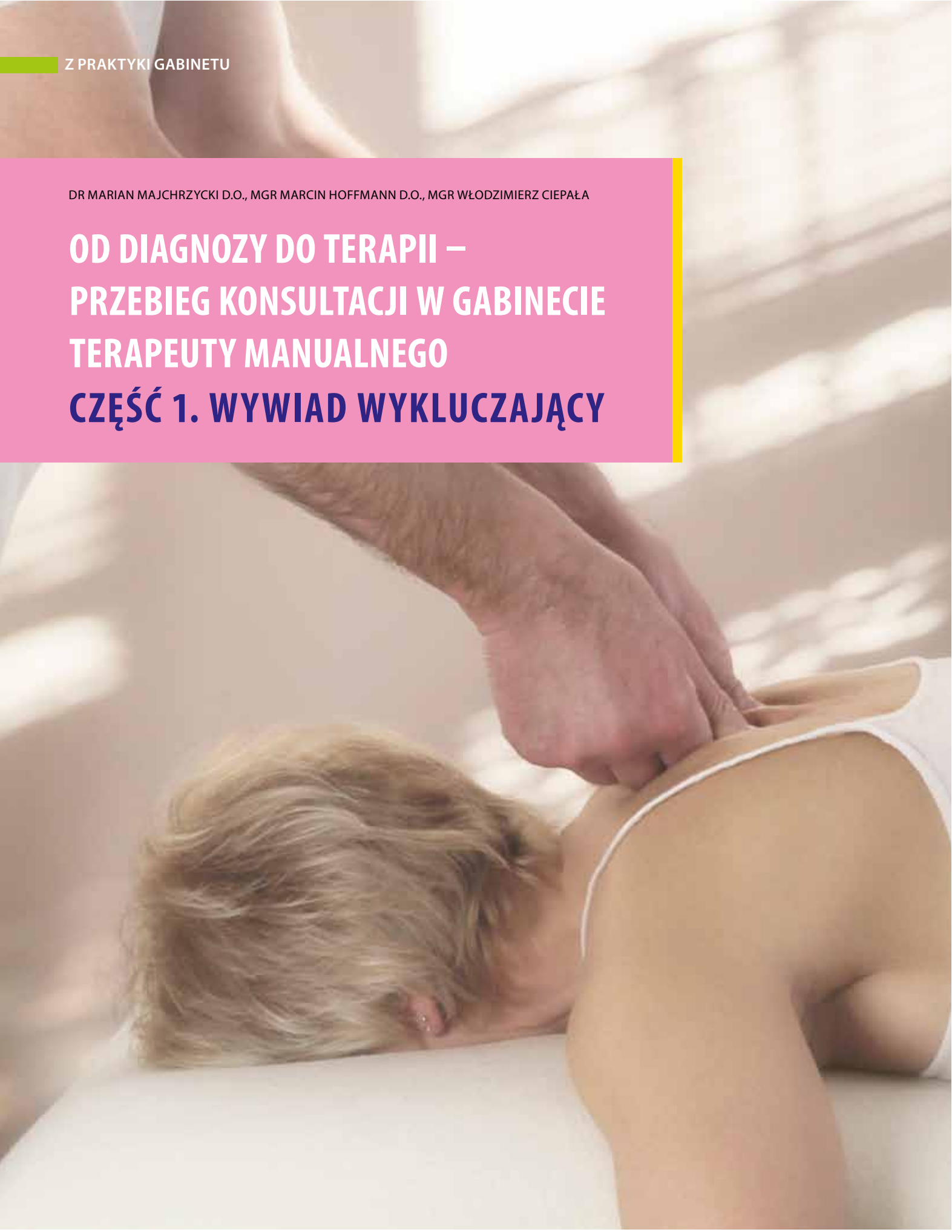
DR MARIAN MAJCHRZYCKI D.O., MGR MARCIN HOFFMANN D.O., MGR WŁODZIMIERZ CIEPAŁA

OD DIAGNOZY DO TERAPII – PRZEBIEG KONSULTACJI W GABINECIE TERAPEUTY MANUALNEGO

CZĘŚĆ 1. WYWIAD WYKLUCZAJĄCY



Przebieg konsultacji zawsze powinien wyglądać tak samo, składa się z następujących elementów:

1. Wywiad
2. Oglądanie
3. Testy ruchomości globalne
4. Diagnostyka palpacyjna
5. Testy specyficzne/kliniczne
6. Testy ruchomości stawowej i tkankowej
7. Badania dodatkowe
8. Ocena/wnioski

WYWIAD

Wywiad rozpoczynamy od zebrania danych personalnych, potrzebnych nam do identyfikacji pacjenta (wiek, płeć, wykonywana praca teraz i w przeszłości, aktywność fizyczna). Jednym z pierwszych pytań jest aktualny powód konsultacji. Ważny jest dla nas przebieg wcześniejszego leczenia zarówno związanego z aktualnymi dolegliwościami oraz przebyte choroby, dolegliwości, operacje, urazy – historia medyczna pacjenta. Zwracamy uwagę na choroby przewlekłe, np. choroby reumatyczne (RZS, ZZSK i inne), choroby neurologiczne (SM, ch. Parkinsona i inne), nadciśnienie, cukrzyca.

Jednym z ważniejszych punktów wywiadu są informacje na temat dolegliwości współtowarzyszących zarówno z układu ruchu jak i innych układów i narządów. Charakterystycznym objawem schorzeń z narządu ruchu są dolegliwości nasilające się podczas aktywności ruchowej, najczęściej mają charakter mechaniczny. Należy także zachować ostrożność w ocenie objawów. Występuje szereg schorzeń, które nie są związane z kontekstem mechanicznym (przeciążeniowym), ale z chorobami mającymi swoje podłoże w innych układach i narządach wewnętrznych, których dolegliwości mają podobny obraz. Należy je bezwzględnie zróżnicować.

Należy zapytać o dolegliwości związane z:

- **układem oddechowym:** bóle w klatce piersiowej, problemy z oddychaniem, duszność, kaszel, chrypka, męczliwość;
- **układem sercowo-naczyniowym:** ból podczas wysiłku, męczliwość, stwierdzone nadciśnienie, cukrzyca, ból łydek podczas chodzenia, obrzęki kończyn dolnych, zawroty głowy, omdlenia, problemy z oddawaniem moczu;
- **układem trawiennym:** uczucie zgagi, pieczenie zamostkowe, bóle brzucha, podbrzusza, nudności, wymioty, problemy z defekacją, krew w stolcu, smoliste stolce, bóle nasilające się lub ustępujące po jedzeniu;

Tab. 1. Objawy stanu ogólnego zapalnego

▪ Podwyższona temperatura ciała
▪ Podwyższone tętno
▪ Osłabienie, zmęczenie
▪ Ogólne rozbicie (złe samopoczucie)
▪ Zwiększenie potliwości
▪ Niepokój, dreszcze
▪ Uczucie „łamania w kościach”

Tab. 2. Cechy stanu zapalnego – miejscowego

▪ Ból
▪ Obrzęk
▪ Podwyższona ciepłota
▪ Zaczerwienienie
▪ Zaburzenie funkcji

- **układem moczowo-płciowym:** nieprawidłowości dotyczące moczu – zmiana barwy, zapachu, ilości, krew w moczu, nietrzymanie moczu.

Pytania te są ważne w kontekście rzutowania dolegliwości z narządów wewnętrznych. Należy więc skorelować dolegliwości, z którymi przychodzi pacjent z objawami z danego układu. Powinno się także zapytać o wywiad położniczy oraz choroby psychiczne, jeżeli podejrzewamy uzyskanie istotnych dla terapii informacji. Wywiad dopełniają informacje dotyczące zażywanych leków, stylu życia, stosowanych używek oraz wywiad rodzinny.

Ważne jest zwrócenie uwagi na objawy ogóle stanu zapalnego oraz cechy miejscowego stanu zapalnego – znajdziemy w tabelkach obok. Szczególnie ważne są też tzw. czerwone flagi czyli objawy, których nie wolno nam zignorować.

BADANIA DODATKOWE

Badaniami przydatnymi w pracy terapeuty manualnego są: zdjęcie RTG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, USG, badania biochemiczne. Zdjęcie RTG ukazuje stan kośćca i stawów (złamania, zmiany zwyrodnieniowe, anomalia rozwojowe, skolioza, zmniejszenie przestrzeni międzykręgowej, osteoporoza, nowotwory, guzy). Tomografia komputerowa ocenia narząd ruchu i inne wybrane układy. Rezonans magnetyczny ukazuje tkanki miękkie, dyskopatie, uszkodzenia mięśni i powięzi. USG narządu ruchu przedstawia stan mięśni, ścięgien oraz łąkotki, kaletki czy płyny w jamie stawowej. Badania biochemiczne krwi – morfologia, OB, CRP będą wykładnikami stanu zapalnego.

Kontynuacja w kolejnych numerach czasopisma „Praktyczna Fizjoterapia i Rehabilitacja".

W drugiej części artykułu przeczytacie Państwo o diagnostyce wykluczającej oraz różnicowej w zakresie badania przedmiotowego.

Tab. 3. Objawy, których nie wolno nam zignorować – tzw. czerwone flagi

▪ Gorączka nasilająca się nocą
▪ Stany podgorączkowe
▪ Brak pozycji przeciwbólowej
▪ Bóle niereagujące na zwykłe leki przeciwbólowe
▪ Chudnięcie i ogólne wyniszczenie, brak apetytu (jeśli nagle pacjent tyje, może wskazywać np. na zatrzymanie wody lub guzek)
▪ Nieuzasadnione przybranie masy
▪ Przewlekły kaszel, chrypka, krwioplucie
▪ Zaburzenia oddawania moczu
▪ Zaburzenia trawienne
▪ Krwawienia (z otworów anatomicznych lub do jam ciała)
▪ Gwałtowne, nasilające się objawy w czasie
▪ Nieznana przyczyna, nieznany mechanizm
▪ Brak oczekiwanych efektów terapii lub pogarszający się stan
▪ Wznowa, powracające objawy
▪ Objawy symetryczne, np. promieniowanie do obu kończyn dolnych to zespół ogona końskiego
▪ Bóle nocne
▪ Ból trudny do zlokalizowania

dr MARIAN MAJCHRZYCKI D.O.
Akademia Terapii Manualnej www.akademiatm.pl,
Klinika Rehabilitacji Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

mgr MARCIN HOFFMANN D.O.,
mgr WŁODZIMIERZ CIEPAŁA
Akademia Terapii Manualnej www.akademiatm.pl

Akademia
Terapii Manualnej

KURS TERAPII MANUALNEJ

DIAGNOSTYKA RÓŻNICOWA I LECZENIE MANUALNE W DYSFUNKCJACH NARZĄDU RUCHU

KURS DLA FIZJOTERAPEUTÓW I LEKARZY

OD DIAGNOZY DO TERAPII

Dowiesz się jak w praktyce przeprowadzić diagnostykę i w prawidłowy sposób zaplanować leczenie oraz kiedy skierować pacjenta do innego specjalisty

INFORMACJA O KURSIE

kontakt@akademiatm.pl

www.akademiatm.pl

Kurs posiada Akredytację Ministerstwa Edukacji Narodowej i Sportu. Kurs jest akredytowany przez Polskie Towarzystwo Fizjoterapii

Kontynuacja artykułu z ostatniego numeru

DR MARIAN MAJCHRZYCKI D.O., MGR MARCIN HOFFMANN D.O.,
MGR WŁODZIMIERZ CIEPAŁA

OD DIAGNOZY DO TERAPII – PRZEBIEG KONSULTACJI W GABINECIE TERAPEUTY MANUALNEGO

CZĘŚĆ 2. BADANIE PACJENTA

Przebieg konsultacji zawsze powinien wyglądać tak samo, składa się z następujących elementów:

1. Wywiad
2. Oglądanie pacjenta
3. Testy ruchomości globalne
4. Diagnostyka palpacyjna
5. Testy specyficzne/kliniczne
6. Testy ruchomości stawowej i tkankowej
7. Badania dodatkowe
8. Ocena wnioski

Ad 3

Oglądanie pacjenta – postawy ciała, sposobu poruszania się.

Obserwując postawę ciała pacjenta, oglądamy go z przodu z boku i z tyłu, kierując się z góry na dół. Z ustawienia części ciała w przestrzenie i względem siebie wnioskujemy o napięciach mięśniowo-powięziowych i funkcjonowaniu pacjenta – np. reakcji na stres, nawykach, powtarzanych codziennie czynnościach.

Zwracamy uwagę na:

- Ustawienie głowy i szyi:
  - z przodu: linia oczu, zaburzenie linii pośrodkowej (Co-C1),
  - z boku: wysunięcie brody do przodu, napięcie na poziomie potylicy, pogłębienie lub wypłaszczenie lordozy szyjnej;
- Ustawienie barków – najczęstsze zaburzenie występuje ku przodowi i ku górze;
- Napięcie mięśniowe górnej części ciała – dominacja mięśni tonicznych: mm. mostkowo-obojczykowo-sutkowe, mm. żwacze, mm. pochyłe, mm. podpotyliczne, mm. prostowniki w odcinku szyjnym, m. czworoboczne części wstępujące, mm. dźwigacze łopatki, mm. piersiowe większe i mniejsze;
- Ułożenie kończyn górnych – dominacja mięśni zginaczy i rotatorów wewnętrznych;
- Budowa klatki piersiowej, ustawienie mostka, obojczyków, żeber;

- Sposób oddychania (tor górnożebrowy, dolnożebrowy, przeponowy, zmniejszone używanie części klatki piersiowej);
- Krzywizna kręgosłupa w odcinku piersiowym – zwiększenie lub zmniejszenie kifozy, skolioza;
- Odcinek lędźwiowy – zwiększenie lub zmniejszenie lordozy, napięcie mięśni brzucha;
- Miednica:
  - z przodu/z tyłu: kolce biodrowe – położenie względem siebie, ustawienie talerzy biodrowych,
  - z boku: tyłopochylenie, przodopochylenie miednicy;
- Napięcie mięśniowe okolicy lędźwiowej, miednicy i kończyny dolnej – dominacja mięśni tonicznych: mm. czworobocznych lędźwi, mm. prostowników w odcinku lędźwiowym, mm. najszerszych grzbietu, mm. biodrowo lędźwiowych, mm. prostych uda, mm. gruszkowatych, mm. naprężaczy powięzi szerokiej, mm. przywodzicieli, mm. grupy kulszowo-goleniowej, mm. brzuchatych łydki (szczególnie głowy przyśrodkowej), mm. płaszczkowatych;
- Wielkość mięśnia czworogłowego uda, napięcie pasma biodrowo-piszczelowego;
- Kolana – szpotawość koślawość, przeprost;
- Podudzie, stopa:
  - z tyłu: wielkość mięśni łydki, ustawienie ścięgna Achillesa, pięty,
  - z boku: kąt podudzia w stosunku do stopy,
  - łuki stopy.

Ad 4

Testy ruchomości globalne. Oceniamy zakresy ruchów oraz ból

Czynny zakres ruchu:

- bolesny ruch czynny: badanie ogólne – określenie sektora;
- niebolesny ruch czynny może świadczyć, że to:
- nie ten sektor,
- ból przeniesiony jest z innej strefy;
- ból czynny w wielu kierunkach – przeciwwskazanie do terapii.

Bierny zakres ruchu:

- ciąganie struktur niekurczliwych (torebka stawowa, więzadła, kaletki
- opona twarda, pochewki korzeni nerwowych);
- ból przy ruchach biernych w kilku kierunkach – może świadczyć o zmianach patologicznych, przeciwwskazanie do terapii.

Ruch przeciw oporowi

W testach oporowych oceniamy: mięśnie – brzusiec i ścięgna, nacisk mięśni na kaletkę. Objawy:

- ból i/lub osłabienie (problem mięśniowy, neurologiczne),
- osłabienie i ból (uszkodzenie),
- osłabienie przez ból (uszkodzenie jednostki mięśniowej, ścięgna),
- osłabienie bez bólu (układ nerwowy, mięśniowy, np. miopatia, choroby reumatologiczne),
- ból we wszystkich kierunkach – może świadczyć o zmianach patologicznych, przeciwwskazanie do terapii.

Ad 5

Testy specyficzne/kliniczne:

- **neurologiczne**, np. badanie czucia, siły mięśniowej i odruchów ściągnistych, test Lasequ'a,
- **ortopedyczne**, np. test Schobera, test Patrica, test Menella, test Appleya, test szuflady przedniej, test bolesnego łuku barku itp.,
- **naczyniowe**, np. badanie tętna, zgięcie grzbietowe stopy przy zakrzepicy, wydolnościowe, reakcja ortostatyczna, różnica ciśnień pomiędzy kończynami górnym),
- inne.

Ad 6 Badanie palpacyjne

Badanie palpacyjne tkanek miękkich opiera się na ocenie jakości tkanki oraz tzw. odpowiedzi tkankowej. Oceniamy:

- temperaturę skóry,
- teksturę – strukturę tkanki,
- napięcie,
- przesuwanie powięzi, tkanek względem siebie,
- rzutowanie dolegliwości mięśniowo-powięziowych punktów spustowych.

Badamy struktury:

- mięśniowo-powięziowe,
- naczyniowe,
- nerwowe,
- kości, okostną,
- węzły chłonne (charakterystyka zmienionych chorobowo oraz lokalizacja).

Ad 7

Testy ruchomości:

- tkankowej,
- stawowej.

Ad 8

Badania dodatkowe – omówione w poprzednim artykule

Ad 5

Ocena i wnioski

Należy powiązać objawy kliniczne ze stanem ogólnym pacjenta oraz jego stylem życia. Należy zdecydować, czy wykonujemy terapię, w którym miejscu oraz jakie techniki są najodpowiedniejsze i najbezpieczniejsze dla danego pacjenta. Szczególną uwagę zwracamy na przeciwwskazania do zabiegów.

dr MARIAN MAJCHRZYCKI D.O.
Akademia Terapii Manualnej www.akademiatm.pl, Klinika Rehabilitacji Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

mgr MARCIN HOFFMANN D.O.,
mgr WŁODZIMIERZ CIEPAŁA
Akademia Terapii Manualnej www.akademiatm.pl

Akademia
Terapii Manualnej

KURS TERAPII MANUALNEJ

DIAGNOSTYKA RÓŻNICOWA I LECZENIE MANUALNE W DYSFUNKCJACH NARZĄDU RUCHU

KURS DLA FIZJOTERAPEUTÓW I LEKARZY

OD DIAGNOZY DO TERAPII

Dowiesz się jak w praktyce przeprowadzić diagnostykę i w prawidłowy sposób zaplanować leczenie oraz kiedy skierować pacjenta do innego specjalisty

INFORMACJA O KURSIE

kontakt@akademiatm.pl

www.akademiatm.pl

Kurs posiada Akredytację Ministerstwa Edukacji Narodowej i Sportu. Kurs jest akredytowany przez Polskie Towarzystwo Fizjoterapii