

Szok kulturowy – pacjent ikoną, ikona pacjentem

Pierwszego dnia jako nadzorujący specjalista w nowym szpitalu spotkałem się z młodszymi lekarzami i studentami w pokoju lekarskim, przytulnym bunkrze wypełnionym świecącymi monitorami. Zaproponowałem, żebyśmy zamiast siedzieć i słuchać o pacjentach, poszli ich zobaczyć. Moi współpracownicy zrobili to z chęcią, chociaż prawdopodobnie sądzili, że wszystko, czego potrzebowałem, aby zająć się pacjentami – niezbędne wyniki badań obrazowych i laboratoryjnych – już znajdowało się w pokoju lekarskim. Z mojej perspektywy nie było tam jednak najważniejszego elementu.

Przez kilka następných tygodni starałem się, abyśmy spędzali jak najmniej czasu w bunkrze. Byli to doskonali rezydenci, którzy bardzo troszczyli się o dobro pacjentów. Z przyjemnością oglądali pokazywane im często występujące objawy – białe paznokcie w chorobie wątroby, dodatkowy sutek, przykurcz Dupuytręna, powiększenie ślinianek przyusznych, pajęczki naczyniowe, plamy typu café au lait, paradoksalne rozdwojenie drugiego tonu serca w bloku lewej odnogi pęczka Hisa, objawy porażenia rzekomoopuszkowego – które obecnie są rzadko rozpoznawane. Kiedy uderzałem w dłoń pacjenta i wywoływałem w ten sposób skurcz mięśnia bródkowego – odruch dłoniowo-bródkowy, znany także jako odruch Marinesco – Radioviciego – było to dla nich niczym magia. Mimo to wymogi wypełniania elektronicznej dokumentacji medycznej (EMR – *electronic medical record*), zapewniania odpowiedniego przepływu pacjentów w systemie oraz przestrzegania ograniczeń czasu pracy powodowały, że rezydenci spędzali zdumiewająco dużo czasu przed monitorami systemu EMR: były to ich wrota do konsultantów, apteki szpitalnej, laboratorium i pracowni radiolo-

gicznej. System ten miał im służyć, ale czasami wydawało się, że jest odwrotnie.

To doświadczenie pracy na oddziale zwróciło moją uwagę na narastającą sprzeczność między dwoma podejściami do pacjentów. W pierwszym z nich – nazwijmy je tradycyjnym – ciało jest tekstem, który się zmienia, i musi być często oglądane, dotykane, opukiwane i osłuchiwane. Zapach w pokoju, opinia członka rodziny sprzeczna z tym, co mówi pacjent, nierówna powierzchnia wątroby, klonus, wygładzenie fałdu nosowo-wargowego, zachrypnięty głos – wiele takich sygnałów ułatwia nam zrozumienie choroby pacjenta, a na tej podstawie dokonanie selekcji zgromadzonych danych. Dzięki takiemu podejściu można łatwiej sobie poradzić z problemem „rozpoznanioma” (*chartoma*) [od ang. *chart* – dokumentacja medyczna, historia choroby – przyp. tłum.] – nazw chorób unieśmiertelnionych przez ich ciągłe kopiowanie w dokumentacji pacjentów, co powoduje, że już przez samo to powtarzanie cieniutki strumyk niedomykalności trójdzielnej staje się gwałtownym potokiem.

Natomiast ten drugi sposób – nazwijmy go przyspieszonym – nie jest formalnie nauczany, a mimo to wydaje się, że rezydenci opanowali go niezależnie od tego, gdzie w Stanach Zjednoczonych uczyli się medycyny. Pacjent jest wciąż w centrum, ale bardziej jako ikona na monitorze będąca zupełnie inną, ubraną w cyfrowy garnitur istotą: elektronicznym i-pacjentem. Ponieważ personel izby przyjęć przeprowadził już niezbędne badania i ustalił rozpoznanie, lekarze na oddziale napotyka ją w pełni uformowanego i-pacjenta na długo przed zobaczeniem pacjenta rzeczywistego. Wyniki badań laboratoryjnych i inne emanacje elektronicznego pacjenta są śle-

Abraham Verghese, MD

Senior Associate Chair for the Theory and Practice of Medicine, Stanford University, Stanford, Kalifornia, USA

Culture Shock – Patient as Icon, Icon as Patient
N Engl J Med 2009; 359:
2748-2751

Tłum. dr n. med. Piotr Jędrusik

Dział koordynowany przez prof. dr. hab. med. Tomasza Pasierskiego



Patient-Oriented
Medicine

dzone niczym wskaźnik Dow Jones, a automatycznie generowane ostrzeżenia przypominają opiekunom, że nadszedł czas na karmienie albo pobranie krwi. Przypadki i-pacjentów są wygodnie omawiane (a właściwie „przeklikiwane”) w bunkrze, podczas gdy prawdziwi pacjenci grzeją łóżka i sprawiają, że opatrzone ich nazwiskami foldery w komputerze mogą pozostać przy życiu.

Problem z tym podejściem, w którym dokumentacja zastępuje pacjenta, polega na tym – cytując Alfreda Korzybskiego, ojca semantyki ogólnej – że mapa nie jest terenem, który przedstawia. Gdy rezygnuje się z umiejętnego i powtarzanego badania rzeczywistego pacjenta, to proste rozpoznania i nowe objawy zostają przeoczone, natomiast zleca się badania, konsultacje i procedury, które mogą nie być potrzebne.¹ Każdy doświadczony lekarz widział przykłady popełnianych w ten sposób błędów: poszerzone żyły szyjne, obrzęki stóp, przyrost masy ciała oraz powiększenie serca rozpoznane jako zapalenie płuc zamiast zastoinowej niewydolności serca, ponieważ przywiązano zbyt dużą wagę do nacieków widocznych na zdjęciu rentgenowskim klatki piersiowej; przeoczone zatory w przebiegu zapalenia wsierdza u gorączkującego chorego; opisane przez stażystę „małe nieprawidłowe masy w jamie brzusznej” w rzeczywistości będące podskórnymi nerwiakowłókniami, obecnymi również na powierzchni klatki piersiowej, przedramion i ud – wszędzie tam, gdzie badający mógł położyć rękę. Finansowe koszty niedokładnych obserwacji, które prowadzą do niepotrzebnych lub ryzykownych badań dodatkowych, nie są znane: w naszym systemie opieki zdrowotnej, w którym w menu nie ma cen,² możemy zamawiać *filet mignon* podczas każdego posiłku.

Z pedagogicznego punktu widzenia najtragiczniejsze w tej tendencji do zajmowania się i-pacjentami jest to, że takie podejście w najmniejszym stopniu nie może się równać z radością, podnieceniem, przyjemnością intelektualną, dumą, rozczarowaniem i lekcjami pokory, których mogą doświadczać szkolący się, gdy ich nauka odbywa się przy łóżku chorego i polega na badaniu rzeczywistych pacjentów. Jeśli lekarze nie poznają detektywistycznego charakteru naszej dyscypliny – wraz z wiążącą się z nim miłością i pasją – to mogą zacząć postrzegać internę jako zawód uprawiany przed ekranami komputerów.

Nawet jeżeli nam, w ośrodkach akademickich, udało się zignorować zanik umiejętności badania chorego, to nasi pacjenci łatwo dostrzegają ten brak. Mają świadomość, jak bardzo to pobieżne badanie przy łóżku chorego, przypominające ułaskawianie berłem suwerena przykładanie stetoskopu do mostka przez ubranie, różni się od umiejętnego, dokładnego badania przedmiotowego. W wykonywaniu rytuałów chodzi o przemianę, a kiedy rytuał badania zostanie przeprowadzony właściwie, przynajmniej wskazuje na zainteresowanie i zachęca do zaufania lekarzowi. Wzmacnia też relację pacjent–lekarz i zwiększa samarytańską rolę lekarzy³ – wszystko to są zbyt rzadko podnoszone argumenty, dla których powinniśmy podtrzymywać umiejętności ustalania rozpoznania na podstawie badania przedmiotowego.

W ciągu lat nauczania zaobserwowałem, że rezydenci coraz częściej podchodzą do pacjenta z niewielką nadzieją na stwierdzenie

namacalnych nieprawidłowości. Jeśli natomiast nawet taka nieprawidłowość się ujawni, tylko nieliczni rezydenci dążą do pogłębienia i analizy tej obserwacji. Większość zadowala się samym stwierdzeniem szmeru bez opisanego jego właściwości, wpływu próby Valsalvy, umiejscowienia uderzenia koniuszkowego, występowania unoszenia skurczowego prawej komory albo obecności najważniejszych współistniejących objawów. Ponieważ echokardiografia, rezonans magnetyczny i tomografia komputerowa umożliwiają dokładne scharakteryzowanie anatomii, badanie przedmiotowe jest zbyt często postrzegane jako zbędne. Zresztą wzorzec umieszczony w systemie EMR wymaga tylko jednego kliknięcia, aby zatwierdzić: „Serce: częstość skurczów prawidłowa, rytm miarowy, szmerów się nie stwierdza”. Trzeba podjąć wysiłek, aby zmienić ten opis. Krótko mówiąc, umiejętności oceny przy łóżku chorego zmniejszyły się, kiedy nastąpił rozwój technologii.

W jaki sposób osiągnęliśmy ten stan rzeczy? Wina leży po naszej stronie jako nauczycieli medycyny. Nie oczekujemy zbyt wiele przy łóżku chorego od szkolących się. Gdyby było inaczej, nalegalibyśmy, aby nosili oftalmoskopy, widełki stroikowe i młoteczki neurologiczne. W dzisiejszych czasach bycie specjalistą w ośrodku akademickim wymaga uczestnictwa w obchodach raz lub dwa razy dziennie, obecności przy zabiegach i dokumentowania wszystkiego. Starsi lekarze z dużym doświadczeniem w przyłóżkowej ocenie chorych uciekają od tych czasochłonnych obowiązków, dlatego rezydenci mają z nimi niewielki kontakt. W związku z tym lekarze nadzorujący to często świeżo wyszkoleni interniści, którzy dysponują dużą wiedzą o systemach opieki szpitalnej, wskaźnikach jakości, schematach leczenia oraz informatyce, ale badanie przy łóżku chorego może nie być ich najmocniejszą lub przedmiotem szczególnego zainteresowania.

Młodzi lekarze często argumentują, że objawy przedmiotowe nie znajdują potwierdzenia w „medycynie opartej na dowodach”. Oczywiście niektóre objawy są pomocne, a niektóre nie,⁴ dlatego potrzebne są dalsze badania w tej dziedzinie. Niemniej jednak rozpoznanie rumienia guzowatego albo stwierdzenie ściszenia szmeru pęcherzykowego i słumienia odgłosu opukowego nad dużym wysiękiem do opłucnej jest wartością samą w sobie. Studenci medycyny ostatniego roku są obecnie zmuszani do podróży do regionalnych centrów diagnostycznych, aby zdać kosztowny egzamin z „umiejętności klinicznych”, podczas którego z udziałem aktorów ocenia się komunikację, wrażliwość kulturową i rozumowanie diagnostyczne – bez rzeczywistych pacjentów z odchyleniami w badaniu przedmiotowym trudno to jednak uznać za ocenę prawdziwych umiejętności klinicznych. Egzamin specjalizacyjny z zakresu chorób wewnętrznych ma formę testu z pytaniami wielokrotnego wyboru; poświadczenie, że kandydaci posiadli wystarczające umiejętności kliniczne, pozostawia się w gestii dyrektorów programów szkolenia rezydentów. Opinia publiczna byłaby oburzona, gdyby pozwolono latać pilotom, którzy ani razu nie byli w powietrzu i nie prowadzili samolotu w obecności doświadczonego egzaminatora; standardy medycyny nie powinny być gorsze. Kiedy kilka razy poproszono mnie, abym obserwował moich własnych rezydentów podczas przeprowadzania badania przedmioto-

wego, wcale nie zamierzałem stawać im na drodze i mówić, że nie są jeszcze dostatecznie przygotowani, ponieważ ich umiejętności prawdopodobnie nie różniły się od umiejętności innych lekarzy kończących rezydenturę gdzie indziej w kraju. Nie ulega wątpliwości, że obecny system certyfikowania rezydentów jako kompetentnych klinicystów, którzy potrafią dokonać przyłóżkowej oceny chorego, jest niewłaściwy. Mimo że egzaminy ustne, które zdawano w przeszłości, mogły być bardzo subiektywne, moglibyśmy wziąć przykład z Kanady, w której uzyskanie tytułu Fellow of the Royal College of Physicians and Surgeons [przybliżony odpowiednik uzyskania specjalizacji – przyp. tłum.] wymaga zdania pisemnego testu, a następnie 2-godzinnego egzaminu ustnego, podczas którego egzaminatorzy obserwują kandydata przy łóżku chorego, oceniając jego technikę badania i umiejętności ustalania rozpoznania na podstawie objawów przedmiotowych. W ubiegłych latach w egzaminie tym brali udział prawdziwi pacjenci, a obecnie są to pacjenci wystandaryzowani, u których mogą, ale nie muszą, występować nieprawidłowości odpowiadające scenariuszowi klinicznemu przedstawionemu zdającemu. Nie mam wątpliwości, że gdyby nasi rezydenci musieli przygotowywać się do takiego egzaminu, szybko nabyliby doskonałych umiejętności w zakresie badania przy łóżku chorego.

W naszym ośrodku we współpracy z entuzjastycznie nastawionymi przełożonymi rezydentów podjęliśmy nową inicjatywę pod hasłem czerpania dumy i satysfakcji z umiejętności przyłóżkowej oceny chorych. Potrzeba takiego szkolenia wyrażana przez rezydentów okazała się ogromna, co być może odzwierciedla to, że tak wielu z nich planuje nabywanie doświadczeń podczas rezydentury za granicą i zdaje sobie sprawę z własnych słabości w zakresie badania przedmiotowego. Jestem głęboko przekonany, że dzięki umiejętności przyłóżkowej oceny chorych rezydenci działają skutecznie.

Nauczamy, że nieprawidłowości stwierdzone w badaniu przedmiotowym należy traktować jako biomarkery czy też markery fenotypowe – są to lepsze określenia niż „objawy przedmiotowe” (pomysł, którego autorem jest dr Atul Butte ze Stanfordu). Powiększona śledziona, plamki Rotha, węzeł Virchowa czy poszerzenie żył szyjnych to wszystko biomarkery, które powinny być traktowane na równi ze zwiększonym stężeniem wapnia we krwi,

nieprawidłowym wynikiem rezonansu magnetycznego i innymi danymi, aby można było uzyskać prawdziwy obraz pacjenta. Nieodstrzeżenie tych biomarkerów jest przeoczeniem podobnym do niezauważenia ważnego wyniku badania laboratoryjnego w dokumentacji pacjenta.

Aby przekazać te umiejętności, najpierw wybraliśmy odpowiednią grupę wytrawnych klinicystów. Ten krok był łatwy – wydaje się, że takich lekarzy potrafi wskazać personel każdej instytucji. Zaprosiliśmy doświadczonych klinicystów z innych instytucji, aby odbywali obchody z naszymi rezydentami, rzucali im wyzwania diagnostyczne i demonstrowali techniki badania. Regularne obchody i sesje doształcania personelu akademickiego z prezentacją właściwych technik przyłóżkowej oceny dowodzą, jak fascynujące jest takie podejście. Jak sądzimy, może ono wpłynąć na pewną zmianę kulturową.

Mam szczęście żyć w czasach niezwykłego rozwoju technologicznego, dzięki któremu zyskaliśmy nowe, zdumiewające sposoby badania ludzkiego ciała. Fascynują mnie na przykład przenośne aparaty ultrasonograficzne, które umożliwiają natychmiastowe potwierdzanie nieprawidłowości stwierdzanych przy łóżku chorego i odkrywanie granic naszych własnych umiejętności. Potrzeba więcej tego rodzaju działań, aby wykorzystać najnowsze osiągnięcia nauki w praktyce klinicznej – stworzenia następnej generacji stetoskopów, oftalmoskopów i młoteczków neurologicznych. Nie ulega wątpliwości, że jeżeli lekarze będą w stanie odkryć przy łóżku chorego więcej, będą się czuli pewniej podczas badania przedmiotowego i chętniej będą spędzać więcej czasu z pacjentem, będzie to wszystko z pożytkiem dla chorych. Dla klinicysty łóżko chorego to teren święty, miejsce, w którym inne istoty ludzkie obdarzają nas przywilejem oglądania, dotykania i słuchania swoich ciał. Nasze umiejętności i zdolności obserwacji muszą być godne tego zaufania.

Oświadczenie

Nie zgłoszono żadnych potencjalnych konfliktów interesów odnoszących się do tego artykułu.

From The New England Journal of Medicine 2008; 359: 26: 2748-51. Translated and reprinted in its entirety by permission of the Massachusetts Medical Society. Copyright 2010 © Massachusetts Medical Society. All Rights Reserved.

Piśmiennictwo:

1. Reilly BM. Physical examination in the care of medical inpatients: an observational study. *Lancet* 2003; 362: 1100-5.
2. Garber AM. A menu without prices. *Ann Intern Med* 2008; 148: 964-6.
3. McDermott W. Medicine: the public good and one's own. *Perspect Biol Med* 1978; 21:167-87.
4. McGee S. Evidence-based physical diagnosis. 2nd ed. St. Louis: Saunders Elsevier, 2007.

**Komentarz:**

prof. dr hab. med. Tomasz
Pasierski, Zakład
Humanistycznych Podstaw
Medycyny WUM, Warszawa

Obraz lekarzy wpatrzonych w ekrany komputera, którzy nie mają czasu na oglądanie pacjentów, nie jest rzadkością również w polskich szpitalach. Nieprawidłowy wynik badania laboratoryjnego nabrął znacznie większego znaczenia niż dostrzeżone odchylenie w badaniu przedmiotowym. Dlaczego na naszych oczach umiejętność dobrego zbadania pacjenta traci na znaczeniu? Podzielam zdanie Abrahama Verghese, że wynika to z przerywania ciągłości przekazu. Wielcy mistrzowie medycyny, których spotykałem jeszcze na studiach i na początku pracy zawodowej, nie przekazali tej sztuki swoim następcom, którzy o badaniu wiedzą tyle, ile przeczytali z książek. I taką wiedzę przekazują swoim asystantom, a ci z kolei studentom. Subtelnych elementów badania kardiologicznego, takich jak ocena rozdwojenia drugiego tonu serca, trzeba nauczyć bezpośrednio przy łóżku chorego.

Jak napisał wybitny polski kardiolog Ryszard Fenigsen: „Obserwuję od lat lekceważenie, zepchnięcie i wreszcie całkowite zarzucenie rzemiosła lekarskiego. Jednym ze skutków jest to, że młodzi lekarze nie nabywają nawyku patrzenia ani umiejętności widzenia”.¹ Tradycja badania przedmiotowego przekazywana między lekarzami od stuleci, choć zawartość tego przekazu wielokrotnie radykalnie się zmieniała, nie powinna jednak zostać unicestwiona. Trzeba tylko spojrzeć na to badanie w sposób nowoczesny, ponownie oszacować dodatnią i ujemną wartość predykcyjną każdego objawu, bo to one decydują o ich przydatności klinicznej. Jak napisał w innym artykule Abraham Verghese: „Badanie przedmiotowe dostarcza nam rytuału i rozumowania”.² Radość odkrycia i ustalenia dobrego rozpoznania jest bliska radości odkrycia naukowego. Odczytujemy znaki natury i staramy się zbudować na ich podstawie spójną całość. Z własnego doświadczenia wiem ponadto, jak bardzo badanie lekarskie działa uspokajająco nie tylko na pacjenta, lecz także na lekarza. Autor komentowanego artykułu zaproponował zestaw podstawowych elementów badania przedmiotowego, które powinien przyswoić każdy student.

Zestaw ten wprowadzono na jego uczelni medycznej, stąd jego nazwa – Stanfordzki 25.³ Oto on:

- badanie dna oka, rozpoznanie tarczy zastoinowej,
- badanie źrenic i ich odruchów,
- badanie tarczycy,
- badanie żył szyjnych, zarówno wypełnienie, jak i podstawowe nieprawidłowości fali tętna żylnego,
- badanie płuc, opukiwanie, znalezienie górnego brzegu wątroby, przestrzeni Traubego,
- ocena uderzenia koniuszkowego, unoszenia przymostkowego i innych tętnień w okolicy przedsercowej,
- badanie wątroby,
- badanie palpacyjne i opukiwanie śledziony,
- ocena zaburzeń chodu,
- odruchy ze ścięgna Achillesa,
- objawy marskości wątroby,
- znajomość objawów udaru mózgu obejmującego torebkę wewnętrzną,
- badanie kolana,
- osłuchiwanie tonów serca, w tym rozszczepienie drugiego tonu; szerokie, paradoksalne,
- ruchy mimowolne, w tym drżenie,
- rozpoznania ustalone na podstawie zmian na dłoniach, w tym palce pałeczkowate, sinica,
- odchylenia w obrazie języka,
- badanie stawu barkowego, rozpoznawanie cech uszkodzenia rotatorów,
- ocena ciśnienia tętniczego, w tym tętno paradoksalne,
- badanie szyjnych węzłów chłonnych,
- rozpoznanie płynu w jamie otrzewnej i objawów wrotnego krążenia obocznego,
- badanie *per rectum*,
- ocena guzów moczny,
- próby mózdkowe,
- przyłóżkowa ultrasonografia.

Wielu z nas nie zgodzi się z tym wyborem, neurologom zabrakło tu odruchu Babińskiego, ale w moim odczuciu stwarza on lekarzom bardzo dobre podstawy pracy – oby tylko nauczyli się tych metod badań i chcieli z nich korzystać. Byłoby niepowetowaną stratą, gdyby na naszych oczach sztuka badania lekarskiego została pogrzebana.

Piśmiennictwo:

1. Fenigsen RR. Przysięga Hipokratesa. Rozważania o etyce i eutanazji. Świat Książki 2010.
2. Verghese A, Horvitz RI. In the praise of physical examination. It provides reason and ritual. *BMJ* 2009;339:b5448.
3. http://medicine.stanford.edu/education/stanford_25.html