

Viliam Dobiáš

Klinická propedeutika v urgentnej medicíne

SK



Viliam Dobiáš

Klinická propedeutika v urgentnej medicíne

SK

Doc. MUDr. Viliam Dobiáš, PhD.

Anestéziológ, intenzivista a špecialista urgentnej medicíny promoval v roku 1974 (LF UK Bratislava), ašpirantúru ukončil v roku 1989 (LF UK) a habilitoval roku 2009 (SZU Bratislava). Viac ako 20 rokov pracoval ako anestéziológ a intenzivista, v záchranej službe čiastočne od roku 1976 a od roku 1998 na plný úväzok. Venuje sa pedagogickej činnosti na univerzitách v Slovenskej republike a Českej republike od roku 1979.

Ako autor a spoluautor napísal štyri vysokoškolské učebnice a ďalších 155 publikácií, z toho 25 vyšlo v zahraničí. Pôsobil v redakčných radách štyroch časopisov, z toho jedného v zahraničí a je recenzentom v dvoch zahraničných odborných periodikách. Bol prezidentom Slovenskej spoločnosti anestéziológie a intenzívnej medicíny a v súčasnosti je prezidentom Slovenskej spoločnosti urgentnej medicíny a medicíny katastrof. Pôsobí ako hlavný rozhodca medzinárodnej súťaže záchranných tímov Rallye Rejvív. Je súdnym znalcom, lektorom pre prípravu inštruktorov prvej pomoci a inštruktorom Slovenského Červeného kríža. Držiteľ Diamantovej medaily a Medaily prof. J. Kňazovického za darovanie krvi, Zlatého záchranného kríža SR za prínos pre záchranné služby a Zlatého záchranného kríža ČR ako člen kolektívu Rallye Rejvív.

Pôsobiská: Life Star Emergency – záchranná služba, spol. s r. o., Limbach, Slovenská zdravotnícka univerzita Bratislava, Centrum pro výuku urgentní medicíny, Lékařská fakulta, Univerzita Palackého Olomouc.



Upozornenie pre čitateľov a používateľov tejto knihy

Všetky práva vyhradené. Žiadna časť tejto tlačenej či elektronickej knihy nesmie byť reprodukováná a šírená v papierovej, elektronickej či inej podobe bez predchádzajúceho písomného súhlasu nakladateľa. Neoprávnené použitie tejto knihy bude trestne stíhané.

doc. MUDr. Viliam Dobiáš, PhD.

KLINICKÁ PROPEDEUTIKA V URGENTNEJ MEDICÍNE

Spoluautorka kapitoly 7.4 Elektrokardiografia, elektrokardiogram (EKG)

MUDr. Táňa Bulíková, PhD.

Recenze:

MUDr. Táňa Bulíková, PhD. (okrem kapitoly 7.4)

MUDr. Jana Šeblová, Ph.D.

Vydanie odbornej knihy schválila Vedecká redakcia nakladateľstva Grada Publishing, a.s.

TIRÁŽ TIŠTĚNÉ PUBLIKACE:

© Grada Publishing, a.s., 2013

Cover Photo © allphoto, 2013

Vydala Grada Slovakia, spol. s r. o.

Moskovská 29, Bratislava

ISBN 978-80-8090-004-5

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

ISBN 978-80-247-4570-1

ako svoju 5154. publikáciu

Zodpovedná redaktorka Mgr. Miroslava Kováčiková

Sadzba a zalomenie Jan Šístek

Obrázky 3.1, 3.2, 7.1 až 7.14, 8.1, 8.2 a 11.1 podľa podkladov autorov prekreslila Miloslava Krédlová.

Obrázok 7.15 © MUDr. Táňa Bulíková, PhD.

Počet strán 208

1. vydanie, Bratislava, Praha 2013

Autori a nakladateľstvo ďakujú spoločnostiam Eli Lilly ČR, s.r.o., Falck Záchranná a.s., LSE – Life Star Emergency spol. s r.o., MEDIS Nitra, spol. s r.o. a Záchranná a dopravná zdravotnícka služba Bratislava za podporu, ktorá umožnila vydanie publikácie.



Vytlačili Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.

Názvy produktov, firiem a pod., použité v tejto knihe, môžu byť ochrannými známkami alebo registrovanými ochrannými známkami príslušných vlastníkov, čo však nie je zvláštnym spôsobom vyznačené.

Postupy a príklady v knihe, rovnako aj informácie o liekoch, ich formách, dávkovaní a aplikácii sú zostavené s najlepším vedomím autorov. Z ich praktického uplatnenia nevyplývajú pre autorov ani pre nakladateľstvo žiadne právne dôsledky.

ELEKTRONICKÉ PUBLIKACE:

ISBN 978-80-247-8490-8 (pro formát PDF)

ISBN 978-80-247-8491-5 (pro formát EPUB)

Obsah

Zoznam skratiek	9
Predslov	11
Úvod	12
1 Anamnéza všeobecne	15
1.1 Definície	15
1.2 Charakteristiky anamnézy	17
1.3 Princípy odberu anamnézy	18
1.4 Súčasti anamnézy	23
2 Terajšie ochorenie	25
2.1 Anamnéza terajšieho ochorenia všeobecne	25
2.2 Charakteristiky anamnézy – terajšie ochorenie	25
2.3 Terajšie ochorenie neúrazové a úrazové	26
2.4 Terajšie ochorenie – doplnkové otázky	26
3 Anamnéza pri rôznych situáciách a ochoreniach	29
3.1 Bolesť	29
3.2 Kardiovaskulárne ochorenia	31
3.3 Respiračné ochorenia	36
3.4 Neurologické ochorenia, bezvedomie a kľčové stavy	37
3.5 Tráviaci systém	41
3.6 Psychické ochorenia	43
3.7 Endokrinné ochorenia	45
3.8 Nádorové ochorenie	46
3.9 Trauma	47
3.10 Dopravná nehoda – nehoda na ceste	48
3.11 Domáce násilie	49
3.12 Alergia	51
3.13 Úrazy vplyvom prostredia (chlad, teplo, ionizačné žiarenie)	52
3.14 Intoxikácie liekmi, chemikáliami, návykovými látkami	53
3.15 Pokročilé tehotenstvo – začínajúci pôrod	53
4 Subjektívne príznaky pri rôznych ochoreniach a stavoch	55
4.1 Subjektívne príznaky od hlavy k pätám	56
4.2 Subjektívne príznaky pri kardiálnych ochoreniach	56
4.3 Subjektívne príznaky pri respiračných ochoreniach	60
4.4 Subjektívne príznaky pri neurologických ochoreniach	61
4.5 Subjektívne príznaky pri gastrointestinálnych ochoreniach	64
4.6 Subjektívne príznaky – psychické ochorenia	67
4.7 Subjektívne príznaky pri endokrinných ochoreniach	70
4.8 Subjektívne príznaky pri ochoreniach močového systému	72
4.9 Subjektívne príznaky kostrovo-svalového aparátu	72

4.10	Subjektívne príznaky pri úrazoch	73
4.11	Domáce násilie	74
4.12	Subjektívne príznaky pri alergií	75
4.13	Subjektívne príznaky pri abúze drog	76
5	Osobná anamnéza (OA)	77
5.1	Predchorobie	77
5.2	Lieková anamnéza (LA)	78
5.3	Alergická anamnéza (AA)	79
5.4	Sociálna anamnéza (SA)	80
5.5	Pracovná anamnéza (PA)	81
5.6	Gynekologická anamnéza (GA)	82
5.7	Infekčná/cestovateľská anamnéza (IA)	82
5.8	Návyky a abúzus	83
5.9	Fyziologické funkcie (FF)	84
5.10	Životospráva – životný štýl	87
5.11	Pediatrická anamnéza	89
6	Rodinná anamnéza (RA)	91
7	Merania parametrov vitálnych funkcií	93
7.1	Zásady merania	93
7.2	Charakteristika pacienta	94
7.3	Inštrumentálne merania	95
7.3.1	Pulz	95
7.3.2	Tlak krvi	97
7.3.3	Dýchanie	101
7.3.4	Pulzová oxymetria	102
7.3.5	Kapnometria, kapnografia	103
7.3.6	Glukometer	108
7.3.7	Teplota tela	108
7.3.8	Glasgowská stupnica bezvedomia	111
7.4	Elektrokardiografia, elektrokardiogram (EKG) (<i>Táňa Bulíková, Viliam Dobiáš</i>)	113
8	Vyšetrenie pomocou zmyslov – zraku, sluchu, hmatu, čuchu	123
8.1	Vyšetrenie zrakom – inšpekcia	124
8.2	Vyšetrenie hmatom – palpácia	127
8.3	Vyšetrenie poklopom – perkusia	130
8.4	Vyšetrenie sluchom – auskultácia	131
9	Fyzikálne vyšetrenie	135
9.1	Prvotné vyšetrenie	136
9.1.1	Vedomie	136
9.1.2	Dýchanie	138
9.1.3	Krvný obeh	138
9.1.4	Krvácanie – vonkajšie	139

9.2	Druhotné vyšetrenie	140
9.2.1	Anamnéza	140
9.2.2	Vyšetrenie od hlavy k pätám	141
9.2.3	Orientačné neurologické vyšetrenie	142
9.2.4	Vyšetrenie zadržaného vo väzbe	143
9.3	Pediatrické vyšetrenie	144
10	Celkový stav (status generalis)	147
11	Lokálny stav orgánových systémov (status localis)	153
11.1	Centrálny a periférny nervový systém	153
11.2	Kardiovaskulárny systém	162
11.3	Respiračný systém	166
11.4	Gastrointestinálny systém	169
11.5	Kostrovo-svalový systém	172
11.6	Vylučovací systém	174
11.7	Reprodukčný systém	174
12	Varovné príznaky	177
13	Patognomické príznaky a syndrómy	183
14	Paradoxné nálezy a ich interpretácia	187
15	Vedenie zdravotníckej dokumentácie	191
	Literatúra	203
	Register	205
	Súhrn	207
	Summary	208

Zoznam skratiek

AA	alergická anamnéza
AIM, IM	akútny infarkt myokardu, infarkt myokardu
AP	angina pectoris
AVPU	alert, voice, pain, unresponsive – pomôcka vyšetrenia vedomia
BMI	body mass index, index telesnej hmotnosti
CAN	child abuse and neglect, syndróm týraného dieťaťa
CMP	cievna mozgová príhoda
CNS	centrálny nervový systém
CO	Civilná ochrana, oxid uhoľnatý
COHb	karboxyhemoglobín
CRP	C-reaktívny proteín
DC	dýchacie cesty
DK	dolná končatina, dolné končatiny
DM	diabetes mellitus
EH	epidurálny hematóm
ES	extrasystoly – predčasné komorové sťahy
EtCO ₂	end tidal CO ₂ – koncentrácia CO ₂ na konci výdychu
etCO ₂ , PetCO ₂	vydychovaný CO ₂ na konci výdychu
FAST	face, arms, speech, taxis – pomôcka neurologického vyšetrenia
fD	frekvencia dýchania
FF	fyziológické funkcie
FP	fibrilácia predsiení
GA	gynekologická anamnéza
GCS	Glasgow Coma Scale, G. stupnica bezvedomia
GIT	gastrointestinálny trakt
HaZZ	Hasičský a záchranný zbor
Hb	hemoglobín
HbO ₂	oxyhemoglobín
HVT	hlboká venózna trombóza
CHOPCH	chronická obštrukčná pľúcna choroba
IKH	intrakraniálna hemoragia (krvácanie)
IKT	intrakraniálny tlak
IZS	Integrovaný záchranný systém
JIS	jednotka intenzívnej starostlivosti
KF	komorová fibrilácia
KJ	koronárna jednotka
KOS	Krajské operačné stredisko
KT	komorová tachykardia
KVO	kardiovaskulárne ochorenia
KVS	kardiovaskulárny systém
LA	lieková anamnéza
LDL, HDL cholesterol	low-high density cholesterol, s nízkym a vysokým obsahom bielkovín
LM	laryngeálna maska
MetHb	methemoglobín

NPB	náhla brušná príhoda
NYHA	New York Heart Association – Kardiologická spoločnosť New York
OA	osobná anamnéza
OAIM	oddelenie anestézie a intenzívnej medicíny
PA	pracovná anamnéza
PAD	perorálne antidiabetikum
PE	pľúcna embólia
PEEP	pozitívny endexpiračný tlak
RA	rodinná anamnéza
SA	sociálna anamnéza
SAH, SAK	subarachnoidálna hemoragia, subarachnoidálne krvácanie
SaO ₂	saturácia O ₂ v arteriálnej krvi
SH	subdurálny hematóm
SpO ₂	saturácia O ₂ v periférnej krvi
STEMI	ST elevation myocardial infarction, infarkt myokardu s eleváciou ST
SVT, PSVT	supraventrikulárna tachykardia, paroxyzmálna SVT
SZ	srdcové zlyhanie
tbc	tuberkulóza
TIA	tranzitórna ischemická príhoda (transitory ischemic attack)
TKD	tlak krvi diastolický
TKS	tlak krvi systolický
TO	terajšie ochorenie
VAS	vertebrogénny algický syndróm
VAS	visual analogue scale – vizuálna analógová stupnica
VF	vitálne funkcie
ZZS	Záchranná zdravotná služba

Predslov

Keď som nastúpila na súvislú prax v záchrannej zdravotnej službe (deväťdesiate roky 20. storočia) a začala sedieť viac v Ambulanciách ako doma (v tých časoch to boli sanitky typu Avia – furgon alebo Latvia), ani vo sne mi nenapadlo, že budem niekedy písať úvod k významnej publikácii. Dnes sa mi dostalo cti pripraviť predslov ku knihe, na ktorú študenti, pedagógovia, zdravotnícki záchranári, lekári slúžiaci v záchrannej zdravotnej službe a na oddeleniach centrálnych a urgentných príjmov, a mnohí ďalší, tak dlho čakali.

Knihu *Klinická propedeutika v urgentnej medicíne* napísal autor, ktorého poznajú čitatelia na Slovensku i v Čechách ako autora úspešnej publikácie *Prednemocničná urgentná medicína*.

Klinická propedeutika v urgentnej medicíne je základnou a modernou učebnicou ucelenej propedeutiky v novokoncipovanom odbore urgentná medicína a je absolútne prvou publikáciou tohto druhu na Slovensku. Autor v nej pretavil svoje celoživotné skúsenosti a cenné poznatky z praxe mimoriadne pôsobivo, precízne a s veľkým zmyslom pre detail. Čitateľ v knihe nájde prehľadne všetky dôležité anamnestické informácie, pokyny pre fyzikálne vyšetrenie, merania vitálnych funkcií, základnú a rozšírenú diagnostiku ekg, popis celkového a lokálneho stavu orgánových systémov. Prínosné sú aj informácie o nenápadných príznakoch nebezpečných ochorení, tzv. „red flags“ alebo „červené zástavky“ ako o indikátoroch nebezpečia a mnohé typy a triky z odboru. Kniha učí umeniu anamnézy (kedy, čo a ako sa pýtať, po čom pátrať a hlavne počúvať), učí nás vnímať a poznať každú časť ľudského tela v urgentných i menej naliehavých situáciách, a to všetkými zmyslami, dostupnými prístrojmi a pomáha nám stanoviť diagnózu v nemocnici aj v teréne, umožňuje nám určiť priority liečebného a ošetrovateľského postupu a začať včas účinnú liečbu.

Klinická propedeutika v urgentnej medicíne zohľadňuje informácie a poznatky ostatných lekárskejších špecializácií a možno bez skromnosti povedať, že propedeutika v urgentnej medicíne je „niekoľko propedeutík v jednej“ (spája minimálne akútnu časť internej, chirurgickej, pediatickej, neurologickej a psychiatrickej propedeutiky). V tomto duchu je kniha učením, bez ktorého sa nezaobíde žiadny lekár, zdravotnícky záchranár, sestra, operátor, študent ani pedagóg. V tom vidím jej silu a nezastupiteľný význam.

Želám tomuto dielu, aby bolo živé celé roky, aby slúžilo vymenovaným čitateľom pri hľadaní odpovedí vždy, keď ich budú potrebovať pre záchranu zdravia a života, pre kvalitnejší život trpiacich pacientov.

Ak sa vám zdá, že tento predslov má v sebe príliš veľa pozitív, posúďte sami.

*MUDr. Táňa Bulíková, PhD.
Šamorín, november 2012*

Úvod

V tejto učebnici nájdete najzákladnejšie zásady odoberania anamnézy a postupy fyzikálneho vyšetovania v časovej, priestorovej a materiálnej tiesni miesta vzniku náhleho ochorenia alebo úrazu. Zriedkavo je to elegantná a prepychovo zariadená domácnosť, častejšie malá miestnosť s minimálnym, alebo žiadnym osvetlením, s imobilným pacientom v najvzdialenejšom kúte alebo na najvyššom poschodí rodinného domu po prístupe úzkym schodišťom so skrinkami, kvetmi a soškami (alebo haraburdami) v ceste, s pozorovateľmi v podobe neutrálnych, chápujúcich alebo aj priamo nepriateľsky naladených príbuzných. Príliš často je našou vyšetrovňou ulica, pivnica, záhrada, osvetľovacím telesom okrem čelových lúčov a reflektorov vozidla Ambulancia sliepňajúci mesiac, prípadne oslepujúce slnko. Pri akútnych stavoch nie je čas zistiť všetky atribúty kompletnej anamnézy, ale zároveň nesmieme zabudnúť na dôležité fakty. Ako si poradiť, keď meranie vitálnych funkcií nie je možné pri nespolupracujúcom pacientovi alebo pre hlučiacich áut na diaľnici napriek tomu, že hodnoty musíme poznať pre ďalší postup a liečbu? Ako využiť slabiny odlišností prednemocničnej diagnostiky v prospech pacienta pri stanovení správnej diagnózy, ako sa vyhnúť hroziacim rizikám z nedostatku informácií, falošným príslubom klamných evidentných príznakov, ako obísť nedostatok prístrojov na diagnostiku, ako hľadať schované, ale dôležité údaje v anamnéze a skryté príznaky pri fyzikálnom vyšetrení?

Knižka nemá ambíciu nahradiť propedeutiku interného lekárstva, chirurgie, traumatológie, neurológie, pediatrie, kardiológie a iných odborov, z ktorých pochádzajú pacienti v urgentnej medicíne. Napriek tomu, že vychádza z vyšetrovacích metód v iných odboroch a špecializáciách, vyšetovanie v neodkladnej prednemocničnej starostlivosti je odlišné od vyšetovania v nemocnici. Odlišnosti sú nielen v materiálnom vybavení, ale hlavne v charakteristikách ako časová tieseň, chronológia, neúplnosť informácií, skreslené informačné toky, nevhodnosť priestoru na vyšetrenie – prítomnosť verejnosti, nespolupracujúcich príbuzných a stres z náhleho stavu. Inokedy, naopak, sú problémom až príliš spolupracujúci príbuzní a náhodní okoloidúci svedkovia.

Učebnica je určená prednostne nelekárskym zdravotníckym profesiám pracujúcim v prednemocničnej a nemocničnej urgentnej zdravotnej starostlivosti, ale nepochybujem na základe vlastných skúseností, že v nej nájdú užitočné informácie aj mladší lekári záchranej zdravotnej služby a urgentných príjmových oddelení. Každý z nás, týka sa to najmä lekárov, začínal svoje praktické medicínske vzdelávanie až po promócií v lôžkovom nemocničnom zariadení, a to prevažne s pacientmi s chronickými chorobami. Praktické návyky z praxe počas štúdia sú útržkovité, nesystematické, náhodilé, povrchné a niekedy aj nie celkom správne. Lekári začínajú so systematickou praktickou prípravou až po zaradení na oddelenie toho odboru, v ktorom sa plánujú špecializovať. Pacienti k nim na posteľ prichádzajú po dlhšom časovom odstupe od vzniku alebo zhoršenia ochorenia, predliečení záchrannou službou, centrálnym príjmom, s príznakmi modifikovanými minimálne časovým odstupom, ak už nie priamou farmakoterapiou. Prichádzajú už s niektorými predbežnými pracovnými diagnózami, mnohí z nich už majú na oddelení chorobopisy z predchádzajúcich hospitalizácií. Na iných oddeleniach sú lekári často v rámci „cirkulácie“ len štatistami bez reálnej zodpovednosti. Stávajú sa špecialistami vo vybranom odbore a vedomosti z iných špecializácií sú na úrovni poučeného laika a navyše zaťažené rôznymi poznatkami aj predsudkami, ktoré už boli vedecky vyvrátené, ale sú súčasťou inej špecializácie,

ktorej sa nevenujeme. Keď sa pri práci v záchranej zdravotnej službe lekár dostane k pacientovi z vlastnej špecializácie, chýba mu len diagnostická technika, čas a vadí mu okolie. Odborne je pripravený. Ak sa ale dostane k pacientovi s ochorením inej špecializácie, nebude až tak doma s diagnostikou a liečbou. Pacient to nepocíti, ale lekár nemá zo seba väčšinou ten najlepší dojem. Zdravotníckych záchranárov učia v škole, počas povinnej školskej praxe a v zamestnaní lekári rôznych špecializácií, čo je výhodou, u každého niečo vidia a naučia sa. Ale vzhľadom na rozsah štúdia nerozumejú všetkým patofyziologickým a farmakologickým nuansám medicínskeho umenia. Nevedia vždy posúdiť odbornosť lekára a poznatky prijímajú nekriticky podľa osobnostných charakteristík lekára a jeho empatie. Môže sa stať, že za správne budú považovať niečo, čo nemá podporu v medicíne založenej na dôkazoch. Lekárske myslenie je odlišné, vo vzťahu k záchranárom so snahou k prílišnej vedeckosti a so sklonom k množstvu nepodstatných detailov.

Dnešný pokrok v medicíne sa rúti neskutočnou rýchlosťou a každá napísaná kniha je zastaraná už v momente vydania. Verím, že táto kniha bude mať iný osud. Poznatky v nej sa zhromažďovali dlhé roky až do dnešných dní (pojmem *facies hippocratica* má najmenej 2390 rokov). Teraz už začíname tieto vedomosti zabúdať, lebo pri diagnostike pomáhajú laboratórne, zobrazovacie a funkčné vyšetrenia, ktorých výsledky sú zaznamenané a opakovateľné – na rozdiel od skráteného záznamu anamnézy a subjektívnou chybou zaťaženého fyzikálneho vyšetrenia zrakom, čuchom, hmatom, sluchom.

Pri práci v prednemocničnej urgentnej medicíne je treba, aby aj lekári, aj zdravotnícki záchranári postupovali pri diagnostike jednoducho, stručne, rýchlo, cielene, bez zbytočného odkladu postavili pracovnú diagnózu a čím skôr aj začali liečbu, ak nie kauzálnu, tak aspoň symptomatickú. O anamnéze a fyzikálnom vyšetrení sú nasledujúce kapitoly. Učebnica nie je samozrejme o všetkom, podrobnosti treba hľadať v knihách príslušných špecializácií.

*doc. MUDr. Viliam Dobiáš, PhD.
Bratislava, december 2012*

Venovanie

Kniha je napísaná pre mojich mladších kolegov, študentov, lekárov aj zdravotníckych záchranárov, aby som odovzdal celoživotné skúsenosti, ktoré im umožnia získať poznatky v kratšom čase, ako som sa k nim dopracovával ja.

Venovaná je manželke Marici, deťom Janke, Vierke, Janíkovi, ich partnerom a vnúčatám, ktorých som ukrátil o čas strávený písaním viacerých učebníc. Vynahrad'te im to, prosím, keď budú niekedy ako pacienti objektom vašej starostlivosti.

Celý profesionálny život ďakujem mojim učiteľom – personálu z nemocníc v Handlovej, Skalici, na Kramároch, Fraňa Kráľa, Klenovej, lekárom, sestričkám, záchranárom. Učil som sa od súťažiacich na Záchrane a Rallye Rejvíz, učili ma aj červenokrížski záchranári. Vďaka všetkým, je to aj vaša kniha.

Nemôžem pri poďakovaní zabudnúť ani na recenzentky, ktoré precíznym posudzovaním rukopisu a komentármi knihu vylepšili.

1 Anamnéza všeobecne

História

V minulosti bola anamnéza považovaná za najdôležitejšiu časť diagnostiky chorôb. Ešte pred 40 rokmi, čo je dĺžka pracovnej kariéry zdravotníka, boli k dispozícii okrem anamnézy len základné laboratórne biochemické vyšetrenia, RTG s kontrastným vyšetrením a nedokonalé tomografické snímky v 10 cm vrstvách, jednoduchá arteriografia, koronarografia bola v začiatkoch, invazívne meranie tlaku vzácnosťou, vyšetrenie na acidobázu malým zázrakom v pár veľkých nemocniciach. Žiadny ultrazvuk, CT, NMR, pulzná oxymetria, prenosné glukometre. Tlakomery a teplomery len ortuťové, monitory s obrazovkou 10 × 5 cm a žeravenie trvalo minúty, EKG veľkosti pracovného stola, ktoré sa pokazilo pri pokuse o odtlačenie z vyšetrovne na patientskú izbu. V tom čase bolo nevyhnutnosťou to, čo sa dnes považuje za prekonanú históriu, a to fakt, že niekedy až 80 % diagnózy je možné spraviť výlučne na základe správne odobratej cieľenej anamnézy. Dnes sa opatrne tvrdí, že anamnéza prispeje k diagnóze 50–70 %. Napriek prieniku techniky do diagnostického procesu táto téza platí, len ju neuplatňujeme tak často a dôsledne, ako by sme mohli.

1.1 Definície

Propedeutika (grécky pro paideuein = učenie predtým než...) je úvod do vedného odboru, základný kurz alebo predbežné vzdelávanie. Termín bol prvýkrát použitý v roku 1798.

V medicíne je to súbor základných informácií z daného odboru, rozlišujeme internú, chirurgickú, neurologickú propedeutiku a ďalšie podľa špecializácií. Tieto základné informácie o pacientovi zbierame pozorovaním, zmyslovým vyšetrením a meraním vitálnych funkcií bez špecializovaných diagnostických procedúr. Propedeutika nás učí odoberaniu anamnézy a fyzikálnemu vyšetrovaniu. Anamnéza a fyzikálne vyšetrenie nás privedú k pracovnej diagnóze obklopenej viacerými diferenciálnymi diagnózami. K definitívnej diagnóze sa dopracujeme logickou úvahou a vylučovacou metódou, alebo zapojením prístrojovej techniky do diagnostiky. Ešte stále sa laboratórnym a prístrojovým metódam hovorí „pomocné vyšetrenia“ a preto odoslanie pacienta na CT vyšetrenie kvôli akémukoľvek úderu do hlavy môže síce stanoviť alebo vylúčiť diagnózu, ale určite oslabuje náš intelekt a ochudobňuje radosť z rozmýšľania.

Anamnéza (gr. anamnesis – „spomínanie“, doslova „opak zabúdania“: an-amnesis) je rozhovor lekára/zdravotníka s pacientom, pri ktorom pacient opisuje vlastnými slovami svoje zdravotné ťažkosti. Lekár chorého počúva a kladie mu cieľené otázky. Anamnéza je vlastne zdravotná história pacienta od tehotenstva jeho matky, cez pôrod, ochorenia rodičov, detské choroby, prekonané ochorenia a úrazy v minulosti až po súčasné ťažkosti, ktoré ho viedli k vyhľadaniu zdravotnej starostlivosti alebo k privolaniu záchranej zdravotnej služby. Kompletná anamnéza obsahuje všetky údaje o zdravotnom stave chorého a v neposlednom rade aj jeho návyky, zlozvyky, spôsob životosprávy, sociálne a pracovné pomery. Anamnéza má v procese určovania správnej diagnózy mimoriadny a prakticky nenahraditeľný význam. Vedie v mnohých prípadoch priamo k diagnóze, alebo veľmi výrazne zúži rozsah možných ochorení, či

usmerní ďalšie pátranie. Pre niektoré medicínske odbory je jedinou cestou k určeniu ochorenia – typickým príkladom je psychiatria.

Zdravotníkom odoberajúcim anamnézu môže byť lekár alebo aj iný zdravotnícky pracovník, či už zdravotnícky záchranár, sestra pracujúca v záchrannej zdravotnej službe alebo na oddelení urgentného prijmu. Pri akútnych ochoreniach a úrazoch by nemal byť podstatný rozdiel medzi anamnézou odobratou lekárom a nelekárom, pretože pri náhlych stavoch je množstvo otázok limitované z časových dôvodov. Rozdielna môže byť interpretácia získaných poznatkov pri stanovovaní pracovnej diagnózy a množstvo diferenciálnych diagnóz, ktoré sa po vypočutí pacienta nazbierajú v úvahách lekára alebo záchranára.

Pri získavaní anamnézy je dôležité mať nielen vedomosti o chorobách, ale poznať aj zásady komunikácie (gestika, haptika, posturika, mimoslovná komunikácia), mať dostatok empatie, aspoň minimálnu úroveň emočnej inteligencie, vedieť zásady manažmentu, aby bol rozhovor konštruktívny, aby pacient nemal pocit, že sa nemôže vyrozprávať do sýtosti, ale zároveň aby sa hlavné problémy prebrali najprv, menej dôležité neskôr, alebo prípadne v prednemocničnej fáze vôbec nie. Pri príliš podrobnom rozprávaní pacienta taktne usmerňujeme tak, aby sme efektívne získali maximum relevantných informácií. Rozhovor dopĺňujeme cieľenými otázkami, ktoré nesmú byť sugestívne. Dobrým postupom je „zrkadlenie“, keď niektoré vety, slovné zvraty pacienta zopakujeme, aby sme naznačili svoju účasť a overili si správne pochopenie. Sugestívna otázka naznačuje, akú odpoveď chceme počuť: „Dýcha sa vám ťažko?“ namiesto „Ako sa vám dýcha?“, alebo „Ešte stále to bolí?“ namiesto „Cítite nejakú zmenu?“ Dôležité je prostredie, ktoré si ale nemôžeme vybrať, dôležitá je vzájomná a rovnocenná fyzická pozícia zdravotníka a pacienta, ktorú ale niekedy nevieme a nemôžeme zrealizovať. Dôležitá je vzájomná dôvera alebo aspoň dôvera pacienta smerom k zdravotníkom, ktorú však nemáme čas budovať.

Podstatné údaje z anamnézy musia byť zapísané v dokumentácii. Raz získané údaje podrobujeme kritickej analýze, rozpory a nedôslednosti overujeme opakovanými otázkami. Priama anamnéza (direktná anamnéza, autoanamnéza) je subjektívnu výpoveďou pacienta a preto si často žiada, aby bola doplnená nepriamou anamnézou (indirektná anamnéza, heteroanamnéza), čiže rovnako subjektívnu výpoveďou: 1. svedkov alebo 2. rodinných príslušníkov, alebo aj objektívnu anamnézou od 1. rodinných príslušníkov alebo 2. svedkov.

Anamnézu pacienta spolu s výsledkami konziliárnych a laboratórnych vyšetrení, liečbou a návrhmi liečebných opatrení môžeme získať v písomnej forme, ak má pacient k dispozícii záznamy o ambulatnom vyšetrení, prepúšťacie zprávy z hospitalizácií a ošetrovateľské prepúšťacie zprávy, prípadne kompletnú zložku zdravotnej dokumentácie. Katamnéza je sledovanie stavu pacienta a vývoja ochorenia po liečbe, napr. po prepustení z hospitalizácie. Zdravotná dokumentácia však v žiadnom prípade nenahradí anamnézu terajšieho ochorenia a fyzikálne vyšetrenie, pretože súčasné ťažkosti môžu byť odlišné od podobných ťažkostí v minulosti vyčítané z dokumentácie.

Čím viac zdrojov anamnézy získame, tým budeme mať viac materiálu na kritickú analýzu, vylúčenie nepodstatných informácií a lepšie stanovenie diagnózy. Aj maloleté deti a ľudia pod vplyvom omamných látok vedia niekedy poskytnúť dôležitú informáciu. Predovšetkým deti bývajú podceňované a ich údaje prepočítané alebo nezobrané do úvahy, čo je škoda. Spoľahlivým zdrojom informácií je personál pohostinských zariadení zvyknutý sledovať hostí a mať prehľad o ich spotrebe, správaní a zmenách psychického a aj telesného stavu. Dôležitým a niekedy jediným zdrojom určitých častí

z anamnézy môže byť operátor/ka operačného strediska v prípade, ak bol postihnutý v minulosti klientom záchrannej zdravotnej služby. Čím viac zdrojov, tým objektívnejšia informácia. Niekedy však viac zdrojov anamnézy môže zmiast'.

Typicky u starších a osamelých, ktorých prídu navštíviť dospelé deti a na otázku ako sa má, starý rozpovie, že má bolesti, zle sa mu dýcha, chodí, nechutí mu jesť a celým vyjadrením len chce dať najavo, že ho rodina navštevuje málo a zanedbávajú ho v jeho trápeniach. Okamžite nasleduje volanie na tiesňovú linku, aby ukázali, že sa o svojho starého vedia postarať. Ak lekár vypočuje anamnézu od návštevy, môže mať pocit, že bude treba resuscitáciu. Ak sa opýta starého, odkedy má vymenované príznaky, dozvie sa, že už niekoľko rokov, mesiacov, týždňov a nič sa v posledných dňoch nezmenilo.

1.2 Charakteristiky anamnézy

1. Anamnéza má prognostické vlastnosti: dĺžka trvania bolesti za hrudnou kosťou rozhoduje o rozdieloch medzi nestabilnou anginou pectoris a infarktom myokardu, trvanie príznakov cievnej príhody mozgu rozhoduje o tom, či sa stihne podať trombolytická liečba a úprava bez následkov je možná, alebo sa liečbou už len bude brániť vážnym komplikáciám.
2. Anamnéza má forenzné dôsledky: pripútanie v aute môže byť dôležité pre finančné plnenie poisťovne, popis nájdenia zranených a mŕtvych na sedadlách môže pomôcť určiť vodiča auta v momente nehody. Popis použitých/nepoužitých bezpečnostných prvkov (prilby, rukavice, zábrany) pri pracovnom úraze môže pomôcť pracovníkovi alebo usvedčiť zamestnávateľa. Zatiaľ sa na forenznú stránku kladie dôraz iba pri sťažnosti, neskôr bude môcť byť anamnéza využitá pri regresoch, trestnom stíhaní, ale aj pri oslobodení spod obžaloby.
3. Anamnéza je sama o sebe diagnostická: pri angine pectoris rozhoduje o diagnóze jedine anamnéza, EKG a iné vyšetrenia môžu byť pri latentnej ischemickej chorobe dlho normálne. Pri úrazoch zistenie mechanizmu úrazu a jeho popis svedkami môžu rozhodnúť o vážnom podozrení na poškodenie chrčtice aj bez klinických prejavov. Pri psychiatrických ochoreniach jedine anamnézou zisťujeme aj objektívne príznaky ochorenia.
4. Anamnéza určuje triedenie pacientov, riziko poškodenia (napr. krčnej chrčtice) na základe etiológie úrazu, pravdepodobnosť neskorých komplikácií (pri cievnej mozgovej príhode), pravdepodobnosť skrytých poranení pri výbuchoch v závislosti od vzdialenosti od epicentra a iné.
5. Anamnéza je diskretná: pýtame sa na údaje, ktoré by pacient nepovedal nikomu cudziemu okrem zdravotníkov. Tým „cudzím“ môže byť aj manželka, prípadne iný člen rodiny. Nesmieme sa pýtať na chúlостivé veci na verejnosti, na pracovisku, pred rodinnými príslušníkmi. Čo je chúlостivé? Záleží od prostredia, veku a rodinného vzťahu. Starší manželia už o sebe vedia všetko, ale aj tu môžu byť výnimky. Jeden z nich vie o svojom nevyliciteľnom ochorení, ale zamlčí to pred partnerom, aby ho nerozrušil. Rodičia nemusia vedieť o antikoncepcnej liečbe svojej takmer dospeléj dcéry, manžel nebol informovaný o ukončení tehotenstva manželky. Na pracovisku sa nebudeme pred kolegami vypytovať na predchádzajúce epileptické

záchvaty, ale ani na prekonané infarkty. Citlivých variácií na možnosť porušenia diskrétnosti je nekonečne veľa aj v domácnostiach, aj na verejnosti.

6. Anamnéza je chronologická: príznaky vymenuje postihnutý podľa svojho hodnotenia ich závažnosti, ale nie v časovom postupe ako vznikali. Iná diagnóza sa ponúka, ak náhla dušnosť vznikla pár dní po operácii, iná, ak je dušnosť už niekoľko rokov pri námahe a teraz vznikla v pokoji. Trvanie príznakov rozhoduje o spôsobe a trvaní liečby, napr. pri akútnom infarkte myokardu, cievnej mozgovej príhode, zasypaní a stlačení tkanív, trvaní resuscitácie. Zaznamenávame dĺžku trvania aj spôsob riešenia prekonaných ochorení, dokumentujeme presné časové údaje jednotlivých udalostí.
7. Rozpory v anamnéze medzi rodinnými príslušníkmi a nepravdepodobné vysvetlenia vzniku poranení svedčia o zamlčovaní a možnom kriminálnom pozadí (týrané dieťa, fyzické napadnutia a rodinné násilie).

1.3 Princípy odberu anamnézy

Dokonale odobratá anamnéza je vo svojej podstate umením. Zdravotník v nej musí využiť nielen svoje vedomosti, ale aj logické a kombinačné myslenie. Musí byť schopný nadviazať s pacientom kontakt založený na vzájomnej dôvere a pochopení. Vzťah, ktorý pri tomto kontakte vznikne, je často rozhodujúci aj pre úspech samotnej liečby. Dobré odobratie anamnézy sa učíme celý život. Choroba vyvoláva u pacienta strach, úzkosť, často i správanie, ktoré nie je preňho typické – podriadenosť, agresivitu, egoizmus, negativizmus. V takomto stave je človek veľmi zraniteľný a nevhodný komentár alebo nedostatočná pozornosť zdravotníka môže napáchať vo vzájomnom vzťahu nenapraviteľné škody. Každý pacient vyžaduje prísne individuálny prístup. Dôležitý je aj vonkajší dojem, ktorým na pacienta posádka záchranej služby pôsobí: oblečenie, úprava zovňajšku, vystupovanie, spôsob a tón reči. Rozhodujúce sú však tri faktory:

- **dostatok času** – chorý musí mať pocit, že sa neponáhľame preč. Ani pri nedostatku času nedávame najavo, že sa ponáhľame. Netrepezlivosť, nesúhlas s postojom pacienta a rozhorčenie blokujú optimálnu komunikáciu.
- **záujem** – chorý musí mať pocit, že sa dokážeme vcítiť do jeho ťažkostí (empatia). Postoj, gestá, tón reči, očný kontakt – to všetko musí ukazovať záujem. Poznámky si robíme len úchytom, ak pacient hovorí niečo dôležité, položíme pero a počúvame. Pacienta zásadne oslovujeme menom, napr. pani X, pán Y, nikdy nie familiárne (ujo, babka, strýco a pod.). Ani mladistvým netykáme, aj k postihnutým pod vplyvom omamných látok sme zdvorilí ako zdravotník k chorému. Výnimkou sú malé deti, uvažovať nad tykaním už treba pri mladistvých do približne 12 rokov a tykanie môžeme použiť u mentálne retardovaných, ak oni začnú s oslovením zdravotníka „teta“ alebo „ujo“. Počas dlhšieho preslovu pacienta dáme najavo záujem pokyvovaním hlavy, alebo slovíčkami ako „rozumiem“, „chápem“, „pokračujte“. Počas rozhovoru musíme udržiavať čo najdlhšie očný kontakt s pacientom. Výnimkou sú psychotickí pacienti, môžu si po dlhšiu dobu uprený pohľad vysvetliť ako formu agresívneho správania zdravotníka. Vhodnou formou je technika „zrkadlenia“, keď zopakovaním slov pacienta overujeme správnosť pochopenia: „Dobre rozumiem, že ťažkosti sa opakujú v prípade...?“
- **prostredie** – na rozhovor s pacientom musia byť vytvorené čo najideálnejšie podmienky, najmä súkromie (často je rušivá i prítomnosť iného zdravotníka, kolegu

z posádky) alebo príbuzných, hlavne v prípade závažnejších a intímnejších zdravotných ťažkostí. Na druhej strane je prítomnosť ďalšieho zdravotníka vhodná a potrebná ako svedka. Nemali by sme pri odbere anamnézy stáť nad sediacim alebo ležiacim pacientom, výšková prevaha vytváraním dominantného postoja zhoršuje komunikáciu. V záchranej službe vystupujeme ako viacčlenný tím a pacienti sú väčšinou na prítomnosť viacerých osôb psychicky pripravení. Dôležité je odstrániť v miestnosti zdroje hluku z pozadia (zvuk televízora, hudba, rozhovory príbuzných a iné), ktoré zhoršujú počuteľnosť a zrozumiteľnosť pre starších a sťažujú auskultačné vyšetrenie a meranie tlaku krvi. Pokiaľ jeden člen tímu vyšetruje s fonendoskopom, druhý člen tímu sa nemôže pýtať pacienta a príbuzných, lebo môžu uniknúť dôležité informácie.

Otázky pacientovi formulujeme jasne a zrozumiteľne, s ohľadom na jeho vzdelanie, inteligenciu, momentálny psychický stav a aj vek (špeciálnu sústredenosť vyžadujú krajné vekové skupiny – malé deti a starí ľudia). Začíname sa pýtať otvorenými otázkami, ktoré umožnia, aby pacient začal rozprávať (napr. čo vás trápi?, aké máte v poslednom čase ťažkosti?). Otázky majú byť neutrálne a nesmú naznačovať očakávanú odpoveď – sugestívne otázky. Rozprávať by mal predovšetkým pacient, niekedy je ho však nutné primerane usmerniť k údajom, dôležitým pre diagnózu (o ktorých si pacient môže myslieť, že sú bezvýznamné). Cenné sú aj záporné odpovede – teda absencia nejakého príznaku, hlavne ak ide o významné príznaky. Stav a pocity, ktoré opisuje pacient, voláme subjektívnymi príznakmi na rozdiel od objektívnych príznakov, ktoré zisťujeme fyzikálnym klinickým vyšetrením. Podľa spôsobu opisovania subjektívnych ťažkostí pacienta možno niekedy vycítiť, že pacient prejavy svojho ochorenia preceňuje (agrávacia: zväčšovanie chorobných príznakov a zdravotných ťažkostí), prípadne i cielene vymýšľa (simulácia: zámerné predstieranie a zveličovanie zdravotných problémov), ale na druhej strane inokedy nedoceňuje alebo vedome či podvedome skrýva (dissimulácia). Dissimulácia býva častá u detí a starších pacientov, ktorí sa boja, že prejavenie príznakov povedie k bolestivým injekciám (deti), prípadne k pobytu v nemocnici (deti aj starší).

Špeciálnym prípadom je hypochondrický pacient (hypochondria, sklon k zveličovaniu alebo k vsugerovaniu si choroby, sklon považovať zdanlivé alebo i skutočné potiaže za omnoho vážnejšie a nebezpečnejšie). Hlavne v takýchto situáciách je potrebná dostatočná dávka skúseností, ale i citu a pochopenia pre motiváciu konania nemocného.

Odpovede pacienta zapisujeme jeho vlastnými slovami, nie odborným slangom. Nie „máva posturálnu hypotenziu“, ale „pri vstátí z postele sa mi točí hlava“, nie „dyspnoe“, ale „nemôžem sa dobre nadýchnuť“. Odborné výrazy v zápise môžeme použiť pri konštatovaní negatívnej anamnézy, napr. dyspnoe a stenokardie pacient popiera. V zapísanej anamnéze musíme v zátvorke uviesť zdroj údajov, čiže najprv subjektívne údaje pacienta a potom objektívnu anamnézu, napr. „hovorí, že nemôže spať, ale celú noc chrápal (manželka)“.

Odber anamnézy môže byť komplexný, pýtame sa na všetko, čo súvisí s pacientovými pocitmi a stavom. Tento postup nie je bežný a ani potrebný v akútnej medicíne, v nemocniciach sa vyžaduje hlavne od študentov na praxi a od mladých začínajúcich lekárov. Potrebný je pri prvej návšteve praktického lekára pre dospelých. Druhým spôsobom je cieleňaná anamnéza, otázky na pacienta sú počtom limitované a upravené podľa predpokladanej diagnózy, hlavného orgánového postihnutia alebo informácií získaných

v minulosti. Tento spôsob je používaný v akútnej medicíne, v iných medicínskych oblastiach skúsenými a zaneprázdnenými lekármi. Zatiaľ menej používaným spôsobom je počítačový odber anamnézy, pri ktorom sa online elektronicky zadávajú odpovede na vopred pripravené otázky podľa ochorenia, alebo špecializácie lekára. Počítačom generovaný sled otázok je používaný v operačných strediskách tiesňových liniek.

V prednemocničných podmienkach je anamnéza ešte dôležitejšia a obsažnejšia ako v akomkoľvek inom prostredí. V byte pacienta alebo na mieste vzniku úrazu môžeme vidieť a zistiť okolnosti a fakty, ku ktorým sa žiadny iný zdravotník nemá šancu dostať. Anamnestické údaje nezistené a nezaznamenané na mieste sú nenahraditeľné a definitívne stratené. Je obrovskou zodpovednosťou využiť pobyt na mieste vzniku ochorenia/úrazu na obhliadku miesta a zistenie všetkých relevantných faktov. Môže to byť ťažké a frustrujúce, keďže veľakrát nevieme vopred predpokladať, čo sa ukáže ako dôležité už krátko po našom odchode z miesta úrazu alebo vzniku náhleho ochorenia.

Limity odoberania anamnézy

Poruchy sluchu: u starších sú časté, načúvacie zariadenie môže situáciu zlepšiť. Treba hovoriť zrozumiteľne a pomalšie, používať krátke vety, pozeráť pri rozprávaní na pacienta a odstrániť okolité zdroje hluku (rozhovor príbuzných, rádio, televízor). V krajnom prípade napísať otázku veľkými tlačenými písmenami na papier. Ak pacient dokáže odpozeráť z perí, treba sedieť pred pacientom v dobrom svetle. Pri jednostrannej poruche sluchu sedíme na zdravej (menej narušenej) strane. Starší pacienti s poruchou sluchu sa často hanbia priznať, že nepočuli, a tak odpovedia na otázku, ktorá neodznela. Ak odpoveď zapadne do kontextu, dostaneme falošnú informáciu, ktorá ale môže znieť vierohodne.

Poruchy zraku: katarakta, glaukóm a degenerácia makuly sú v starobe časté. V miestnosti by malo byť jasné osvetlenie (paradoxne starí ľudia šetria na osvetlení a v miestnostiach, kde sa zdržiavajú, býva obvykle prítmie).

Mentálne poruchy – demencia: často prítomná aj u pacientov, ktorí sú na prvý pohľad fyzicky v dobrej kondícii, charakteristikami sú zabudlivosť, opakovanie a neadekvátne odpovede. Postupné zhoršovanie mentálnych funkcií rodina registruje a vie popísať.

Citlivé témy

Mentálne zdravie – najprv otvorenými otázkami zisťujeme postoj k psychickým problémom a ochoreniam: „Mali ste niekedy citové (emočné) alebo psychické problémy?“. Nasleduje cielenejšia otázka: „Navštívili ste niekedy psychológa alebo psychiatra?“. „Užívali ste niekedy lieky na citové a psychické problémy?“. „Boli ste vy alebo niekto z rodiny v nemocnici kvôli psychickým problémom?“. Netreba podceňovať diskkrétne a skryté narážky v reči pacienta na slabosť, únavnosť, stratu chuti do jedla a na hmotnosti, nespavosť a netypické telesné prejavy. Cielené úvodné otázky na duševné zdravie môžu znieť nasledovne: „Cítili ste sa v posledných 2 týždňoch na dne, depresívne alebo beznádejne?“. „Mali ste v posledných 2 týždňoch pocit, že sa vám nič nechce robiť a z ničoho nemáte radosť?“. Prípadne aj: „Napadli vám niekedy myšlienky o ublížení si, alebo o ukončení života?“. Pacienti so schizofréniou a inými cyklickými psychózami niekedy dobre fungujú v rámci svojho okolia a vedia presne popísať svoju diagnózu, liečbu, pocity, hospitalizácie aj svoj postoj k chorobe a potrebu hospitalizácie alebo psychiatrickej kontroly. Niekedy je návrh hospitalizácie pre nich úľavou, inokedy sa slovne bránia, ale ak lekár/zdravotník dôrazne formuluje potrebu hospitalizácie, dajú sa presvedčiť a spolupracujú pri transporte.