

VOYŠETŘENÍ A POMOCNÁ VOYŠETŘENÍ PŘI BOLESTECH HLAVY

Plk. MUDr. Lubomil ŠETLÍK, CSc., pplk. MUDr. Oldřich BRZOKOUPIL

neurologické odd. vojenské nemocnice v Olomouci

(náčelník: plk. MUDr. Lubomil Šetlík, CSc.)

Téměř každý mívá občas bolesti hlavy v důsledku psychické nebo fyzické zátěže, po závažně nebo spontánně. Bolesti hlavy jsou vážným lékařským problémem jen tehdy, když jsou stálé nebo často recidivující, a stávají se tak steskem chronickým. Pro bolesti hlavy nacházíme jen zřídka organický podklad.

Údaje o častosti bolestí hlavy se velmi různí. Jen několik informativních čísel: OGDEN (1952) zjistil u více než 4500 osob USA bolesti hlavy v 64,8 %. STARÝ uvádí v Lékařském repetitoriu (1967), že opakovanými bolestmi hlavy různého původu trpí asi 65 % lidí. WEIDER a spol. (1944) zjistil při odvozech, že 9 % mladých mužů si stěžovalo na časté a zneschopňující bolesti hlavy.

Častost bolestí hlavy přináší sama o sobě některé diagnostické problémy a má vliv na postoj lékaře. Ze statistické závislosti vyplývá, že u většiny nemocných jejich potíže nevznikají ze závažné organické poruchy ohrožující jejich život nebo zdraví. Tak může být lékař sveden zákonitostmi v největší pravděpodobnosti k tomu, aby neprováděl podrobnější vyšetření a vyloučil tak organickou příčinu bolesti hlavy.

Na druhé straně neurolog, od kterého se očekává stanovení přesné diagnózy, se musí opakovaně vyrovnávat s problémem, co si vybrat z celé široké škály pomocných vyšetření, aby vyloučil s jistotou nebo alespoň s uspokojivou pravděpodobností organickou příčinu potíží. Zkušený neurolog může většinou stanovit přijatelnou pragmatickou diagnózu za pomoci anamnézy, popisu současných stesků a jednoduchého klinického vyšetření. To chrání mnoho nemocných před množstvím nepříjemných, bolestivých a někdy irelevantních vyšetření, z nichž některá, jako PEG a AG, nejsou zcela bez rizika. Je povinností neurologa redukovat tato vyšetření na minimum a rozetnat bolesti hlavy, které jsou způsobeny jiným základním onemocněním a patří tak do péče internisty, oftalmologa, otorinolaryngologa, psychiatra a podobně. Často to vyžaduje mnoho času a trpělivosti a většinou zde přináší více poznatků přesná anamnéza a popis příznaků, než vlastní klinické vyšetření.

Anamnéza musí být vždy velmi podrobná, pečlivá a systematická.

V rodinné anamnéze zjišťujeme dědičnou závislost, hlavně u migrény, kde můžeme najít podobné potíže až u 60 % členů rodiny. Při častosti výskytu migrény v populaci nemůžeme ovšem ani vyloučit náhodnou koinci-

denci. Dále nám může pomoci v úvahách o dědičných faktorech při bolestech hlavy a neúplně vyjádřených formách endogenní deprese.

Anamnéza zaměřená na rodinné prostředí má nám také umožnit získat představu o psychologickém mikroklimatu rodiny, ať se to týká vlastní matrimoniální situace nebo vztahů mezi rodiči a dětmi.

Osobní anamnéza: Má být podle HEYCKA zejména zaměřena na:

1. porodní traumata,
2. infekční choroby v dětství, zejména na komplikované encefalitidy a meningoencefalitidy,
3. nervové vývojové poruchy, jako enuresis nocturna, pavor nocturnus a jiné poruchy,
4. ORL afekce,
5. alergické reakce,
6. úrazy hlavy a C páteře,
7. oběhové poruchy,
8. chronické infekce, zvláště TBC a LU,
9. choroby ledvin,
10. zrakové poruchy a práce vyžadující zvýšenou zrakovou námahu nebo při silném osvětlení,
11. neurologické a psychiatrické poruchy,
12. choroby jater, páteře, artropatie, revmatické choroby, obtíže stomatologické,
13. u žen vzít v úvahu příznaky spojené s menarchem, menstruačním cyklem, těhotenstvím a porodem, menopauzou,
14. abusus, zvláště alkoholu a tabáku, ale také léčiv, zejména analgetik a hypnotik.

Velkou pozornost je nutno věnovat vlastní anamnéze bolesti hlavy, která musí být velmi podrobná. Všíáme si zejména:

1. nástupu a trvání bolesti hlavy,
2. jsou-li bolesti trvalé nebo záchvatovité,
3. trvání jednotlivého záchvatu, jejich frekvence a trvání remise,
4. lokalizace, intenzity a druhu bolesti,
5. závislosti na denní době, jídle, zaměstnání,
6. faktorů spojených s nástupem bolesti hlavy, a to všeobecného rázu, jako je nedostatečný spánek, nadměrný spánek, hlad nebo přejídání; psychogenních faktorů, intoxikace alkoholem, farmaky, profesionálních škodlivin, zvláštních složek potravy, vizuální námahy, místních spouštěcích mechanismů, ať již jde o určitou polohu hlavy, dotek určitého místa,

vliv horřka a chladu, u žen pak vztah bolesti hlavy k menstruačnímu cyklu,

7. průběhu příznaků: konstantnost bolesti hlavy co do tíže, trvání, frekvence po řadu let nebo postupné narůstání intenzity a frekvence,

8. symptomů doprovázejících bolesti hlavy se zvláštním zřetelem k nauze, zvracení, závratí, zrakovým poruchám, vegetativním příznakům v oblasti obličeje, motorickým, senzitivním nebo fatickým poruchám, pocitu slabosti, ztrátě vědomí, epileptickým záchvatům fokálními nebo generalizovaným, hypersomnií, netečnosti až zmatenosti a podobně.

Často sám přesný popis typu, trvání a načasování bolesti hlavy dovolí stanovit zevrubnou diagnózu. To platí zejména o rozličných variétách migrény. Změny v průběhu symptomatologie podporují předpoklad organického procesu.

Diagnózu typické neuralgie nemůžeme přehlédnout, když pátráme po povaze, lokalizaci a způsobu nástupu záchvatu bolesti.

Bolesti hlavy způsobené degenerativními změnami krční páteře mají obvykle variabilnější obraz nejen co do lokalizace a iradiace bolesti, ale také ve vztahu k vstávání nebo k určitému postoji při práci nebo k dlouhé nucené poloze hlavy.

Trvají-li příznaky několik let, je málo pravděpodobný závažnější chorobný proces, ale i přesto jsou známé výjimky z tohoto pravidla.

Opakované akutní bolesti hlavy, podobné migrenózním, s typickými doprovodnými příznaky (zvracení, poruchy vizu), bývají vyvolány procesy, které občas narušují cirkulaci mozkomíšního moku. Bolest hlavy s náhlým nástupem o velké intenzitě musí být vždy podezřelá ze subarachnoidálního krvácení. Diagnózu pomáhá potvrdit nastupující ztuhlost šíje a porucha vědomí. Malé subarachnoidální krvácení však může proběhnout i bez těchto příznaků.

U mozkových nádorů je bolest hlavy velmi často prvním příznakem. Není signifikantní rozdíl mezi rychle a pomalu rostoucími nádory. Vážným omylem je předpoklad, že nádor vede ke stálé bolesti hlavy.

Dlouhá remise u intermitentní chronické bolesti hlavy obvykle vylučuje závažnější organickou lézi. Stížnost na stálou po léta trvající málo kolísavou bolest hlavy většinou ukazuje na psychickou příčinu či chronickou konfliktní situaci. Nemocný zřídka dokáže své potíže přesněji popsat a většinou jde o pocit tenze a závrativosti, mylně klasifikované jako bolest hlavy. Obvykle nereagují na analgetika.

Charakteristické pro bolest hlavy u hypertoniků a kardiálně dekompenzovaných je zhoršení během činnosti, často popisované jako všeobecný tah hlavy. Méně charakteristická je bolest hlavy při onemocnění ledvin a u arteriosklerózy. Všeobecně se soudí, že bolest hlavy při arterioskleróze se objevuje v ranních hodinách a při probuzení. HEYCK soudí, že je to

charakteristické pro bolest cervikálního původu, která bývá často spojena s arteriosklerózou.

U chronických bolestí hlavy provádíme vyšetření:

1. krevního obrazu, sedimentace, krevního tlaku,

2. vyšetření ORL orgánů včetně sluchu, dutiny ústní a zubů,

3. vyšetření oční,

4. tvaru a pohyblivosti krční páteře, bolestivosti při pohybu nebo tlaku, držení páteře.

Další pomocná vyšetření musí být cílená vzhledem k věku, anamnéze a klinickému nálezu. Pomocných vyšetření musíme samozřejmě užít, jsou-li záchvaty bolesti spojeny s poruchou vědomí, hemiparézou nebo poruchami fatickými;

5. elektroencefalografické vyšetření (EEG). Výhodou této metody je, že pacienta žádným způsobem nezatěžuje, její nevýhodou však je, že často neukáže léze infratentoriální, cévní abnormity nebo pomalu rostoucí nádory, zvláště meningeomy. Dále u určitého procenta (až do 25 %) tzv. dysrytmických migrén najdeme sporadické a intermitentní generalizované abnormity. Trvající fokální změny nutně vyžadují další pomocná kontrastní vyšetření;

6. echoencefalografie (ECHO) — má výhodu jednoduchého a nezatěžujícího vyšetření, které může ukázat expanzivní lézi,

7. RTG lbi, paranazálních dutin a C páteře může objasnit nebo vyloučit organické změny jako příčinu bolesti hlavy. Skutečnost, že více než 95 % nemocných s bolestmi hlavy je bez organických změn, vyvolává otázku, zda se většinou bez RTG vyšetření neobejdeme. HEYCK se přimlouvá, abychom RTG vyšetření u ambulantních nemocných provedli vždy, i když nemáme jednoznačné podezření na organickou lézi. Častěji, než se myslí, je potřebné provést RTG lbi z psychologického hlediska. Tenzní bolesti hlavy se stávají chronickými jen ze strachu z nádoru. Laici bývají přesvědčeni o neomylnosti RTG vyšetření, a to pomáhá odstranit strach z nádoru a působí psychoterapeuticky. Mnohdy tak dosáhneme více, než méně známými vyšetřovacími metodami, i když z hlediska účelnosti a pro stanovení diagnózy mohou být daleko důležitější.

Výsledek RTG vyšetření krční páteře se většinou přeceňuje. Stejně změny (osteochondrosis, spondylosis, spondylarthrosis) nalézáme přibližně stejně často ve věkové skupině 40 až 60 let u lidí bez potíží jako u nemocných s bolestmi hlavy cervikálního původu;

8. lumbální punkce a vyšetření likvoru je samozřejmě indikováno při meningismu a při oddiferencování akutní a chronické meningitidy a subarachnoidálního krvácení,

9. kontrastní vyšetření mozku — arteriografie (AG) a pneumoencefalografie (PEG) je indikováno u menšiny nemocných s chronickými bolestmi hlavy. Volba kontrastní metody

závisí především na předpokládaném charakteru a umístění léze a také na zvážení kontraindikací k výkonu.

Kontrastní vyšetření provádíme:

a) u prokázaných změn topických, elektroencefalografických, RTG lbi nebo psychoorganických, které svědčí pro organický proces,

b) u případů terapeuticky rezistentních s narůstáním frekvence a intenzity bolestí, nebo objeví-li se další nové příznaky,

c) u nemocných s dříve proběhlým zánětlivým procesem, kde mohlo dojít ke vzniku mozkového abscesu, stejně tak jako u nemocných s maligním onemocněním, které nás nutí pomýšlet na metastázy do mozku,

d) v každém případě, kde anamnéza svědčí pro trauma kraniocerebrální; vedle pozdního poúrazového intrakraniálního krvácení můžeme zde pomýšlet i na adheze a sekundární mozkovou atrofii;

10. mozková scintigrafie umožňuje diagnózu expanzivního procesu a v některých případech

i léze cerebrovaskulární. Výhodou je bezbolestný a zcela bezpečný výkon, nevýhodou však zůstává malá dostupnost tohoto vyšetření,

11. indikace k internímu vyšetření vyplývá již většinou ze zvážení anamnézy a symptomatologie.

Pokud není příčina chronických bolestí hlavy bezpečně zjištěna, je nutné opakovaně dlouhodobě sledovat nemocného, popřípadě některá pomocná vyšetření opakovat.

Souhrn

Častost výskytu chronických bolestí hlavy s sebou přináší diagnostické problémy.

V práci je zdůrazněna nutnost velmi pečlivé a podrobné anamnézy u každého nemocného. Jsou vyzdvížena nejdůležitější pomocná vyšetření, jejich některé přednosti a nevýhody a indikace k jejich použití.

Při nejasné příčině chronických bolestí hlavy je nutné dlouhodobé sledování nemocného.