

Dzieciństwo:

- Pojawiają się kolejne umiejętności (podnoszenie głowy, siadanie, raczkowanie, pionizacja)
- Wykształcają się krzywizny (kifoza, lordoza)

Człowiek dojrzały:

- Dobrze ukształtowana postawa

Starzenie się:

- Pewne zachowania, czynniki środowiskowe, niekorzystne jednostki chorobowe powodują odkształcenie kręgosłupa
- Niesie to wiele dolegliwości, zmianę postawy
- Krzywizny zaczynają się wypłaszczać
- Poruszanie staje się trudne przy płaskim, prostym kręgosłupie
- Dochodzi do momentu, gdy staje się niemożliwe

Analogia: Od prostego zaczęliśmy, na prostym się kończy. Od pozycji leżąco-siedzącej poprzez etapy różnej aktywności fizycznej do momentu, gdzie zmiany postawy uniemożliwiają pełne funkcjonowanie.

Ocena postawy ciała - metoda praktyczna

Ocena jest **bardzo prosta** w badaniu fizykalnym (nie wchodzimy w kompetencje fizjoterapeutów, którzy mają szersze uprawnienia).

Płaszczyzny oceny:

1. **Płaszczyzna czołowa** (z przodu i z tyłu)
2. **Płaszczyzna strzałkowa** (z boku)

Ustawienie pacjenta:

- Godziny przedpołudniowe (kręgosłup i mięśnie nie zmęczone)
- Pozycja **na baczność**, ale z luźno opuszczonymi rękami wzdłuż ciała
- Głowa ustawiona poziomo, pacjent patrzy przed siebie
- Pięty złączone
- Palce rozchylone pod kątem około 30°

Ocena w płaszczyźnie czołowej (z przodu i z tyłu):

Oceniamy **symetryczne punkty**:

- Linia środkowa ciała
- Wyrostki barkowe (na tej samej wysokości, taki sam kształt)
- Wcięcia utworzone przez talię (trójkąty talii – na tej samej wysokości)
- Szczyty krętaży kości biodrowej (na tym samym poziomie)
- Kolana (na tym samym poziomie)
- Kostki przyśrodkowe (na tym samym poziomie)

Z tyłu dodatkowo:

- Łopatki (kąty łopatek – czy na tym samym poziomie, czy nie odstają zbyttnio)

Gdy zauważamy nieprawidłowości:

Zalecamy, żeby pacjenta obejrzała osoba o większych uprawnieniach i kompetencjach w diagnozowaniu (lekarz, fizjoterapeuta).

Cechy przejściowe u dzieci (nie są patologią)

Elementy, które u dorosłych są patologią, a u dzieci jeszcze są w okresie przejściowym:

- Tył głowy z plecami w jednej linii
- Wypukły brzuszek
- Małe jeszcze lordoza i kifoza
- Lekkie przodopochylenie, zgięcie w biodrach i kolanach
- Płaskostopie (do 4.-5. roku życia u dużego odsetka dzieci)

Te elementy nie muszą występować u wszystkich dzieci, mogą występować w różnym nasileniu. Trzeba zwracać uwagę, czy wycofują się wraz z dalszym rozwojem.

Środki zapobiegawcze:

Niejednokrotnie stosuje się zwiększoną aktywność fizyczną, pewne ćwiczenia (np. gimnastyka korekcyjna).

Postawa w różnych grupach wiekowych

Wiek szkolny (5-10 lat):

- Klatka piersiowa bardzo spłaszczona
- U nastolatków: tendencja do zaokrąglania, ściągania barków ku przodowi (pojawienie się załączków gruczołów piersiowych – dziewczęta nie są jeszcze na etapie emocjonalnego pogodzenia się, starają się ukrywać)
- Coraz większa lordoza
- Brzuch chowa się, nie jest już wypukły
- Proste nóżki (nie ma przodopochylenia, przykurczu w stawach kolanowych i biodrowych)
- Nie powinno już być płaskostopia

Okres dorastania:

- Prawidłowa postawa bardzo zbliżona do postawy osoby dorosłej:
- Głowa nieznacznie wysunięta do przodu
- Brzuch płaski, cofnięty w stosunku do klatki piersiowej
- Kręgosłup wygięty w kształcie litery S

Nieprawidłowości postawy

Skolioza (skrzywienie boczne kręgosłupa)

Obserwacja od tyłu:

- Wyrostki nie na jednym poziomie
- Kąty łopatek nierówne (jedno ramię niżej, drugie wyżej)
- Trójkąty talii asymetryczne (jeden duży, drugi mały)
- Kąty łopatek nie na tym samym poziomie

Przy dużej skoliozie widać to gołym okiem, bez dodatkowych testów.

Kolana koślawe i szpotawe

Kolana koślawe:

- Kolana się stykają
- Odstęp między kostkami przyśrodkowymi **> 4 cm**
- Ustawienie kończyn tworzy kształt **X**

-
- Często: przecieranie odzieży między udami, nieprawidłowe ścieranie podeszwy obuwia

Kolana szpotawe:

- Odstęp między kolanami **> 4 cm**
- Kostki się stykają
- Ustawienie kończyn tworzy kształt **O**

Nieprawidłowości stóp**Typy:**

- Stopa płaska
- Stopa płaskoślawia
- Stopa mieszczana (płaskokoślawia)

Ocena zależy od kąta ustawienia kostek względem siebie.

Nieprawidłowości w płaszczyźnie strzałkowej (z boku)**Postawa normalna:**

- Lordoza szyjna
- Kifoza piersiowa
- Lordoza lędźwiowa
- Kifoza odcinka krzyżowego

Plecy okrągłe:

- Utrata prawidłowych proporcji między krzywiznami
- Właściwie jedna wielka kifoza

Plecy płaskie:

- Brak ani kifozy, ani lordozy

Plecy wklęsłe:

- Bardzo duża lordoza lędźwiowa

Plecy okrągło-wklęsłe:

- Pogłębienie obu krzywizn (zarówno kifozy, jak i lordozy)

Nieprawidłowości klatki piersiowej (widok z przodu)**Klatka kurza:**

-
- Mostek do góry
 - Żebra uniesione

Klatka szewska (lejkowata):

- Mostek z przyłączami żeber bardzo mocno zapadnięty
- Może być w różnym nasileniu
- Bardzo mocne zapadnięcia wpływają na pracę serca

Testy ruchomości kręgosłupa

Oprócz oglądania pacjenta na okoliczność symetrii, sprawdzamy **ruchomość**:

Ruchomość kręgosłupa szyjnego:

- Skręcić, zająrzeć głową za jeden bark, za drugi bark
- Spróbować dotknąć brodą do klatki piersiowej
- Spróbować dotknąć potylicą do barków

Ruchomość kręgosłupa lędźwiowego:

- Stać na baczność
- Złączyć palce
- Spróbować dotknąć palcami podłoża przed stopami

Idealnie: Położyć całe dłonie na podłożu

Prawidłowa ruchomość: Jeśli pacjent dotyka chociaż czubkami palców

Pomiar wzrostu i długości ciała

Dla niemowląt (do około 18.-24. miesiąca życia):

Metoda: Pomiar **długości** w pozycji leżącej

Przyrządy:

- Miara krawiecka (najczęściej)
- Miara antropometryczna
- **Łapka Epsteina** (zalecana):
- Cerata z miarą
- Element stały przy głowce

-
- Element przesuwany przy stópkach
 - Układamy dziecko, delikatnie prostujemy nóżki
 - Dosuwamy element przesuwany do części podeszwowej stóp
 - Odczytujemy pomiar
 - Liberometr (stary, rzadko spotykany)

Technika pomiaru miarą krawiecką:

- Od szczytu głowy do płaszczyzny podeszwowej stóp
- Prowadzić poprzez wszystkie krzywizny
- Nie prostować na siłę nóg w kolanach
- Nie odciągać głowy

Dla starszych dzieci i dorosłych:

Metoda: Pomiar **wzrostu** w pozycji stojącej

Przyrządy:

- Wysokościomierz (antropometr typu Martina) – składowa wag lekarskich
- Naklejki na ścianę (żyrawki)

Cel pomiarów:

Sprawdzenie, czy wysokość jest adekwatna do wieku (głównie u dzieci):

- Wykluczenie karłowatości
- Wykluczenie niedoboru wzrostu
- Wykluczenie wzrostu olbrzymiego (bardzo duże rozmiary, utrata proporcjonalności)

Obwody ciała

Obwód głowy

Sposób pomiaru:

Miara krawiecka przez wypukłości:

- Z tyłu: wyniosłość potyliczna
- Z przodu: nad łukami brwiowymi
- Prowadzić równolegle

Normy:

-
- Noworodek: 33-37 cm
 - 6 miesięcy: 42 cm
 - 3. rok życia: 52 cm

Znaczenie:

Szczególnie ważny w pierwszym roku życia – świadczy o prawidłowym rozwoju mózgu, wykluczeniu małogłowa lub nadmiernych rozmiarów mózgu.

Obwód klatki piersiowej**Sposób pomiaru:**

Taśma krawiecka przez punkty orientacyjne:

- Z przodu: spojenie trzonu mostka z wyrostkiem mieczykowatym
- Z tyłu: przez dolne kąty łopatek

Masa ciała i jej interpretacja**Dla niemowląt:****Kamienie milowe:**

- Koniec 6. miesiąca: podwojenie masy urodzeniowej
- Koniec 12. miesiąca: potrojenie masy urodzeniowej

Przyrosty:

- Pierwsze 6 miesięcy: 500-700 g/miesiąc
- Drugie półrocze: około 500 g/miesiąc

Dla dorosłych:**Wskaźnik BMI:**

$BMI = \text{masa (kg)} \div [\text{wzrost (m)}]^2$

Interpretacja:

- < 18,5: niedowaga
- 18,5-24,9: waga prawidłowa
- 25-29,9: nadwaga
- 30-34,9: otyłość I stopnia
- 35-39,9: otyłość II stopnia
- ≥ 40 : otyłość III stopnia (skrajna)

Dla dzieci:

BMI nanosi się na **siatki centylowe** – dopiero wtedy można określić prawidłowość wagi.

Rozmieszczenie tkanki tłuszczowej

Wskaźnik WHR (Waist-to-Hip Ratio)

Wzór: $\text{WHR} = \text{obwód talii} \div \text{obwód bioder}$

Typy otyłości:

1. Otyłość typu jabłko (brzuszna, trzewna, wisceralna):

- Tłuszcz na poziomie pępka
- Bardzo aktywny hormonalnie
- Duży wpływ na układ sercowo-naczyniowy
- W kardiologii: ogromny nacisk na identyfikację i eliminację

2. Otyłość typu gruszka (pośladkowo-udowa):

- Tłuszcz w okolicach bioder

Ważne: WHR **nie zależy od BMI**. Można mieć prawidłową wagę (prawidłowe BMI), ale mieć otyłość metaboliczną (tkankę tłuszczową w obrębie brzucha).

Wskaźnik WHTR (Waist-to-Height Ratio)

Porównanie obwodu talii do wysokości ciała.

Stan odżywienia - pomiar fałdu skórniego

Metoda: Fałdomierz

Miejsca pomiaru:

- Z boku brzucha
- Na tylnej powierzchni ramienia
- Pod dolnym kątem łopatki

Normy (fałd z tyłu ramienia):

- Kobiety: 15-16,5 mm

-
- Mężczyźni: 11-12,5 mm

Niedożywienie:

- Kobiety: < 10 mm
- Mężczyźni: < 7,5 mm

Uwaga: W Polsce brak dostosowanych norm do naszej szerokości geograficznej – producenci dostarczają tabele interpretacyjne.

Znaczenie kliniczne:

Ważne w monitorowaniu pacjentów hospitalizowanych, u których stosowane są procedury medyczne i powtarzalne karencje pokarmowe. **Obowiązek monitorowania** stanu odżywienia u pacjentów hospitalizowanych.

Okresy zwiększonej skłonności do tycia

1. **Okres nastoletni** – przed staniem się dorosłymi często tendencja do dodatkowych kilogramów
2. **Okres okołomenopauzalny**

Podejrzenie dużego związku z **gospodarką hormonalną** (hormony płciowe).

Samokształcenie – tematy do samodzielnego opracowania

Zgodnie z sylabusem studenci muszą samodzielnie opracować:

1. Badanie fizykalne skóry, włosów i paznokci**Źródła:**

- Prezentacja wykładowa (podstawowe informacje)
- Badanie fizykalne – prof. Dykova
- Badanie podmiotowe i przedmiotowe w pediatrii – prof. Obuchowicz

Najważniejsze elementy:**Zmiany skórne:**

- Zmiany pierwotne i wtórne
- Nazewnictwo i definicje zmian
- **Skala ABCD** (ocena zmian pod kątem złośliwości) – z dużym naciskiem

Paznokcie:

- **Kojłonychia** (paznokcie z dołkiem) – typowe dla niedoborów żelaza

-
- **Palce pałeczkowate i szkiełka zegarowe** – długotrwała sinica, niedotlenienie krwi tętniczej (przerost chrząstek w okolicach paliczków dalszych)
 - **Leukonychia** (białe plamki):
 - Jedna-dwie plamki: uraz
 - Cała płytką usiana plamkami: niedobory soli mineralnych (szczególnie cynk)
 - **Objaw drzazgi** – sam w sobie nie wnosi nic, ale z innymi objawami może być jednym z objawów infekcyjnego zapalenia wsierdza (musi być 5 objawów razem, sam nie jest diagnostyczny)
 - **Grzybica paznokci** – płytką gruba, narośnięta, czasem nadkażona, odstająca od podłoża

Włosy:

- Ilość (przerzedzone, ubytki)
- Zmiany na skórze włosistej głowy
- **Łysienie plackowate**
- **Łojotokowe zapalenie skóry**
- **Łuszczyca** – charakterystyczna srebrna, biaława łuska
- **Łysienie rozlane** (hormonalne) – włosy nigdy nie wypadną w 100%, ale duże przerzedzenie
- **Łysienie typu męskiego u kobiet** – przerzedzony przód głowy

Typy łysienia:

- **Łysienie telogenowe** (słabszy czynnik):
 - Efekt po 3-4 miesiącach
 - Przyczyny: diety, ostre kuracje, zabiegi operacyjne, łysienie poporodowe, stres
 - 1/3 przypadków: idiopatyczne (nie można znaleźć przyczyny)
 - Włosy zestarzałe, łatwo zostają na szczotce, dużo w umywalce
 - **Test mycia** – najlepszy test: około 50 włosów po umyciu to norma, całe dno umywalki pokryte – łysienie
- **Łysienie dystroficzne** (silny bodziec):
 - Bardzo szybki efekt (po około 2 tygodniach)
 - Przykład: po chemioterapii

Najlepsza metoda diagnostyczna: Trichogram (zbadanie, czego brakuje, jak włos się zachowuje)

Testy dostępne dla pielęgniarek:

- Test wciągnięcia (złapać, pociągnąć, zobaczyć co zostaje w ręce)
- Test utraty włosów
- Test mycia (prawdopodobnie najlepszy)

Włosy w zaburzeniach hormonalnych:

Nadczynność tarczycy:

- Włosy cienkie, połyskliwe
- Wypadają, ale nie niepokojąco
- Łysienie może przyjąć postać rozlaną (powoli, sukcesywnie przerzedzenie głównie w okolicy czołowej)
- Przerzedzenie włosów na narządach płciowych
- Włosy "wiecznie przetłuszczone"

Inne zmiany:

- **Plama mongolska** – u pacjentów, których rodzice są z różnych ras (biała i azjatycka), wygląda jak siniak, może być pojedyncza lub więcej plam, z czasem mniej intensywna, ale nie znika całkowicie
- **Plamy typu kawy z mlekiem** – pojedyncze nie stanowią zagrożenia, ale bardzo duża ilość (> 5-10 w danym obszarze) nasuwa konieczność obserwacji w kierunku nerwiakowłókniowości
- **Naczyniaki** (różne rodzaje) – płaskie, truskawkowe, mogą być w różnych miejscach, stanowią problem szczególnie w okolicach, które będą się rozwijać (np. okolica brodawki sutkowej u dziewczynek)
- **Propranolol** – dobre efekty leczenia naczyniaków, ale nie obojętny dla serca (pacjenci często na oddziale do kwalifikacji)
- **Plamy łososiowe** ("uszczyptnięcie bociana", "pocałunek anioła na dobranoc") – zmiany, które same się wycofują, ale potrzebują czasu (rok, dwa)
- **Plama winna** – bardzo intensywna zmiana (odniesienie do czerwonego wina)
- **Trądzik noworodków** – absolutnie nic się nie robi, nie wyciska, utrzymuje w czystości i suchości, efekt nadmiernej ilości hormonów z krwi pępowinowej, samo się wycofa
- **Pieluszkowe zapalenie skóry:**
 - I stopień: dotyczy tylko szpary sromowej
 - II stopień: obejmuje całe wargi sromowe
 - III stopień: wychodzi poza obszar warg sromowych (bardzo nasilone)
 - Leczenie: wyeliminowanie konkretnej pieluchy (firmy), czasem przejście na pieluszki materiałowe
- **Rumień toksyczny** – plamy z czubeczkami, same znikają
- **Ciemieniucha** – nadmierne łuszczenie, kiedyś wiązano z brakiem higieny, obecnie wiadomo, że może być objaw nadwrażliwości, alergii na to, co mama spożywa (u dzieci karmionych piersią)

2. Badanie stanu psychicznego pacjentów

Dla pacjentów pediatrycznych i dorosłych

Źródła:

- Literatura podstawowa (prof. Dykova, prof. Obuchowicz)
- Materiały dodatkowe
