

Objektivní vyšetření zahrnující kvalitativní testování senzitivity poskytne orientační informaci o přítomnosti poruchy citlivosti a přibliží její lokalizaci (periferní nerv, plexus, míšní kořeny, mícha, mozek) a intenzitu. U léze periferního nervového systému má distribuce poruchy citlivosti zpravidla ostřejší ohraničení (area nervu nebo dermatom nervového kořene) a je intenzivnější. U postižení centrálního nervového systému je porucha citlivosti méně ostře ohraničená (u mozkových lézí je zpravidla na jedné polovině těla) a její intenzita je mírnější (5). Na základě anamnestických údajů a objektivního vyšetření se stanoví diferenciálně diagnostický postup s cílem určit povahu a příčinu parestezií. Pro rozpoznání příčiny parestezií jsou často nezbytná pomocná vyšetření.

Paraklinická vyšetření

Po cílené anamnéze a vyšetření by i v ordinaci praktického lékaře mělo následovat základní laboratorní vyšetření krve a moče. Jedná se především o vyšetření krevního ob-

razu a biochemické vyšetření krve i moče. Standardně by při biochemickém vyšetření krve měla být stanovena hladina urey, kreatininu, kyseliny močové, dále elektrolyty (sodík, draslík, chloridy, vápník, magnezium), celkový bilirubin, jaterní enzymy (ALT, AST, GGT), TSH, CRP, celková bílkovina a glukóza. Další testy jako hladina vitamínu B₁₂, vyšetření metabolismu železa, ELFO bílkovin, revmatické testy, screening nespecifických autoprotilátek, screening na lymeskou boreliózu, hepatitidy, HIV či syfilis (BWR) by měly být doplněny v závislosti na klinickém vyšetření a konkrétním individuálním rozboru.

Z komplementárních metod používaných v diferenciální diagnostice parestezií či jiných poruch citlivosti hraje důležitou roli vyšetření centrálního nervového systému pomocí CT nebo MR, které umožní detekovat strukturální postižení mozku, míchy nebo nervového kořene (např. při jeho kompresi výhřezem meziobratlové ploténky). U periferních neuropatií má významnou úlohu elektromyografické

vyšetření (EMG) senzitivních i motorických nervových vláken. Pomocí EMG je možné detekovat postižení a stanovit charakter postižení periferních nervů (5). Cílená indikace CT, MR či EMG dle charakteru senzitivní poruchy již zpravidla patří do rukou neurologa.

Indikace neurologického vyšetření

Každý pacient s paresteziemi, jejichž charakter naznačuje závažné neurologické onemocnění má být vyšetřen neurologem. Pokud se jedná o náhle vzniklé, záchvatové nebo rychle progredující parestezie, jejichž distribuce a charakter svědčí pro relevantní akutní postižení nervového systému (např. cévní mozková příhoda, tranzitorní ischemická ataka, fokální senzitivní epileptické záchvaty, syndrom Guillain-Barré), je nutné pacienta ihned transportovat na neurologické pracoviště. V případě podezření na cévní mozkovou příhodu (CMP) nebo tranzitorní ischemickou ataku (TIA) má být pacient transportován na neurologické oddělení, které má statut iktového centra (IC). Také subakutní nebo chronické parestezie, pro které nemá praktický lékař vysvětlení z klinického vyšetření (anamnéza, objektivní nálezy) a základního laboratorního rozboru, si заслужují neurologické vyšetření. V tabulce 4 jsou shrnuty závažné příčiny parestezií, které jsou indikací k bezodkladnému nebo časnému neurologickému vyšetření. Také pacienti s paresteziemi, které jsou asociovány s dalšími varovnými příznaky, mají mít zajištěné vyšetření neurologem.

Varovná znamení při paresteziích

Parestezie se mohou vyskytovat izolovaně, nicméně častěji bývají spojeny s jedním nebo i více příznaky, které mohou být zjevné, ale i diskrétně vyjádřené. Pokud jsou parestezie asociovány s dalšími projevy, je namístě časné vyšetření k vyloučení, resp. potvrzení závažné neurologické choroby (6). K těmto projevům řadíme: zmatenost, krátká porucha vědomí, neuropsychiatrické poruchy, bolest hlavy, poruchy zraku (diplopie, amaurosis fugax, výpad zorného pole), potíže s řečí (afázie, dysartrie), slabost nebo ochrnutí jedné či více končetin (paréza), problémy se stabilitou nebo chůzí, sfinkterové dysfunkce, parestezie bezprostředně nebo krátce po úrazu hlavy,

Tab. 4. Rozdělení parestezií k časné diagnostice neurologických poruch

Začátek	Doba trvání parestezií	Distribuce parestezií	Příčina
Náhlý vznik	přetrvávající	jedna polovina těla (hemiparestezie)	CMP (mozkový infarkt, mozkové krvácení); ihned transportovat na neurologické pracoviště (IC)
Náhlý vznik	přechodně (obvykle < 1 h)	jedna polovina těla (hemiparestezie)	TIA; ihned transportovat na neurologické pracoviště (IC)
Náhlý vznik	záchvatovitě (minuty)	jednostranně, začínají na menším okrsku a šíří se do celé končetiny nebo i poloviny těla	fokální senzitivní epileptické záchvaty (akutní neurologické vyšetření má být provedeno především při prvních záchvatech)
Rychlý (minuty a hodiny)	minuty (obvykle 10–30 min., poté zpravidla následuje bolest hlavy, která se rozvine během několika minut až 1 h)	tvář, rty, jazyk, horní končetina nebo hemiparestezie	migréna se senzorickou aurou (akutní neurologické vyšetření má být provedeno především při prvních atakách)
Akutní (hodiny až dny)	přetrvávající nebo remitující	trup, končetiny (jednostranně, ale mohou být i na jedné končetině nebo i oboustranně)	roztroušená skleróza (až u 40 % pacientů jsou poruchy citlivosti prvním příznakem)
Akutní (dny)	postupně progredující senzitivní projevy, obvykle ve spojení se slabostí dolních končetin	akra dolních končetin s postupným vzestupem (ascendentní průběh)	akutní zánětlivá polyradikuloneuritida (syndrom Guillain-Barré); ihned transportovat na neurologické pracoviště
Subakutní, chronické	zpravidla týdny (obvykle 8 týdnů a déle)	symetrické senzitivní i motorické postižení dolních i horních končetin	chronická zánětlivá demyelinizační polyneuropatie
Subakutní	dny, týdny	jedna polovina těla, obvykle provázené i rozvojem parézy	mozkový nádor, subdurální hematom