

Προσέγγιση στον άρρωστο

Προσέγγιση στον άρρωστο Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ	21
Γενικοί κανόνες και αρχές διάγνωσης στην εσωτερική παθολογία Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ	23

Προσέγγιση στον άρρωστο

Μ. Παπαδημητρίου

Η προσέγγιση στον άρρωστο είναι ο τρόπος που μεθοδεύει ο θεράπων ιατρός, ώστε ο ασθενής να μπορέσει να αναδείξει και να αναφέρει συμπτώματα και στοιχεία του ιστορικού του που θα βοηθήσουν στην έγκαιρη και ασφαλή διάγνωση και φυσικά, στη σωστή θεραπευτική αγωγή. Η Ιατρική Επιστήμη, που είναι και τέχνη συγχρόνως, συνδυάζει την ιατρική γνώση με τη σωστή κρίση, αλλά και την ενόραση που δεν είναι πάντα στο ίδιο επίπεδο σε κάθε επιστήμονα.

Τα τελευταία χρόνια η τεχνολογική πρόοδος έχει φθάσει σε τέτοιο σημείο, ώστε ασφαλώς βοηθάει στην ασφαλή διάγνωση και θεραπεία, αλλά ορισμένες φορές ο γιατρός ξεχνάει ότι ο συνάνθρωπος που πάσχει χρειάζεται ειδική φροντίδα. Πράγματι, ο ασθενής είναι άτομο φοβισμένο που ελπίζει, αναζητεί ανακούφιση, καθησύχηση και βοήθεια. Είναι γεγονός ότι ακόμη και τα σύγχρονα Νοσοκομεία εξακολουθούν να είναι ανεπιθύμητο περιβάλλον για τον άρρωστο, ο οποίος συχνά περιβάλλεται από κουμπιά μηχανημάτων, φώτα μικρά και μεγάλα, σωλήνες και καλώδια κ.ο.κ. Έτσι ο γιατρός και το νοσηλευτικό προσωπικό, αποτελούν τον μόνο σύνδεσμο του αρρώστου με τον “έξω” κόσμο.

Ο ιδανικός γιατρός που εξασκεί κλινική ιατρική δεν μπορεί να είναι μισάνθρωπος, ακόμη και αν έχει αποκτήσει εκπληκτικές

διαγνωστικές ικανότητες με τη νέα τεχνολογία. Η προσέγγιση στον άρρωστο πρέπει να γίνεται ως άτομο και όχι ως περίπτωση. Η τεχνολογική πρόοδος, η αυξημένη γεωγραφική μετακίνηση αρρώστων και γιατρών και η αδυναμία του ασθενούς να επιλέγει τον γιατρό του στα διάφορα συστήματα υγείας προκαλούν το παραπάνω φαινόμενο. Από την άλλη πλευρά, για έναν βαριά άρρωστο απασχολούνται πολλοί γιατροί, λόγω των πολλαπλών προβλημάτων του, και συγχρόνως στα περισσότερα κράτη του κόσμου γίνεται προσπάθεια μείωσης του κόστους νοσηλείας, γεγονός που έρχεται σε αντίφαση με την προσπάθεια αποκατάστασης της υγείας ενός αρρώστου με τον καλύτερο και πιο αποτελεσματικό τρόπο. Έτσι, ως συνέπεια παρατηρείται μια αυξημένη τάση μερίδας αρρώστων που εκφράζουν την απογοήτευσή τους για το εκάστοτε σύστημα υγείας.

Στη λήψη του ιστορικού, ο γιατρός συζητάει απευθείας με τον ασθενή πρόσωπο με πρόσωπο. Ο γιατρός ρωτάει χωρίς να κατευθύνει το ιστορικό, αλλά συγχρόνως βοηθάει τον άρρωστο να μιλήσει για τα προβλήματά του χωρίς να παρασύρεται σε τυχόν πολυλογίες, στις οποίες μερικοί άρρωστοι επιδίδονται. Τέλος, η τήρηση αρχείου είναι απαραίτητη, όπως και η παρουσία νοσηλευτικού προσωπικού στο χώρο εξέτασης.

Στο ατομικό αναμνηστικό ο γιατρός ρω-

τάει για την καταγωγή του αρρώστου, τα προβλήματα της παιδικής του ηλικίας, την εργασία του ασθενούς και τις συνθήκες που επικρατούν στο σπίτι και την οικογένειά του. Στο οικογενειακό ιστορικό μπορεί να υπάρχουν (οικογενειακά) νοσήματα με οικογενειακή προδιάθεση σε ορισμένες παθήσεις, όπως π.χ. στο σακχαρώδη διαβήτη, στην εμφάνιση καρκίνου κ.ά.

Στη φυσική εξέταση ο ασθενής πρέπει να εξετάζεται “από την κορυφή ως τα νύχια”. Μερικές φορές η καλή φυσική εξέταση μαζί με το ιστορικό δίνουν τη διάγνωση, όπως για παράδειγμα στη χολολιθίαση (σημείο Murphy) και νεφρολιθίαση (αποβολή λίθου).

Οι εργαστηριακές δοκιμασίες, που τελευταία ίσως έχουν υπερτονισθεί, χρειάζονται για την τελική επιβεβαίωση της διάγνωσης. Οι εξετάσεις ρουτίνας, που γίνονται σε ομάδες πληθυσμών (screening test) για την αναζήτηση ορισμένων παθήσεων χωρίς θορυβώδη συμπτώματα, καλό είναι να γίνονται με καθορισμένο κλινικό πρωτόκολλο και με σαφείς στόχους τελικής αξιολόγησης.

Από τις απεικονιστικές μεθόδους, η υπερηχογραφία και η αξονική τομογραφία έχουν βοηθήσει ιδιαίτερος τη διάγνωση πα-

θήσεων που παλαιότερα ανακαλύπτονταν μόνο σε νεκροτομές. Επομένως, με τη λογική χρήση των μεθόδων αυτών η ιατρική διάγνωση έχει βοηθηθεί πάρα πολύ τα τελευταία 15 χρόνια. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι οι φυσικές μέθοδοι εξέτασης, όπως είναι η επισκόπηση, η επίκρουση, η ακρόαση και η ψηλάφηση, καταργήθηκαν. Αντίθετα, πρέπει να εφαρμόζονται επιμελώς τουλάχιστον μέχρι σήμερα γιατί βοηθούν ουσιαστικά στην καλύτερη προσέγγιση του γιατρού προς τον άρρωστο.

Έχει υπολογισθεί ότι ο πληθυσμός της γης με ηλικία πάνω από 65 χρόνια θα τριπλασιασθεί την επόμενη 30ετία. Διαμορφώνεται λοιπόν μία νέα εξειδίκευση στη φροντίδα του ηλικιωμένου, διότι οι ηλικιωμένοι έχουν διαφορετικό μεταβολισμό στα φάρμακα (διγοξίνη) και είναι πιο ευαίσθητοι σε ορισμένα άλλα (βενζοδιαζεπίνες). Η εκπαίδευση του γιατρού, ακόμη και όταν έχει τελειώσει τις σπουδές του, πρέπει να είναι συνεχής. Το διάβασμα πρέπει να είναι καθημερινό, να συμβουλευτεί τους συναδέλφους του και να παρακολουθεί συνέδρια και σεμινάρια, δηλαδή να είναι ένας ακούραστος “φοιτητής Ιατρικής”.

Γενικοί κανόνες και αρχές διάγνωσης στην εσωτερική παθολογία

Μ. Παπαδημητρίου

Ο νοσοκομειακός άρρωστος μπορεί να παρομοιαστεί με το “μαύρο κουτί” του χαμένου αεροπλάνου. Οι Νοσολογίες που περιγράφουν τα νοσήματα ένα προς ένα δεν βοηθούν αποτελεσματικά στο να συνθέσουν την τελική διάγνωση. Επομένως, ο γιατρός καλείται να απαντήσει σε ορισμένα ερωτήματα, στα οποία θα βασιστεί για να ξεκινήσει να σκέπτεται, από το σύμπτωμα και τα ευρήματα του αρρώστου τη διάγνωση και όχι αντίστροφα, όπως περιγράφουν τα συνήθη ιατρικά βιβλία.

Τα ερωτήματα που χρειάζονται απάντηση όταν έρχεται ο ασθενής με κάποιο πρόβλημα είναι τα εξής:

- α) Ποιός είναι ο συγκεκριμένος άρρωστος, δηλ. ποιά είναι η προσωπικότητά του;
- β) Ποιό είναι το κύριο ενόχλημά του;
- γ) Ποιές πληροφορίες μπορούν να ληφθούν από το ιστορικό και την κλινική εξέταση;
- δ) Πώς θα επιβεβαιωθεί η κλινική διάγνωση;
- ε) Ποιά είναι η σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση;

Στην προσωπική επικοινωνία του ασθενούς με το γιατρό πρέπει να αποκτηθεί ένα αίσθημα αμοιβαίας εμπιστοσύνης. Το πρώτο μέλημα του γιατρού είναι να καταγράψει την αιτία της προσέλευσης του ασθενούς

στο ιατρείο, τον τρόπο εμφάνισης των συμπτωμάτων και τα ζωτικά σημεία του αρρώστου, δηλ. να καταγράψει την αρτηριακή πίεση, τον αριθμό των αναπνοών και των σφύξεων και τη θερμοκρασία του σώματος.

Ο τρόπος εμφάνισης της νόσου πρέπει να αξιολογηθεί με βάση το εάν εμφανίζεται με οξέα φαινόμενα, ή εάν παρουσιάζεται με υποξεία ή χρονία έναρξη των συμπτωμάτων. Ένα σημαντικό αντικειμενικό παθολογικό εύρημα είναι η εμφάνιση του πυρετού. Ο πυρετός εκλύεται μετά από παραγωγή κεντρικών ή οφείλεται σε διαταραχές του κεντρικού υποθαλάμου ή σε καταστάσεις με αυξημένο μεταβολισμό. Επίσης, σημαντικό είναι να αξιολογούνται οι αλλαγές στη διανοητική κατάσταση του αρρώστου που εμφανίζει παθολογικό πρόβλημα, είτε είναι λοίμωξη, είτε βλάβη του ήπατος, του νεφρού κ.ο.κ. (Πίν. 1.1).

Όλες αυτές οι καταστάσεις δίνουν στον θεράποντα ιατρό το σήμα ότι υπάρχει κά-

Πίνακας 1.1. Αλλαγές στη διανοητική κατάσταση

Σύγχυση
Παραλήρημα
Stupor (εμβροντησία)
Προκόμα - κόμα

ποιο επείγον πρόβλημα στον ασθενή που πρέπει το συντομότερο να αναταχθεί.

Το **κύριο σύμπτωμα**, για το οποίο προσέρχεται ο ασθενής στο ιατρείο ή το Νοσοκομείο, πρέπει να προσδιορισθεί όσον αφορά στην έναρξη, τη διαδρομή του και την αντικειμενικότητα στην περιγραφή από τον άρρωστο ανάλογα με την προσωπικότητά του. Είναι σημαντικό να καταγράφεται και να εστιάζεται η έρευνα στο βασικό πρόβλημα που εμφανίζει ο άρρωστος, κι αυτό συχνά είναι αρκετά δύσκολο. Νοσήματα που ξεκινούν σε σχετικά νεαρή ηλικία, όπως ο διάσπαρτος ερυθηματώδης λύκος, ή νοσήματα που αφορούν το άρρεν φύλο, όπως συμβαίνει στο σύνδρομο Alport, ή ασθενείς με καταγωγή από τη Μ. Ασία με ιστορικό οικογενούς μεσογειακού πυρετού στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον, κατά μεγάλο ποσοστό διαγιγνώσκονται εύκολα με βάση τις παραπάνω παραμέτρους. Από την άλλη πλευρά, ο τρόπος ζωής του αρρώστου, δηλαδή η κατάχρηση καπνίσματος, οινοπνεύματος, ή η ενδοφλέβια λήψη ναρκωτικών και η ομοφυλοφιλία, μας οδηγούν σε άλλες παθήσεις που είναι συχνές σε αυτές τις κατηγορίες των αρρώστων, όπως κατά σειρά και αντίστοιχα ο καρκίνος του πνεύμονα, η ηπατική ανεπάρκεια, η ηπατίτιδα C και B αλλά και η επίκτητη ανοσολογική ανεπάρκεια (AIDS).

Η διαφορική διάγνωση πρέπει να έχει ως σκοπό να αποδειχθεί ότι ο ασθενής με ποικίλα συμπτώματα πάσχει από ένα νόσημα. Π.χ. στη θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα, όπου προσβάλλονται το αίμα, ο εγκέφαλος και οι νεφροί του αρρώστου, η ποικιλία ευρημάτων είναι μεγάλη, αλλά η νόσος είναι μία. Προσοχή όμως, διότι υπάρχουν και εξαιρέσεις, δηλαδή ένας αριθμός ασθε-

νών έχει μία πάθηση στην οποία προστίθεται και μία άλλη, αλλά αυτό είναι εξαίρεση του κανόνα. Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι συχνές παθήσεις εμφανίζονται συχνά, αλλά προσοχή, μπορεί μία συχνή πάθηση να έχει ασυνήθη εμφάνιση. Η ομάδα των κλινικών γιατρών που θα ασχοληθεί με τον άρρωστο που προσέρχεται στο Νοσοκομείο, απαρτίζεται από μία αλυσίδα που ξεκινά από τον φοιτητή ιατρικής, προχωράει στον “εσωτερικό βοηθό” με την παλιά έννοια, περνάει στον εμπειρότερο “βοηθό”, που μπορεί να είναι και στον τελευταίο χρόνο της ειδικότητάς του, και τελειώνει στον ειδικό γιατρό που είναι και υπεύθυνος του θαλάμου. Συνήθως διάγνωση σε ποσοστό > 50% των περιπτώσεων έχει ήδη τεθεί από την αλυσίδα των γιατρών πριν από τον υπεύθυνο του θαλάμου. Είναι γεγονός ότι όταν δεν έχει τεθεί η σφραγίδα της διάγνωσης πριν από την επίσκεψη του ειδικού υπευθύνου ή του συμβούλου, τότε δύσκολα και μετά από μέρες θα μπορέσει να βρεθεί το αίτιο της πάθησης του αρρώστου. Επομένως, η σύνδεση της ομάδας των γιατρών που περιγράφηκε παραπάνω πρέπει να είναι άρρηκτη, έτσι ώστε και η απόδοση να βρίσκεται σε υψηλό επίπεδο.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η επιθυμία των νέων γιατρών να βάλουν διάγνωση, κατά προτίμηση σπανίων νοσημάτων χωρίς αντίστοιχα ευρήματα, δεν είναι σπάνιο φαινόμενο στην κλινική πράξη (“intern syndrome”).

Στον πίνακα 1.2 αναγράφονται οι αιτίες των παθήσεων που απαντώνται στην Εσωτερική Παθολογία στις Η.Π.Α.

Τα δεδομένα όμως έχουν αλλάξει την τελευταία 10ετία, π.χ. οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ακόμη και στην Ελλάδα, έχουν αυ-

Πίνακας 1.2. Σειρά εμφάνισης παθήσεων εσωτερικής παθολογίας στις Η.Π.Α.

1. Λοιμώξεις
2. Νεοπλασίες
3. Ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων
4. Επαγγελματικές παθήσεις
5. Καρδιαγγειακές παθήσεις
6. Νοσήματα συνδεδεικτού ιστού
7. Ιδιοπαθείς
8. Κοκκιοματώδεις νόσοι (μη λοιμώδεις)

ξηθεί σημαντικά.

Για τη θεραπεία χρειάζεται πρώτα η διάγνωση. Η “εμπειρική” λεγόμενη θεραπεία είναι απαραίτητη, όταν βασίζεται σε ορισμένα κλινικά δεδομένα με σκοπό να αποφύγει κανείς την υψηλή θνητότητα, με χαρακτηριστικό παράδειγμα τις επείγουσες σηπτικές καταστάσεις. Όταν όμως η κατάσταση του αρρώστου στο Νοσοκομείο είναι σταθερή, ο γιατρός οφείλει να περιμένει την οριστική διάγνωση, π.χ. με βάση τα αποτελέσματα που προκύπτουν από τις καλλιέργειες, τη βιοψία, κ.ο.κ.

Η εισαγωγή του ασθενούς στο Νοσοκομείο είναι αναγκαία, όταν η κατάστασή του είναι κρίσιμη, με βάση τα ζωτικά του ση-

μεία, και όταν στο σπίτι δεν είναι εφικτές θεραπευτικές παρεμβάσεις χωρίς να τίθεται σε σημαντικό κίνδυνο η υγεία του αρρώστου.

Τελειώνοντας αυτό το κεφάλαιο, τουλάχιστον για την Ελλάδα πρέπει να γνωρίζουμε ότι ο γιατρός εξακολουθεί να βρίσκεται στη φάση που ο ίδιος είναι ο καταγραφέας (“monitor”) της πορείας του νοσηλευόμενου αρρώστου.

Δυστυχώς, στο νοσηλευτικό προσωπικό δεν δίνονται οι ανάλογες πρωτοβουλίες, αλλά και η τεχνολογική υποστήριξη σε πολλά Νοσοκομεία δεν φθάνει στα επίπεδα του σύγχρονου εξοπλισμού που οι καιροί απαιτούν. Τέλος, μία γενική αρχή στη θεραπεία είναι το “δόγμα” των πεπειραμένων γιατρών που υποστηρίζουν ότι: “μην αλλάξεις τη θεραπεία αν όλα πάνε καλά”, όπως π.χ. συμβαίνει στην εφαρμογή συνδυασμού αντιβιοτικών σε άρρωστο, όπου οι καλλιέργειες των μικροοργανισμών μπορεί να δείχνουν μεγαλύτερη ευαισθησία σε άλλα αντιβιοτικά που όμως δεν έχουν την ανάλογη φαρμακοκινητική, για να καταπολεμήσουν τη συγκεκριμένη λοίμωξη.