

Vyšetření hlavy

Jana Kupková

Klíčová sdělení

- Vyšetření hlavy nás může navést na řadu metabolických a endokrinních onemocnění, naznačit možnost cévní mozkové příhody, plicního nebo srdečního onemocnění, krvácivé poruchy, anemii, probíhající chemoterapii, zhodnotit hloubku případné poruchy vědomí.
- Stejně jako u vyšetření jiných částí těla začínáme otázkou na subjektivní potíže nemocného. U vyšetření hlavy se ptáme především na její bolesti (začátek, lokalizace, vyvolávající příčina, charakter atd.), patologickou sekreci z nosu nebo uší, případný úraz, potíže se zrakem, sluchem, závratě, tinnitus apod.
- Sledujeme tvar lebky, polohu a případné mimovolní pohyby hlavy, všímáme si přítomnosti (či nepřítomnosti) vlasů a vousů.
- Registrujeme výraz obličeje, inervaci mimických, žvýkacích a polykacích svalů.
- Orientačně vyšetříme trojklanný nerv.
- Pátráme po známkách cyanózy či anemie.
- Sledujeme postavení očních bulbů, jejich pohyblivost, zornice, spojivky.
- U nemocných s poruchou vědomí vyšetřujeme otevření víček (spontánní / na výzvu), postavení bulbů, zornice, event. reflexy – pupilární, okulocefalický a korneální.
- Orientačně zhodnotíme stav chrupu.
- Registrujeme případnou sekreci z nosu a uší.

1 Vyšetření pohledem

Tvar a velikost hlavy – fyziologicky je lebka **mezocefalická**, malá lebka se označuje termínem **mikrocefalie** (vzniká předčasným uzávěrem lebečních švů), velká lebka jako **makrocefalie** (vzniká při hydrocefalu v dětství). Dalšími tvarovými odchylkami jsou turicefalie

(věžovitá lebka), dolichocefalie (protažená dozadu), opakem je brachycefalie (zkrácená lebka). Lebka nepravidelného tvaru s hrboly může doprovázet Pagetovu chorobu.

Poloha, pohyb hlavy – souvisí s hybností krku (viz vyšetření krku). Může být přítomen třes hlavy (např. esenciální třes, Parkinsonova choroba).

Dnes již raritní nález je tzv. Mussetův příznak – kývavé pohyby hlavy u pacientů s insuficiencí aortální chlopně.

Vlasatá část hlavy – vlasová pokrývka má charakteristickou, ostrou hranici proti obličejí. Nález kožních změn v oblasti této hranice je typický pro lupénku. Chybění vlasů se nazývá **alopecie**, může být difuzní (nejčastěji u zdravých mužů, dáno geneticky, dále jako důsledek chemoterapie, při hyperfunkci štítné žlázy) či ložisková (při radioterapii, popáleninách). Můžou být patrné známky zánětu (zarudnutí a bolestivé zduření při folikulitidě a furunklech).

Obličejová část lebky – všímáme si výrazu obličeje, barvy kůže, přítomnosti otoků, jizev, nadměrného ochlupení. Důležité je všimnout si tvarových odchylek a změn v symetrii obličeje.

Celá řada onemocnění je spojena s charakteristickými změnami v obličejí. Pro jejich popis používáme latinský výraz pro obličej **facies**, který je blíže upřesněn podle charakteristického vzhledu:

- *cushingoidní facies* – kulatý, tzv. měsícovitý obličej, je spolu s centrální obezitou součástí cushingoidního habitu u pacientů s hyperkortikalismem či při léčbě kortikoidy;
- *facies myxedematosa* – těstovitě prosáklý obličej se sníženou mimikou a prořídilým obočím doprovází hypofunkci štítné žlázy;
- *facies febrilis* – zarudlé, planoucí tváře, lesklé oči při horečnatých onemocněních;
- *facies mitralis* – lividní zbarvení tváří a akirální cyanóza při stenóze mitrální chlopně (nález však není pro tuto vadu specifický);
- *facies nefritica* – bledé, prosáklé tváře s možným prosáknutím víček při selhání ledvin;
- *facies Hippocratica* – propadlé tváře, vystupující špičatý nos u nemocných s náhlou příhodou břišní;
- *facies acromegalica* – výrazné nadočnicové oblouky, mohutný nos, široké a silné rty a dopředu prominující brada u akromegalie.

Ke změně barvy obličeje dochází zejména při zánětlivých onemocněních v obličejí, zarudnutí doprovází furunkl, erysipel, herpes zoster či akné. Charakteristický je „motýlovitý“ exantém u systémového lupus erythematoses.

Otok obličeje může být generalizovaný (např. u nemocných se selháním ledvin, při hypotyreóze) či lokalizovaný (při onemocnění zubů, zánětlivých afekcích kůže). Jizvy upozorní na možné prodělané úrazy či operace. Nadměrné ochlupení u žen, **hirsutismus**, je známkou hormonální dysfunkce, která může být i poléková. V obličejí se projevuje růstem vousů („knírku“) a zvýšenou hustotou obočí.

Odchyly tvaru obličeje nejčastěji pozorujeme u nádorových onemocnění, ať už primárních (fibrom, basaliom, spinocelulární karcinom, melanom – obr. HLA 1), či sekundárních (metastázy). Příčinou může být i úraz.

Ke změnám v symetrii a mimice obličeje může dojít v důsledku postižení **nervus facialis** (vyšetření hlavových nervů je popsáno níže).

Vyšetření očí, uší, nosu a úst je popsáno samostatně v další části kapitoly.



Obr. HLA 1 Basaliom

2 Vyšetření poklepem

Používá se zejména při vyšetření paranazálních dutin, krátké údery prstů v oblasti čelistních a čelních vedlejších dutin jsou fyziologicky nebolestivé. Bolestivost se objevuje při sinusitidě či traumatu lebečních kostí, může být i dentálního původu.

3 Vyšetření pohmatem

Vyšetřujeme výstupy trojklanného nervu, lymfatické uzliny, temporální arterie a temporo-mandibulární klouby a všechny pohledem patrné rezistence.

Palpace lymfatických uzlin se provádí prsty ruky v oblasti preaurikulární, retroaurikulární, okcipitální, nuchální, submandibulární, submentální a mentální. Za fyziologického stavu jsou nehmatné, v případě jejich zvětšení pečlivě popíšeme jejich velikost, tvar, okraje, konzistenci, pohyblivost či fixaci k okolí, bolestivost.

Palpace temporálních arterií – vyšetřujeme v oblasti spánků, sledujeme symetrii a sílu pulzu. Zduření tepny s vymizelými pulzacemi může být známkou temporální arteritidy (Hortonova nemoc), což je autoimunitní onemocnění spojené mimo jiné s poruchou vidění, bolestmi hlavy.

Palpace temporomandibulárních kloubů – palpujeme v místě těsně před ušními boltci, nemocného vyzveme k otevření a zavření úst. Sledujeme symetrii, bolestivost při pohybu (při artróze).

4 Vyšetření očí

Během vyšetření se nemocného ptáme, zda trpí či trpěl nějakým očním onemocněním (katarakta, glaukom), jestli absolvoval nějakou oční operaci či utrpěl úraz oka. Pokud pacient nosí brýle, je vhodné znát důvod (krátkozrakost, dalekozrakost), event. zjistit počet dioptrií. V rodinné anamnéze pátráme po výskytu šedého a zeleného zákalu. Nosí-li pacient brýle, při vyšetření očí jej požádáme, aby je sundal. Kontaktní čočky nevyndáváme.

Obočí – všímáme si symetrie a hustoty. Asymetrie obočí je typická pro periferní parézu n. facialis (viz výše), k prořídnutí obočí dochází u hypofunkce štítné žlázy, naopak husté, nadměrné obočí srůstající nad kořenem nosu doprovází hirsutismus.

Oční víčka – jsou fyziologicky symetrická, bez otoku. Oboustranný otok víček se vyskytuje u renálního selhání a alergických stavů (senná rýma, angioneurotický edém), jednostranný otok víčka nejčastěji při zánětlivých stavech (např. zánět mazové žlázy, „ječné zrno“ neboli **hordeolum**). Můžou být přítomny hyperpigmentace kůže víček (primární hypokortizolismus), xantelasma při hyperlipoproteinémii (obr. HLA 2). Hematom v oblasti víček, tzv. **brýlový hematom**, budí suspekci na trauma baze lebni.

Oční štěrbiny jsou za normálního stavu symetrické, asymetrie při jednostranné ptóze víčka je součástí vzácné **Hornerovy triády** při lézi krčního sympatiku (ptóza víčka, enoftalmus a mióza). Rozšíření oční štěrbiny („vytřeštěný pohled“) se nazývá **exoftalmus**. Oboustranný exoftalmus při protruzi očních bulbů je typický pro pacienty s hyperfunkcí



Obr. HLA 2 Xantelasma palpebrarum

štítné žlázy, kdy je též popisován tzv. **Graefeho příznak** (při pohledu oka dolů zůstává viditelný srpek bělma nad duhovkou). Jednostranný exoftalmus doprovází expanzivní procesy v přední jámě lební. Opakem je **enoftalmus**, zúžení oční šterbiny, vzniká např. u blefarospasmu (křeč očních víček jako reakce na přítomnost cizího tělesa, zánět).

Oční bulby jsou fyziologicky ve středním postavení, volně pohyblivé všemi směry. Vyšetření pohyblivosti (tj. funkce okohybných svalů) provádíme zdviženým ukazovákem ve vzdálenosti cca 50 cm od pacienta v úrovni jeho očí, pomalu pohybujeme prstem doprava, doleva, nahoru a dolů. Příčinou **šilhání** (strabismu) je dysfunkce okohybných svalů. Sledujeme, zda se neobjeví **nystagmus**, což je rytmický kmitavý pohyb očních bulbů. Může být fyziologický (např. fixační nystagmus), ale také může být známkou vestibulární či vestibulocerebelární léze.

Skléry jsou u zdravého člověka bílé, anikterické. Žluté zbarvení doprovází ikterus, modravé zbarvení vzácné onemocnění zvané osteogenesis imperfecta.

Spojivky jsou fyziologicky růžové, jejich nápadná bledost svědčí pro anemii, překrvení (hyperémie) je typické pro zánět (konjunktivitis). Překrvené spojivky s exoftalem jsou známkou Graves-Basedowovy choroby. Subkonjunktivální hemoragie (prokrvácení pod spojivkovou blánu) je pozorována u krvácivých stavů. Suché spojivky (xeroftalmie) mohou být projevem Sjögrenova syndromu.

Zornice mají být okrouhlé, izokorické, reagující na osvit a akomodaci. Zúžení zornic, **mióza** (průměr < 2 mm), se fyziologicky objevuje jako reakce na světlo, patologicky u zánětů rohovky, intoxikace morfinem, při poškození sympatiku. Rozšíření zornic, **mydriáza** (průměr > 5 mm, je fyziologická jako reakce na tmou, patologická při poškození parasympatiku, u pacientů v hlubokém bezvědomí. **Anizokorie** je rozdíl v průměru pravé a levé zornice větší než 0,4 mm, je častá u cévních mozkových příhod, mozkového edému či krvácení do mozku. Tvar zornic je okrouhlý, ke změně tvaru dochází např. pooperačně.

Přímý a nepřímý zornicový reflex (reakce na osvit/tmu, fotoreakce) vyšetřujeme nejlépe za použití kapesního zdroje světla, nemocnému krátce posvítíme do oka a sledujeme reakci na osvit, tj. miózu. Přímá reakce je ta, kdy osvit pravého oka vyvolá miózu na pravém oku, nepřímá reakce je ta, kdy osvit pravého oka vyvolá miózu na levém oku. Vyšetříme obě oči. Pokud nemáme zdroj světla, lze zakrýt pacientovi na několik vteřin dlaní oko, po odkrytí dojde k mióze.

Akomodační reflex – přibližujeme ukazovák ruky ze vzdálenosti asi 50 cm před pacientem směrem k nosu, sledujeme pohyb bulbů (fyziologicky dochází ke konvergenci, souhybu bulbů ke střední čáře) a akomodaci obou zornic. Během přibližování prstu dochází k mióze zornic, během oddalování prstu naopak k mydriáze zornic. Akomodační reflex je narušen např. při degenerativních onemocněních CNS, intoxikací (alkohol, CO).

Vyšetření korneálního a okulocefalického reflexu je popsáno v kapitole Minimum neurologického vyšetření pro internisty.

Rohovka je fyziologicky průhledná. K jejímu zakalení dochází nejčastěji z důvodu zá-
nětu, může vzniknout i vřed rohovky. Při hyperlipoproteinémii se na jejím okraji v rámci
ukládání tuku objevuje šedobělavý proužek, tzv. **arcus senilis corneae** (u starších nemoc-
ných může být přítomen i při normální hladině lipidů, obr. HLA 3).

Velmi vzácně můžeme vidět tzv. Kayser-Fleischerův prstenec – hnědavý prstenec ko-
lem duhovky (viditelný s pomocí štěrbinové lampy), který se může objevit při hepatolen-
tikulární degeneraci (Wilsonova choroba, porucha metabolismu mědi).

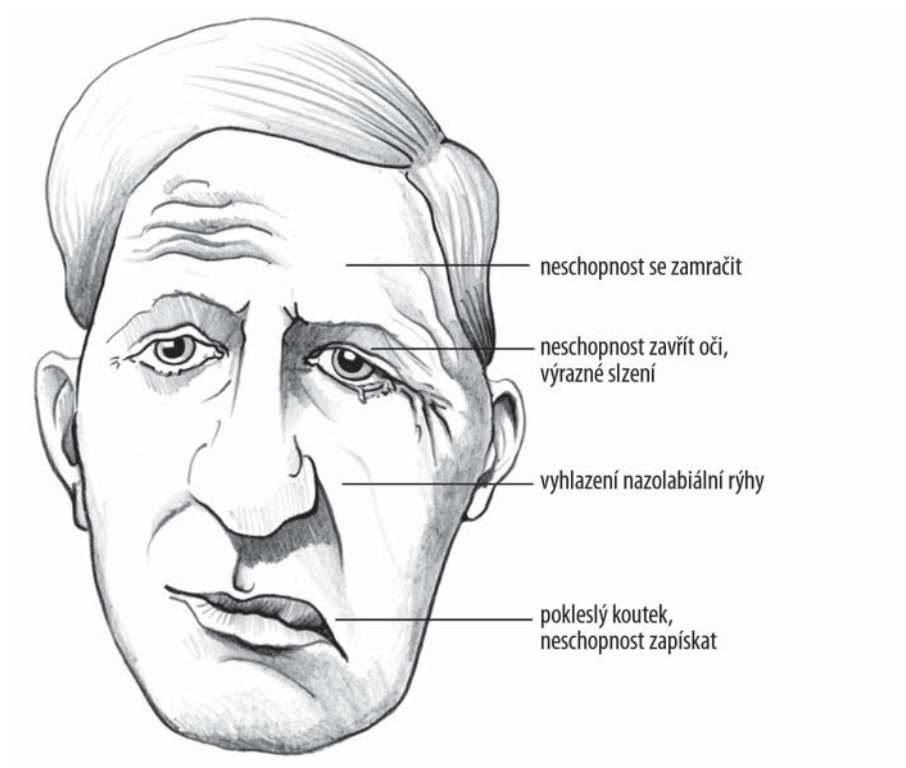


Obr. HLA 3 Arcus senilis corneae

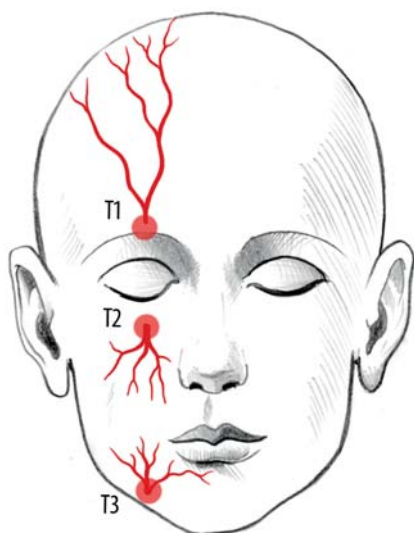
5 Vyšetření hlavových nervů

Lícni nerv je zodpovědný za inervaci mimických svalů. Při vyšetření nemocného vyzve-
me k zavření a otevření očí, nadzvednutí obočí, zamračení a úsměvu, dále k vycenění
zubů, našpulení rtů a zapískání. Sledujeme symetrii mimiky, vrásek. Paréza n. VII může
být centrální nebo periferní, v obou případech se projeví asymetrií v obličejí, nicméně
různě rozsáhlou. **Centrální paréza** je charakteristická postižením pouze dolní větve ner-
vu a projevuje se poklesem ústního koutku, vyhlazením nasolabiální rýhy, neschopností
špulit ústa a zapískat. Její nejčastější příčinou je cévní mozková příhoda. **Periferní paréza**
(obr. HLA 4) je charakteristická postižením horní i dolní větve nervu, nález je tedy ob-
dobný jako u centrální parézy, navíc má nemocný vyhlazené vrásky na čele, není schopen
se zamračit, nakrčit čelo. Objevuje se asymetrie očních štěrbin (na straně postižení je
štěrbina širší), neschopnost dovržit víčka (oko je podrážděné, slzí).

Trojklanný nerv – sensoricky inervuje kůži obličejí, motorická vlákna zodpovídají za
hybnost žvýkacích svalů. **Senzorická část:** prsty obou rukou se palpují výstupy tří senzo-
rických větví v oblasti čela, tváří a dolní čelisti (obr. HLA 5), za fyziologických podmínek
je vyšetření nebolestivé, bolestivost se objevuje např. při maxilární sinusitidě či jako



Obr. HLA 4 Periferní obrna lícního nervu



Obr. HLA 5 Výstupy trojklanného nervu