

Pavel Klener et al.

PROPEDEUTIKA VE VNITŘNÍM LÉKAŘSTVÍ



Pavel Klener et al.

PROPEDEUTIKA VE VNITŘNÍM LÉKAŘSTVÍ

Třetí, přepracované vydání

GALÉN

Pavel Klener et al.

PROPEDEUTIKA VE VNITŘNÍM LÉKAŘSTVÍ



Třetí, přepracované vydání



Pořadatel

prof. MUDr. Pavel Klener, DrSc.

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice,

I. interní klinika – klinika hematologie

Recenzent

prof. MUDr. František Boudík, DrSc.

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice,

II. interní klinika – klinika kardiologie a angiologie



Pavel Klener et al.

PROPEDEUTIKA VE VNITŘNÍM LÉKAŘSTVÍ

Třetí, přepracované vydání

Editor PhDr. Lubomír Houdek

Vydalo nakladatelství Galén, Na Bělidle 34, 150 00 Praha 5

Šéfredaktorka PhDr. Soňa Dernerová

Odpovědná redaktorka MUDr. Dina Válková

Dokumentace z archivu autorů a nakladatelství Galén

Sazba Milena Honců, Galén

Tisk FINIDR, s. r. o., Lípová 1965, 737 01 Český Těšín

Určeno odborné veřejnosti

G291039



Všechna práva vyhrazena.

Tato publikace ani žádná její část nesmí být reprodukována, uchovávána v rešeršním systému nebo přenášena jakýmkoli způsobem (včetně mechanického, elektronického, fotografického či jiného záznamu) bez písemného souhlasu nakladatelství.

Autoři, pořadatel i nakladatel vynaložili značné úsilí, aby informace o léčivech odpovídaly stavu znalostí v době zpracování díla. Nakladatel za ně nenese odpovědnost a doporučuje řídit se údaji o doporučeném dávkování a kontraindikacích uvedených výrobcí v příbalovém letáku příslušného léčivého přípravku. Týká se to především přípravků vzácněji používaných a nově uváděných na trh.

V textu jsou používány ochranné obchodní známky léků a dalších produktů. Absence symbolů ochranných známek (® ,TM ap.) neznamená, že se jedná o nechráněné názvy a značky.

Copyright © Galén, 2003, 2006, 2009

ISBN 978-80-7262-643-4

doc. MUDr. Jiří Beneš, CSc.

Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta a Fakultní nemocnice Na Bulovce,
Klinika infekčních nemocí

prof. MUDr. Marie Brodanová, DrSc.

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice,
I. interní klinika – klinika hematologie

JUDr. Daniela Bruthansová

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav sociální medicíny a veřejného zdravotnictví

doc. MUDr. Petr Cieslar, CSc.

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice,
I. interní klinika – klinika hematologie

† doc. MUDr. Bedřich Friedmann, CSc.

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice,
I. interní klinika – klinika hematologie

prof. MUDr. Terezie Fučíková, DrSc.

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice,
Ústav imunologie a mikrobiologie

MUDr. Jan Haber, CSc.

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice,
I. interní klinika – klinika hematologie

prof. MUDr. Jiří Homolka, DrSc.

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice,
I. klinika tuberkulózy a respiračních nemocí

MUDr. Radkin Honzák, CSc.

Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví Praha, Katedra psychiatrie

prof. MUDr. Jaromír Hradec, CSc.

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice,
III. interní klinika – klinika endokrinologie a metabolismu

doc. MUDr. Jiří Chmel, CSc.

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice,
I. interní klinika – klinika hematologie

RNDr. Josef Janda

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice,
I. interní klinika – klinika hematologie

doc. MUDr. Václav Jirásek, CSc.

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice,
I. interní klinika – klinika hematologie

prof. MUDr. Michal Kršek, CSc.

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice,
III. interní klinika – klinika endokrinologie a metabolismu

prof. MUDr. Zdeněk Mareček, DrSc.

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta a Ústřední vojenská nemocnice,
Interní klinika

prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc.

Revmatologický ústav, Praha;
Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Revmatologická klinika

doc. MUDr. Romana Ryšavá, CSc.

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice,
Klinika nefrologie

RNDr. Alena Slavičková, CSc.

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice,
I. interní klinika – klinika hematologie

MUDr. Jiří Spáčil, CSc.

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, III. interní klinika – klinika endokrinologie a metabolismu

prof. MUDr. Marek Trněný, CSc.

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice,
I. interní klinika – klinika hematologie

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc.

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice,
Ústav klinické biochemie a laboratorní diagnostiky

MUDr. Jiří Žabka, CSc.

Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta a Fakultní nemocnice Královské vinohrady,
I. interní klinika

PŘEDMLUVA	1
-----------------	---

A. ČÁST OBECNÁ

1. NĚKOLIK POZNÁMEK Z HISTORIE VNITŘNÍHO LÉKAŘSTVÍ	4
<i>(Václav Jirásek)</i>	

2. ZDRAVÍ A NEMOC <i>(Pavel Klener)</i>	8
■ Příčiny onemocnění	8
■ Průběh onemocnění	9

3. KOMUNIKACE LÉKAŘ-PACIENT <i>(Radkin Honzák)</i>	10
■ Vztah mezi lékařem a pacientem	11
■ Pravda na nemocničním lůžku	14
■ Maastrichtský systém	16

4. NEJČASTĚJŠÍ PROJEVY NEMOCI <i>(Pavel Klener)</i>	19
■ Únava a slabost	19
■ Poruchy spánku	20
■ Poruchy chuti k jídlu	20
■ Nevolnost a zvracení	20
■ Úbytek hmotnosti	21
■ Žízeň	21
■ Bolest	22
■ Svědění	24
■ Změny tělesné teploty	24
■ Bušení srdce	26
■ Dušnost	26
■ Kašel	27
■ Chrapot	27
■ Krvácivé projevy	27

5. ANAMNÉZA (Zdeněk Mareček)	29
5.1. Schéma anamnézy	29
■ Osobní data nemocného	30
■ Současné obtíže vedoucí k vyšetření	30
■ Osobní anamnéza	30
<i>Nynější onemocnění</i>	30
<i>Předchorobí</i>	31
■ Rodinná anamnéza	32
■ Pracovní a sociální anamnéza	33
5.2. Zásady správné anamnézy	33
■ Dostatek času	34
■ Vhodné prostředí	34
■ Správná formulace otázek	35
■ Osobní zájem	36
■ Kritické hodnocení	36
■ Anamnestická diagnóza	37
6. METODY FYZIKÁLNÍHO VYŠETŘENÍ (Pavel Klener)	39
7. VYŠETŘENÍ ARTERIÁLNÍHO A ŽILNÍHO PULSU (Jaromír Hradec)	41
7.1. Arteriální puls	41
■ Rytmus pulsu	42
■ Amplituda a charakter pulsu	42
7.2. Žilní puls a tlak	44
8. VYŠETŘENÍ KREVNÍHO TLAKU (Jaromír Hradec)	46
9. CELKOVÉ POSOUZENÍ STAVU PACIENTA (Petr Cieslar)	49
9.1. Vědomí a psychický stav	49
9.2. Růst, vývoj, výživa	50
9.3. Poloha nemocného, stoj a chůze	52
9.4. Hlas a řeč	54
9.5. Kůže	55
9.6. Kožní adnexa	59
9.7. Otoky	60
10. SOMATICKÉ VYŠETŘENÍ	62
10.1. Vyšetření hlavy (Petr Cieslar)	62
10.1.1. Vyšetření hlavy jako celku	62
10.1.2. Vyšetření očí	64
10.1.3. Vyšetření inervace mozkovými nervy	65
10.1.4. Vyšetření uší a nosu	66
10.1.5. Vyšetření dutiny ústní a jazyka	66
10.2. Vyšetření krku (Petr Cieslar)	68
10.3. Vyšetření hrudníku	69
10.3.1. Vyšetření hrudníku jako celku (Pavel Klener)	70
10.3.2. Vyšetření plic (Jiří Homolka)	72
10.3.3. Vyšetření srdce (Jaromír Hradec)	76

■ Srdeční ozvy	80
<i>První ozva</i>	82
<i>Druhá ozva</i>	82
<i>Třetí ozva</i>	83
<i>Čtvrtá ozva (síňová)</i>	84
<i>Cvalový rytmus</i>	84
■ Přidatné srdeční zvuky	85
■ Srdeční šelesty.....	86
■ Systolické šelesty.....	87
<i>Ejekční systolické šelesty</i>	88
<i>Regurgitační systolické šelesty</i>	88
■ Diastolické šelesty.....	90
<i>Průtokové diastolické šelesty</i>	90
<i>Regurgitační diastolické šelesty</i>	91
■ Kontinuální šelesty	92
■ Perikardiální třecí šelest.....	93
10.4. Vyšetření cév (<i>Jiří Spáčil</i>)	93
10.5. Vyšetření břicha	100
10.5.1. Vyšetření břicha jako celku (<i>Václav Jirásek</i>)	100
10.5.2. Vyšetření jater (<i>Marie Brodanová</i>)	104
10.5.3. Vyšetření sleziny (<i>Pavel Klener</i>)	108
10.5.4. Vyšetření žlučníku (<i>Marie Brodanová</i>)	108
10.5.5. Vyšetření pankreatu (<i>Marie Brodanová</i>)	109
10.6. Vyšetření ledvin a močového ústrojí (<i>Jiří Žabka</i>)	110
10.7. Vyšetření genitálu (<i>Pavel Klener</i>).....	110
10.8. Vyšetření pohybového ústrojí (<i>Karel Pavelka</i>).....	111
■ Nález u zánětlivých onemocnění.....	112
■ Nález u osteoartrózy	112
10.8.1. Vyšetření horní končetiny	112
■ Ramenní kloub	112
■ Loketní kloub	113
■ Zápěstí a ruka.....	113
10.8.2. Vyšetření dolní končetiny.....	114
■ Kyčelní kloub.....	114
■ Kolenní kloub.....	114
■ Kotník a klouby nohy.....	115
10.8.3. Vyšetření páteře.....	115
11. ZÁKLADNÍ POMOCNÁ VYŠETŘENÍ	117
11.1. Vyšetření sedimentace červených krvinek (<i>Bedřich Friedmann</i>).....	117
11.2. Vyšetření moči (<i>Jiří Žabka</i>)	118
11.2.1. Smyslové posouzení moči.....	118
11.2.2. Chemické vyšetření moči.....	119
11.2.3. Vyšetření močového sedimentu.....	120
11.3. Vyšetření EKG (<i>Jaromír Hradec</i>)	121
11.3.1. Vznik EKG křivky.....	122
11.3.2. Elektrody a svody.....	124
11.3.3. Normální elektrokardiogram	126

■ Vlna P.....	126
■ Interval PR (PQ).....	127
■ Komplex QRS.....	127
■ Vlna T	128
■ Interval QT	129
■ Úsek ST	129
■ Vlna U	130
11.3.4. Určení dalších parametrů	130
■ Určení srdeční frekvence.....	130
■ Určení elektrické osy srdeční.....	131
■ Elektrická rotace srdce.....	133
■ Pozdní komorové potenciály	134
11.3.5. Ambulantní monitorování EKG	134
12. ZOBRAZOVACÍ METODY (Jiří Chmel)	135
12.1. Vyšetření rentgenem	135
■ Skiografie – snímkování.....	135
12.2. Vyšetření ultrazvukem	136
12.3. Magnetická rezonance	137
12.4. Zobrazovací metody nukleární medicíny.....	137
13. ENDOSKOPICKÉ METODY (Václav Jirásek)	139
■ Nové zobrazovací techniky používané v endoskopii	140
13.1. Indikace endoskopie.....	141
13.2. Kontraindikace a rizika endoskopie.....	142
14. BIOCHEMICKÁ VYŠETŘENÍ (Tomáš Zima)	143
14.1. Preanalytická část laboratorního vyšetření a faktory, které ji ovlivňují.....	144
14.1.1. Biologické vlivy	144
14.1.2. Odběr materiálu.....	145
14.1.3. Transport materiálu.....	146
14.1.4. Skladování materiálu	146
14.2. Analytická část	147
14.3. Postanalytická část.....	147
15. ZÁKLADNÍ HEMATOLOGICKÁ VYŠETŘENÍ (Jan Haber)	151
15.1. Vyšetření krevního obrazu	151
15.2. Vyšetření kostní dřeně	151
15.3. Vyšetření základních koagulačních parametrů	152
16. PŘEDTRANSFÚZNÍ VYŠETŘENÍ (Jan Haber)	155
16.1. Vyšetření v laboratoři.....	155
16.2. Vyšetření u lůžka nemocného.....	155
17. ZÁKLADNÍ IMUNOLOGICKÁ VYŠETŘENÍ (Terezie Fučíková).....	156
17.1. Vyšetření alergických stavů	156
17.2. Vyšetření imunodeficience.....	157
17.3. Vyšetření autoimunitních onemocnění.....	157

18. MOLEKULÁRNĚBIOLOGICKÉ METODY (Josef Janda, Alena Slavičková)	159
■ Metoda polymerázové řetězové reakce.....	159
19. MIKROBIOLOGICKÁ VYŠETŘENÍ (Jiří Beneš).....	162
19.1. Mikrobiologické vyšetřovací metody.....	162
19.1.1. Mikroskopické techniky.....	162
19.1.2. Kultivační techniky.....	163
19.1.3. Průkaz mikrobiálních nukleových kyselin	164
19.1.4. Metody umožňující průkaz antigenu	164
19.1.5. Nepřímé diagnostické metody	165
19.2. Obecné zásady mikrobiologického vyšetřování v praxi	167
20. BIOPTICKÉ A CYTOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ (Václav Jirásek).....	168
21. STANOVENÍ DIAGNÓZY (Pavel Klenér).....	169
22. TERAPIE VNITŘNÍCH CHOROB (Pavel Klenér).....	171
23. PROGNÓZA VNITŘNÍCH CHOROB (Václav Jirásek)	174
24. ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE (Romana Ryšavá)	175
24.1. Dokumentace u hospitalizovaných pacientů	175
24.1.1. Příjmová dokumentace	175
24.1.2. Dekurs	176
24.1.3. Propouštěcí zpráva.....	179
24.1.4. Vykazování provedených výkonů	179
24.2. Dokumentace u ambulantních pacientů	181
25. PRÁVNÍ ODPOVĚDNOST LÉKAŘE (Daniela Bruthansová)	182
25.1. Vztah lékař–pacient z pohledu práva.....	182
25.1.1. Informace o zdravotním stavu pacienta	182
■ Informace podávané pacientovi	183
■ Informace podávané osobám blízkým.....	183
25.1.2. Souhlas s vyšetřovacími a léčebnými výkony	184
■ Zletilé osoby	184
Pozitivní revers.....	185
Negativní revers.....	186
■ Osoby mladistvé (děti).....	187
■ Osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům	188
25.1.3. Propuštění pacienta z ústavní péče.....	188
25.1.4. Dříve vyslovená přání pacienta	189
25.2. Poskytování zdravotnické dokumentace	190
■ Pacient.....	190
Právo na informace o zemřelém pacientovi.....	190
■ Zdravotničtí pracovníci	190
■ Změna ošetřujícího lékaře.....	191
■ Osoby získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání.....	191
■ Další osoby	191
25.3. Zpracování osobních údajů souvisejících se zajišťováním zdravotní péče	192

26. VYŠETŘENÍ V KARDIOLOGII (Jaromír Hradec)	196
26.1. Anamnéza u srdečních chorob	196
26.2. Nejčastější příznaky srdečních chorob	197
■ Bolest na hrudníku	197
■ Dušnost	200
■ Palpitace	202
■ Synkopy	202
■ Cyanóza	204
■ Otoky	205
■ Hemoptýza	205
26.3. Nejdůležitější vyšetřovací metody v kardiologii	206
26.3.1. Zobrazovací metody	206
■ Rentgenová vyšetření	206
<i>Nejdůležitější patologické RTG obrazy</i>	207
■ Magnetická rezonance	210
■ Ultrazvukové vyšetřovací metody	210
<i>Jednorozměrná echokardiografie</i>	211
<i>Dvourozměrná echokardiografie</i>	212
<i>Dopplerovská echokardiografie</i>	214
<i>Pulsní dopplerovská technika</i>	214
<i>Kontinuální dopplerovská technika</i>	214
<i>Barevné dopplerovské mapování krevního proudu</i>	214
<i>Jícnová echokardiografie</i>	215
■ Radionuklidové metody	215
■ Zátěžové testy	217
<i>Zátěžová elektrokardiografie</i>	218
<i>Zátěžová echokardiografie</i>	218
<i>Zátěžová thaliová scintigrafie myokardu</i>	220
26.3.2. Invazivní vyšetřovací metody	220
■ Pravostranná srdeční katetrizace	220
■ Levostranná srdeční katetrizace	222
■ Ventrikulografie a aortografie	222
■ Koronární angiografie	223
■ Invazivní elektrofyziologická vyšetření	224
■ Intravaskulární ultrazvukové vyšetření	224
■ Endomyokardiální biopsie	225
27. VYŠETŘENÍ V ANGIOLOGII (Jiří Spáčil)	226
27.1. Anamnéza u cévních chorob	226
27.2. Nejčastější příznaky cévních chorob	226
27.3. Nejdůležitější vyšetřovací metody v angiologii	228
27.3.1. Klinické testy	228
27.3.2. Zobrazovací metody	230
■ Vyšetření cév rentgenem	230
■ Magnetická rezonance	231

■ Radionuklidové metody	232
■ Ultrasonografie	232
■ Pletyzmografie	235
■ Metody k posouzení mikrocirkulace	236

28. VYŠETŘENÍ V PNEUMOLOGII (<i>Jiří Homolka, Jiří Chmel</i>)	237
28.1. Anamnéza u plicních chorob	237
28.2. Nejčastější příznaky plicních chorob	237
28.3. Nejdůležitější vyšetřovací metody v pneumologii	238
28.3.1. Zobrazovací metody	238
■ Rentgenová vyšetření	238
<i>Nejčastější patologické RTG nálezy</i>	239
■ Magnetická rezonance	243
■ Radioizotopová vyšetření	243
■ Ultrasonografie	244
28.3.2. Funkční vyšetření plic	244
28.3.3. Jiná speciální vyšetření	246
29. VYŠETŘENÍ V GASTROENTEROLOGII (<i>Václav Jirásek</i>)	247
29.1. Anamnéza u chorob trávicího ústrojí	247
29.2. Nejčastější příznaky poruch trávicího ústrojí	247
■ Celkové příznaky	248
■ Bolest	248
■ Dyspepsie	248
■ Poruchy motility	250
<i>Zvracení</i>	250
<i>Hematemaze</i>	250
<i>Meléna</i>	251
<i>Zácpa a průjem</i>	251
29.3. Nejdůležitější vyšetřovací metody v gastroenterologii	251
29.3.1. Zobrazovací metody	251
■ Rentgenová vyšetření	251
<i>Nejdůležitějších RTG patologické nálezy</i>	253
■ Ultrasonografie	257
■ Radionuklidová vyšetření	257
29.3.2. Endoskopické metody	257
29.3.3. Jiné vyšetřovací metody	261
<i>Vyšetření stolice</i>	262
30. VYŠETŘENÍ V HEPATOLOGII (<i>Marie Brodanová</i>)	263
30.1. Anamnéza u chorob jater	263
30.2. Nejčastější příznaky jaterních onemocnění	263
■ Ikterus	264
■ Příznaky na kůži a kožních adnexách	264
■ Ascites	265
■ Neuropsychické příznaky	266
■ Jiné příznaky	266
30.3. Nejdůležitější vyšetřovací metody v hepatologii	267

30.3.1. Zobrazovací metody	267
■ Ultrasonografie	267
■ Rentgenová vyšetření	267
■ Magnetická rezonance	268
■ Radionuklidová vyšetření	268
■ Endoskopické vyšetření	269
30.3.2. Laboratorní vyšetření	269
30.3.3. Morfologická vyšetření	271
31. VYŠETŘENÍ ŽLUČNÍKU, ŽLUČOVÝCH CEST A PANKREATU	
(Marie Brodanová)	273
31.1. Anamnéza u onemocnění žlučníku, žlučových cest a pankreatu	273
31.2. Nejčastější příznaky při onemocnění žlučníku, žlučových cest a pankreatu	273
31.3. Nejdůležitější vyšetření žlučníku, žlučových cest a pankreatu	274
31.3.1. Zobrazovací metody	274
■ Rentgenová vyšetření	274
■ Magnetická rezonance	275
■ Ultrasonografie	276
■ Radionuklidová vyšetření	276
31.3.2. Laboratorní vyšetření	276
32. VYŠETŘENÍ V NEFROLOGII (Jiří Žabka)	279
32.1. Anamnéza u chorob ledvin a močových cest	279
32.2. Nejčastější příznaky chorob ledvin a močových cest	279
32.3. Nejdůležitější vyšetřovací metody v nefrologii	281
32.3.1. Zobrazovací metody	281
■ Rentgenová vyšetření	281
■ Magnetická rezonance	284
■ Ultrasonografie	284
■ Radionuklidová vyšetření	285
32.3.2. Vyšetření moči	285
32.3.3. Funkční vyšetření ledvin	286
32.3.4. Biopsie ledviny	288
33. VYŠETŘENÍ U CHOROB POHYBOVÉHO ÚSTROJÍ (Karel Pavelka)	289
33.1. Anamnéza u chorob pohybového ústrojí	289
33.2. Nejčastější příznaky u chorob pohybového ústrojí	289
33.3. Nejdůležitější vyšetřovací metody u chorob pohybového ústrojí	290
33.3.1. Zobrazovací metody	290
33.3.2. Laboratorní vyšetření	291
33.3.3. Mikrobiologická vyšetření	294
34. VYŠETŘENÍ V HEMATOLOGII A ONKOLOGII	
(Jan Haber, Pavel Kleiner, Marek Trněný)	296
34.1. Anamnéza u hematologických a onkologických onemocnění	296
■ Anamnéza u hematologických onemocnění	296
■ Anamnéza u onkologických onemocnění	297
34.2. Nejčastější příznaky u hematologických a onkologických onemocnění	297

34.3. Nejdůležitější vyšetření u hematologických a onkologických onemocnění	298
34.3.1. Zobrazovací metody	298
34.3.2. Bioptická a cytologická vyšetření.....	298
34.3.3. Cytogenetické vyšetření	300
34.3.4. Vyšetření před transplantací kostní dřeně.....	301
35. VYŠETŘENÍ V ENDOKRINOLOGII (Michal Kršek)	302
35.1. Anamnéza u endokrinologických onemocnění.....	302
35.2. Nejčastější příznaky u endokrinologických onemocnění.....	302
35.3. Nejdůležitější vyšetření u endokrinologických onemocnění.....	302
35.3.1. Zobrazovací metody	302
35.3.2. Laboratorní vyšetření	303
■ Vyšetření hypothalamo-hypofyzárního systému	305
■ Růstový (somatotropní) hormon	307
■ Prolaktin	307
■ Antidiuretický hormon.....	307
■ Vyšetření štítné žlázy	308
■ Vyšetření příštítných žláz	308
■ Vyšetření nadledvin	308
■ Vyšetření pohlavních žláz.....	309
SEZNAM ZKRATEK.....	311
REJSTŘÍK.....	317

Propedeutika (průprava) je ve slovníku definována jako předběžný kurs, systematicky a přehledně vyložený úvod do určité vědy, předcházející dalšímu studiu příslušného oboru. Propedeutika vnitřního lékařství by tedy měla být pouze průpravou k systematickému studiu, ve které se má student seznámit se základními principy vyšetřování nemocného. Ty jsou základním předpokladem pro diagnostiku vnitřních chorob. Dosud u nás vydávané učebnice propedeutiky byly většinou pojímány jako »malé interny«, včetně diferenciálně diagnostických úvah a popisu různých klinických syndromů. Bez znalosti systematické interny tak pro medika představovala mnohá tvrzení prázdné pojmy. Snažili jsme se proto připravit text, který by byl pouze průpravou ke studiu systematické interny. V části obecné jsme se soustředili na popis fyzikálního vyšetření a některých základních diagnostických metod. Zařadili jsme i kapitolu o zdravotnické dokumentaci a o právních problémech, se kterými se dnes lékaři stále častěji setkávají. Speciální část pojednává o zvlátnostech anamnézy a fyzikálního vyšetření v jednotlivých podoborech vnitřního lékařství, spolu se stručnou charakteristikou speciálních vyšetřovacích metod.

Ačkoliv barevná dokumentace by nepochybně zvýšila názornost textu, značně by vzrostla cena učebního textu. Proto jsme omezili barevné reprodukce na nezbytné minimum a použili převážně perokresby a černobílé obrázky. Velmi bychom ocenili připomínky studentů a věříme, že na jejich podkladě budeme schopni v dalším vydání text náležitě upravit.

Jménem autorského kolektivu
prof. MUDr. Pavel Klener, DrSc.

A. ČÁST OBECNÁ

1. NĚKOLIK POZNÁMEK Z HISTORIE VNITŘNÍHO LÉKAŘSTVÍ

Václav Jirásek

Z celé dlouhé historie lékařství pokládáme za vhodné na začátku studia vnitřního lékařství upozornit na několik významných objevů, událostí či jmen, které byly rozhodující pro další vývoj oboru.

Jedním z významných novodobých objevů v lékařství bylo zjištění, že nemoci nejsou podmíněny nesprávným složením tělesných šťáv, jak se až do té doby tradovalo, ale jsou podmíněny orgánovými anatomickými změnami. Tento názor formuloval zakladatel moderní patologické anatomie Giovanni Morgagni (1682–1771) v roce 1761 v díle *De sedibus et causis morborum*.

Vývoj klinické medicíny rozhodujícím způsobem ovlivnili již o desítky let dříve dva významní klinici. Byl to Angličan Thomas Sydenham (1624–1689), který vycházel z přesného pozorování klinické symptomatologie a usiloval o přesnou definici nozologických jednotek a připravil tak půdu pro klinickou medicínu v moderním pojetí. Jeho popis dnavého záchvatu je dodnes pokládán za nejvýstižnější (sám dnou trpěl), popsal choreu minor, rozlišil zarděnky od spály aj. Druhým velkým klinikem na přelomu 17. a 18. století byl Holanďan Herman Boerhaave (čti Búrháf) (1668–1738). V Leydenu založil lékařskou školu, která byla proslulá v celém světě. Boerhaave důsledně prosazoval výuku u lůžka nemocného (*clinica viva*) a tento vzor se rychle rozšířil na všech významných lékařských fakultách. Do tehdejšího rakouského mocnářství přinesl reformy ve výuce a v organizaci zdravotní péče Boerhaaveův žák Gerhard van Swieten (1700–1772), rádce císařovny Marie Terezie a císaře Josefa II.

Vyšetřování nemocných pohledem, palpací i používání některých prvků auskultace a perkuse je známo již od starověku, avšak objevení poklepu a poslechu jako ucelených vyšetřovacích metod se datuje až do 18. a začátku 19. století. V roce 1761 vyšel ve Vídni spis rakouského lékaře Leopolda Auenbruggera (1722–1809) *Inventum novum ex percussione thoracis...* (Nový způsob, jak poklepem lidského hrudníku možno v něm objevit skryté choroby). Autor ověřoval pokleповé nálezy experimentálně i sekčně a stal se tak zakladatelem významné vyšetřovací metody.

První nepřímou auskultaci plic provedl René Theophile Hyacinthe Laënnec (1781 až 1826) archem papíru svinutého do trubice, který použil místo dnešního fonendoskopu. Laënnec srovnával auskultační nálezy s perkusí a s nálezy sekčními a auskultací, zejména plic, vypracoval v ucelenou diagnostickou metodu. Výsledky

své práce publikoval roku 1819. Slavný Jean Nicolas Corvisart (1755–1821), osobní lékař Napoleona Bonaparta, na sklonku svého života prohlásil: »Nollem esse medicus sine percussione et auscultatione«.

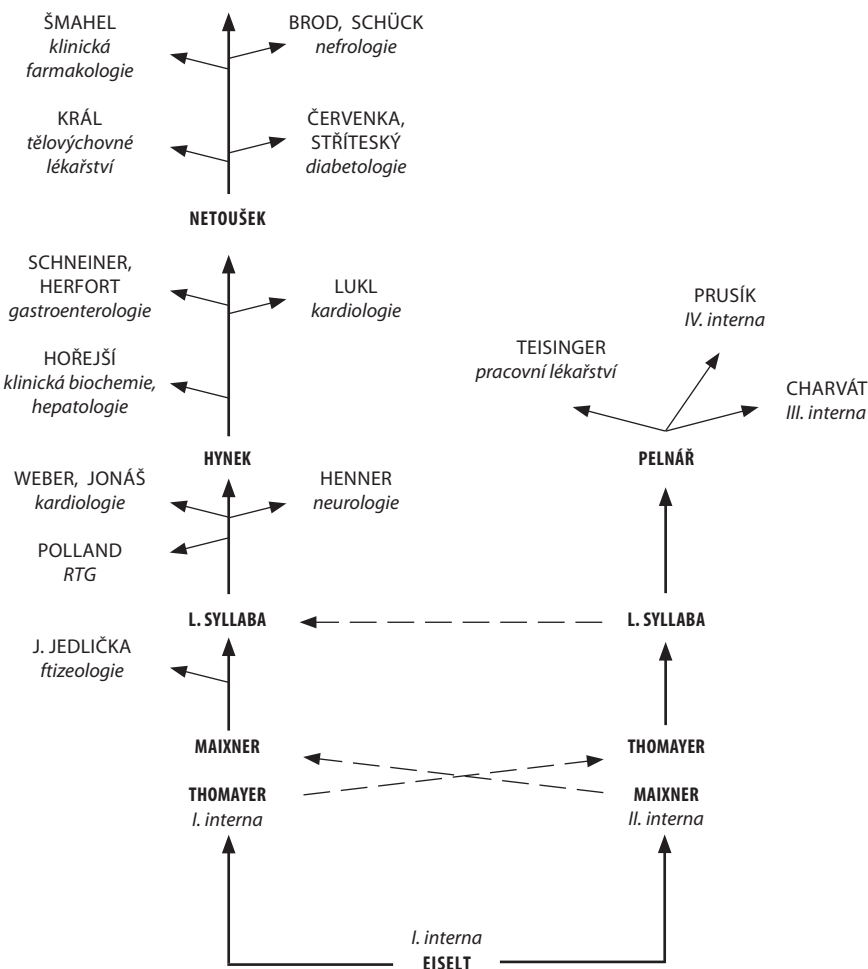
Avšak zakladatelům fyzikální diagnostiky unikala podstata poklepu a poslechu, jejich postup byl v podstatě empirický. Z toho, že určitý pokleповý a poslechový jev byl opakovaně sdružen s určitým sekčním nálezem, usuzovali přímo na anatomické změny orgánů. To mělo odraz i v názvosloví. Tak např. hlučnému trubicovému dýchání se dodnes říká Laënnecovým termínem »dýchání pneumonické«, jelikož tento typ dýchání byl nejčastěji slyšet u lobární pneumonie.

Teprve plzeňský rodák Josef Škoda (1805–1881), profesor vídeňské lékařské fakulty, postavil do té doby empirickou nauku o poklepu a poslechu na vědecký základ. Společně s patologickým anatomem Karlem Rokitanským (1804–1878), rodákem z Hradce Králové, dokázal, že poklepem a poslechem prokazujeme jen fyzikální stav orgánů, fyzikální podstatu změn. Různé chorobné stavy mohou vést ke stejným fyzikálním změnám, nelze tedy na základě pouhé perkuse a auskultace soudit na povahu anatomického substrátu. To je největší Škodův přínos lékařskému poznání – postavil základní diagnostické metody, perkusi a auskultaci, na vědecký základ.

Novodobé lékařské školství v českých zemích mělo za vzor zásady Boerhaaveovy leydenské školy. Podle tohoto vzoru (*clinica viva ad methodum Leydensem*) byla roku 1767 vytvořena lékařská klinika v Praze. Výuka probíhala zpočátku v různých pražských nemocnicích, po vzniku Všeobecné nemocnice (dnešní Všeobecná fakultní nemocnice, VFN) v roce 1790 byly přednášky a výuka u lůžka nemocných od roku 1791 trvale přeneseny do těchto prostor. V roce 1812 vznikla ještě II. lékařská klinika (v dnešní nomenklatuře interní klinika), která byla určena pro výuku ranhojičů, jejichž vzdělávání bylo od výuky lékařů odděleno.

Odborná úroveň a věhlas pražské lékařské školy postupně narůstaly díky významným osobnostem, které zde působily: Julius Vincenc Krombholz (1782–1843), jehož srdce je stále uchováváno na I. interní klinice jako vzácná památka, Josef Hamerník (1810–1887), Johann Oppolzer (1808–1871), Heinrich Bamberger (1822–1888), Vojtěch Duchek (1824–1882). Někteří z nich přešli později do Vídně a podíleli se na světovém významu vídeňské lékařské školy. Zvláštní místo ve vývoji českého vnitřního lékařství patří oddělení pro nemoci prsní v pražské Všeobecné nemocnici. Od roku 1863 byl přednostou oddělení Bohumil Eiselt (1831–1908). Ten přednášel nauku o auskultaci a perkusi nejen německy, ale jako jeden z prvních učitelů také česky. V roce 1871 mu bylo povoleno přednášet celé vnitřní lékařství česky, čímž vlastně vznikla první česká lékařská (interní) klinika 11 let před rozdělením Karlovy univerzity. V roce 1881 byl Eiseltův odborný význam oceněn i tím, že byl vybrán za přednostu původní I. interní kliniky. Eiseltův význam pro vývoj českého lékařského života byl mnohostranný a mimořádný. Podílel se na založení Časopisu lékařů českých v roce 1862 (od té doby vychází nepřetržitě), na založení Spolku českých lékařů v témže roce (trvá dodnes). Se spolupracovníky napsal několikasvazkovou *Odbornou pathologii a terapii nemocí vnitřních*, základní dílo oboru, v němž se také vytvářelo české lékařské názvosloví.

Po Eiseltově odchodu na odpočinek stanul v čele I. interní kliniky Emerich Maixner (1847–1920), přednostou II. interní kliniky se stal další Eiseltův žák Josef Thomayer (1853–1927). Oba se stali zakladateli vlastních škol, vychovali množství vynikajících lékařů, kteří vytvářeli odbornou úroveň lékařství v českých zemích i na Slovensku. Na I. interní klinice působil Ladislav Syllaba (1868–1930), všestranný internista, který dovršil éru fyzikální diagnostiky sepsáním dvoudílné *Nauky o poklepu a poslechu*. Další z přednostů Kristián Hynek (1876–1960) byl zakladatelem celé hematologické školy, v jeho odkaze pokračoval i Miloš Netoušek (1889–1968), autor vynikající učebnice *Vnitřní lékařství*.



Obr. 1.1. Přehled nejvýznamnějších představitelů internistických škol v ČR.

(Převzato z knihy: KLENER, P., et al. *Vnitřní lékařství*. Praha : Galén, 2001.)

Na II. interní klinice pokračoval v díle Thomayerově Josef Pelnář (1872–1964), významný internista a skvělý neurolog, editor mnohasvazkové *Pathologie a therapie nemocí vnitřních*. Jeho práci dále rozvíjeli Pelnářovi žáci Antonín Vančura (1899 až 1956) a František Herles (1900–1991). Na I. a II. interní klinice po 1. světové válce začaly vznikat a zdárně se rozvíjely interní podobory, v jejich čele stáli pracovníci, ze kterých se stali postupem doby významní představitelé jednotlivých podoborů vnitřního lékařství (kardiologie, gastroenterologie, pneumologie, endokrinologie, nefrologie, pracovního lékařství, klinické biochemie a dalších). Nejvýznamnější představitelé obou škol a jejich podíl na rozvoji lékařského školství ukazuje obr. 1.1.

Po 1. světové válce vznikly v Brně a v Bratislavě nové univerzity, v čele jejich interních klinik stanuli odchovanci pražské lékařské školy. V Brně žáci Thomayerovi Rudolf Vanýsek (1876–1957) a Emil Sieber (1879–1964), v Bratislavě žáci Maixnerovi Kristián Hynek (1879–1960) a Miloš Netoušek (1889–1968).

V roce 1921 k tradičním dvěma interním klinikám přibyla i nově zřízená propeutická klinika, která byla později přeměněna na IV. interní kliniku, jejímž přednostou byl Thomayerův žák Bohumil Prusík (1886–1964).

Po 2. světové válce vznikla roku 1945 III. interní klinika v čele s Josefem Charvátem (1897–1984). Aby byl kompenzován hrozivý poválečný nedostatek lékařů, vznikly v Hradci Králové a v Plzni nové lékařské fakulty, které jsou součástí Karlovy univerzity. V roce 1946 byla založena lékařská fakulta obnovené Palackého univerzity v Olomouci.

V roce 1952 se studium na pražské lékařské fakultě (dnešní 1. lékařská fakulta) rozděluje na směr všeobecný, pediatrický a hygienický, roku 1953 byly zřízeny již samostatné fakulty pediatrická a hygienická, které se po roce 1989 přejmenovaly na 2. lékařskou a 3. lékařskou fakultu. V čele interních klinik těchto nových fakult rovněž stanuli významní představitelé původní pražské lékařské školy.

2. ZDRAVÍ A NEMOC

Pavel Klener

Definice zdraví je velmi obtížná. Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, tedy nejen nepřítomnost nemoci nebo vady. Tato definice zdraví není jediná, ale je nejčastěji používaná. Je evidentní, že takto definované »zdraví« je velmi subjektivní, neměřitelný pojem, protože postoj ke zdraví je u různých jedinců značně rozdílný, ať již ve smyslu pozitivním či negativním. Úkolem lékařů a zdravotníků je navracet zdraví nemocným a snažit se zdraví udržet a nemocem předcházet. Udržení zdraví však není pouze záležitost lékařů. Je to úkol celospolečenský. Zahrnuje péči o správnou výživu, o životní prostředí, o sociálních jistoty a mnoho dalších aspektů. Programy k zajištění zdraví jsou hlavní náplní činnosti Světové zdravotnické organizace, která na svém 51. Světovém zdravotnickém shromáždění v roce 1998 formulovala Světovou deklaraci zdraví. Jejím cílem je »Zdraví pro všechny v 21. století«. Z ekonomické náročnosti těchto programů jak v oblasti zdravotnictví (preventivní programy, hygienická opatření), tak i v jiných oblastech (vzdělávání, péče o životní prostředí aj.) vyplývá úzký vztah úrovně péče o zdraví k ekonomické situaci v různých státech světa. Podíl hrubého domácího produktu na obyvatele je v jednotlivých státech dosud značně rozdílný (od 340 USD až po 45 000 USD) a odráží i rozdílnou úroveň zdravotní péče. Postupné odstraňování těchto rozdílů bude vyžadovat efektivnější mezinárodní spolupráci a účinnější motivaci celé společnosti, zejména k často zanedbávané péči občanů o jejich vlastní zdraví.

Přesná a jednoznačná **definice nemoci** neexistuje. Zpravidla nemocí rozumíme poruchu zdraví, vychýlení z klidového rovnovážného vztahu. Porucha pocitu zdraví však může být pouze subjektivní.

■ Příčiny onemocnění

V praxi pohlížíme na nemoc jako na poruchu zdraví, kterou lze diagnostikovat a klasifikovat. Příčina poruchy je někdy zjevná, jindy je pouze předmětem hypotéz. Na vzniku nemoci se zpravidla podílí více příčin (multifaktoriální etiologie). V mnoha případech je etiologie neznámá. Příčinné faktory vyvolávající vznik onemocnění (patogeny) mohou být exogenní (fyzikální vlivy, chemické faktory, biologické faktory), významnější se však zdají faktory endogenní (většinou podmíněné genetickými změnami). Poněkud

více informací máme většinou k dispozici o mechanismech vzniku onemocnění neboli o patogenezi. Etiologie a patogenese jsou tedy dva rozdílné pojmy a považujeme za nevhodné jejich spojování často používaným termínem etiopatogeneze.

Organismus je vyzbrojen četnými obrannými mechanismy (imunitní systém, adaptační mechanismy na stres ap.) a onemocnění může vzniknout jen v případech, kdy jsou tyto mechanismy oslabeny, nebo jsou-li vyčerpány možnosti jejich mobilizace. To může nastat, působí-li patogen v mimořádné intenzitě. Vznik onemocnění i jeho průběh do značné míry ovlivňuje řada faktorů. Je to věk nemocného, nutriční stav, funkční stav důležitých orgánů, prostředí, ve kterém se pacient nachází, a v neposlední řadě i psychická kondice nemocného.

■ Průběh onemocnění

Pokud onemocnění vznikne, může probíhat různým způsobem. Zjevným projevům onemocnění zpravidla předchází **latentní fáze**. Je to období do objevení se prvních příznaků (např. inkubační doba u infekčních onemocnění). Za latentní fázi můžeme považovat i **asymptomatické** období (např. období růstu nádoru po maligní transformaci buňky). **Fáze prodromální** je období prvních, obvykle necharakteristických příznaků (malátnost, únava, teplota). Stanovení diagnózy v tomto období je obtížné, je však možné na základě některých pomocných vyšetření. **Fáze rozvinutých příznaků** je období zjevného onemocnění projevujícího se již charakteristickými příznaky.

Nemoc může mít velmi rozdílný průběh. Neobvykle prudký průběh označujeme jako **perakutní**, popř. jako fulminantní či foudroyantní, rychlý průběh jako **akutní**. Pro poněkud provleklejší průběh používáme termín **subakutní**, kdežto provleklý průběh, často bez tendence k úplnému uzdravení, označujeme jako průběh **chronický**. U chronického onemocnění může dojít k tzv. **akutní exacerbaci**, tj. k novému vzplanutí onemocnění.

Je-li léčba nemoci úspěšná, následuje **fáze rekonvalescence**. V tomto období je vhodným doplňkem komplexní péče léčebná rehabilitace, která může rekonvalescenci urychlit. Nesmíme zapomenout, že onemocnění se může vrátit, i když bylo vyléčeno. Dochází k jeho **recidivě**. Pokud nebylo zcela vyléčeno, může se znovu projevit akutními příznaky. Hovoříme pak o **relapsu** choroby. Uzdravení nemocného může být úplné, tj. návrat k plnému zdraví a výkonnosti. Neúplné uzdravení zanechává následky, které se podle WHO klasifikují následovně:

- porucha (impairment) na úrovni orgánu nebo tělesného systému;
- neschopnost (disability) na úrovni osobnosti, tj. neschopnost nemocného provádět jednotlivé úkony (oblékání, osobní hygiena ap.);
- úhona, újma (handicap) na úrovni vztahu jedince ke společnosti změnou základních rolí, které člověk ve společnosti zastává (v rodině, v zaměstnání).

Nemocný člověk se zpravidla obrací na lékaře s nadějí na úspěšnou léčbu své choroby. Vztah a vzájemná komunikace mezi lékařem a nemocným zasluhuje podrobnější výklad.

3. KOMUNIKACE LÉKAŘ–PACIENT

Radkin Honzák

Ze sociologického pohledu patří medicína do široké skupiny povolání, která jsou označována jako pomoc poskytující profese. Vztah lékaře a pacienta je tak vymezován daleko dříve, než se tyto dvě konkrétní osoby v reálné situaci setkají. Nevysloveným obsahem uvedeného sociálního rámce je předpoklad, že lékař jako profesionálně kompetentní osoba bude schopen a ochoten poskytovat kvalifikovanou pomoc člověku, který se na něj ve své nepříznivé zdravotní situaci obrací.

Ve všech společnostech, od těch nejprimitivnějších až po současné, je nemoc rozpoznávána nejprve na sociální (laické) úrovni, a to jako nevíтанá a nežádoucí změna ovlivňující negativním způsobem vzhled, funkční kapacitu a kvalitu života postiženého. Všechny jazyky tuto skutečnost zohledňují (čeština funkční porucha: ne-moc, angličtina negativní aspekty: ill-ness, či porucha: dis-ease, francouzština špatnost: mal-adié, ruština subjektivní utrpení: bolest atd.). Dále je naprosto nezbytné si uvědomit, že existuje v zásadě dvojí (většinou velmi rozdílný) pohled na nemoc. Angličtina striktně rozlišuje mezi illness (do češtiny nepřiliš šikovně překládáno jako stonání), což je subjektivní prožitek a osobní zkušenost pacienta se změněným zdravotním stavem a často svérázný výkladový model tohoto stavu, a disease (česky choroba nebo porucha), která postihuje biomedicínský konstrukt zahrnující etiologické a patogenetické souvislosti, patologický nálezy, klinický obraz dokumentovaný též laboratorními, funkčními a zobrazovacími metodami, statisticky odvozenou prognózou vývoje, kauzální léčbu a racionální rehabilitaci. Tyto dva pohledy mohou být diametrálně odlišné a je úkolem lékaře, aby vyluštil z pacientových někdy velmi neuspořádaných a zkreslených údajů a zjištěných objektivních nálezů, o jakou nemoc (disease) jde, a uměl zpět vysvětlit pacientovi podstatu problému i cíle a možnosti léčení.

Teprve na základě laické diagnózy (značkování I. stupně) přechází pacient k příslušnému odborníkovi či do příslušné instituce (od šamanů v pralese až po univerzitní kliniky), kteří stanoví diagnózu podle pravidel v té společnosti platných – magických, předvědeckých nebo současných vědeckých kritérií (značkování II. stupně) – a podle nich také léčebně postupují. Je-li postižený během značkování II. stupně shledán a uznán nemocným (nemusí být vždy; příznaky mohou být označeny za širší varietu normy, za nepodstatné z hlediska zdravotní závažnosti, za antisociální jednání, za hříchy, nebo naopak za projevy »svatosti«), získává statut čili roli pacienta.

Role pacienta přináší úlevy od povinností spojené většinou s určitou solidární ekonomickou kompenzací (dnes pracovní neschopnost nebo invalidní důchod), nárok na léčbu a péči, zájem a pomoc ze strany blízkého i vzdálenějšího okolí (vyhrazená místa pro zdravotně postižené, bezbariérové přístupy) a některá další zvýhodnění. Na druhé straně v sobě role pacienta zahrnuje předpoklad, že jedinec ve spolupráci se zdravotnickými institucemi vyvine maximální úsilí, aby se ve shodě s požadovanými a aplikovanými postupy co nejdříve »uzdravil«. Pokud se tak neděje, vzniká podezření, že pacient chce čerpat sekundární zisky ze svého onemocnění, což je hodnoceno jako odsouzeníhodné sociální až antisociální jednání. Pod pojmem »sekundární zisky« jsou zařazeny nejen výhody ekonomické (»rentoví bojovníci«), ale také ohled od okolí a někdy i požadavky, které by pacient jako zdravý nikdy nenárokoval. Tato situace vyvolává hodně problémů nejen u nemocných s psychickými poruchami (depresivní pacient opravdu z titulu svého onemocnění nemá dost požadované silné vůle, aby ji mohl mobilizovat), ale též u pacientů s chronickým nebo exacerbujícím onemocněním, dále pak u lidí se sníženou stresovou tolerancí, pro které se nemoc často stává spíše »způsobem života« než racionálně léčitelnou entitou.

V konkrétní terapeutické situaci se pak nesetkávají abstraktní reprezentanti jednotlivých sociálních okruhů, ale konkrétní jedinci s určitými povahovými vlastnostmi, neopakovatelnými osobními zkušenostmi a individuálními strategiemi jednání. Ale i tento konkrétní vztah má svou dlouhodobou, ne vždy přehlednou a dobře sledovatelnou anamnézu. Lékaři navzdory jasně vymezeným společným hodnotám mají přístupy a strategie, kterým důvěřují více, a kterým naopak méně. Pacienti pocházejí z různých sociálních prostředí a z různých rodin, které od dětství neuvědoměle, ale vytrvale formovaly jejich postoje ke zdraví a k nemoci, stejně jako postoje ke zdravotnickému personálu. Jsou rodiny, které lékaře uctívají jako starověké božstvo, jsou naopak rodiny, které od malička vštěpují svým potomkům, že zdravotníci jsou bílá mafie a škůdci lidstva. Jsou rodiny, které ke každému případu plynatosti svolávají lékařská konzilia, jsou však také takové, které hlásají zásadu, že každá nemoc se má rozhodit. Jiný přístup bude mít nemocný, který se poprvé setká se závažnějším zdravotním problémem ve svém středním věku, jiný bude mít »notorický pacient«, který prochází zdravotnickými zařízeními systematicky od dětství.

■ Vztah mezi lékařem a pacientem

Je třeba mít na paměti a vědět, že neexistuje univerzální »učebnicový« pacient, že každý je jedinečnou neopakovatelnou osobností, kterou je třeba v zájmu kvalitního vztahu respektovat. Pokud se jedná o etický (tedy de facto filozofický) obsah vztahu mezi lékařem a pacientem, nacházíme se v současnosti v přechodném období od vztahů ryze či převážně paternalistických ke vztahům příznávacím pacientům autonomii a širokou možnost volby. Jako každé přechodné období, je i toto poznamenáno nejasnostmi, extrémy a konflikty. Pojďme se tedy pro lepší orientaci seznámit s principy obou modelů.

Paternalistický vztah vycházel z principů hippokratovské medicíny a z předpokladu, že lékař je odborník, který rozumí své profesi, zatímco pacient je víceméně nevědomý laik. Lékař přebíral veškerou odpovědnost za léčbu, kterou prováděl v nejlepším zájmu nemocného, zatímco na pacientovi bylo, aby tuto skutečnost přijal a pasivně se podřídil lékařovým radám, doporučením a postupům. Základními principy hippokratovského přístupu byly *bene facere* (pomoci) a *non nocere* (nepoškodit).

S rozvojem medicíny a s rozvojem požadavků k základním i postupně rozšiřovaným lidským právům se tento 2000 let udržovaný model začal v 60. letech 20. století transformovat. K elementárním požadavkům hippokratovského přístupu přibýly přinejmenším dva další: požadavek autonomie pacienta ve vztahu k lékaři a ke zdravotnickému zařízení a požadavek spravedlnosti v poskytování léčebné péče.

Autonomie pacienta představuje průlom do mezilidského vztahu lékaře a pacienta a přiznává pacientovi právo spolurozhodovat o léčbě v tom smyslu, že po podrobné a srozumitelné informaci souhlasí (často písemnou formou) s navrženým postupem (tzv. informovaný souhlas). Stejně tak může navržené diagnostické a léčebné postupy odmítnout nebo žádat jejich modifikaci. Výjimku tvoří pouze ty situace, kdy pacient není schopen správně rozpoznat závažnost svého stavu a/nebo se kompetentně rozhodovat (stavy bezvědomí, duševní poruchy, nezletilost ap., kdy ze situace vyplývá snížená přičetnost nemocného). Za těchto okolností je lékař povinen jednat *lege artis* v nejlepším zájmu nemocného, bez ohledu na jeho předcházející prohlášení např. o tom, že v tomto stavu odmítá další péči. Požadavek **spravedlivého rozdělení** komplexní péče pak od lékaře vyžaduje schopnosti ekonomické a manažerské, díky kterým bude umět zajistit správnou alokaci zdrojů, jež má k dispozici.

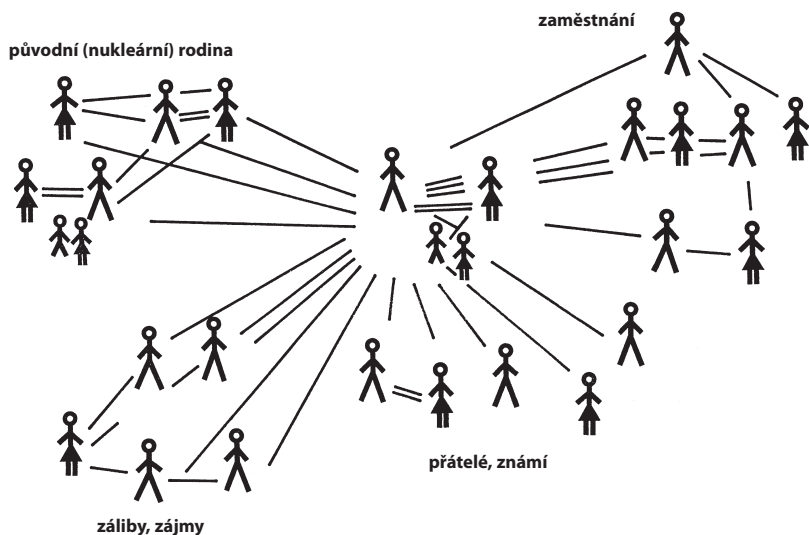
Oba zmíněné požadavky vnášejí do vztahu lékař–pacient nové prvky, nejasnosti a technické, ekonomické, medicínské i etické dilematické situace, které je třeba řešit většinou *ad hoc*, bez precedentů a většinou i v časové tísní.

Je třeba si dále uvědomit, že samotný konkrétní vztah mezi lékařem a pacientem má přinejmenším dvě úrovně: profesionální a mezilidskou. V profesionální rovině je nutné, aby lékař měl přirozenou autoritu vycházející z jeho odborných i osobnostních kvalit. Tuto autoritu pak uplatňuje nikoli jako mocenskou převahu nad pacientem, ale v zájmu optimálních léčebných postupů. Autorita mu dovoluje a umožňuje přesvědčit nemocného o nutnosti některých diagnostických, terapeutických i režimových kroků, svou autoritu klade na váhu v případě dubiozních situací (chirurgický vs konzervativní postup) a je to jeho autorita, která mu dovoluje říci jednoznačné NE v případě nereálných požadavků nemocných (např. odmítnutí laparoskopické reoperace recidivy komplikované kýly u aktivního sportovce, který »potřebuje do týdne nastoupit«).

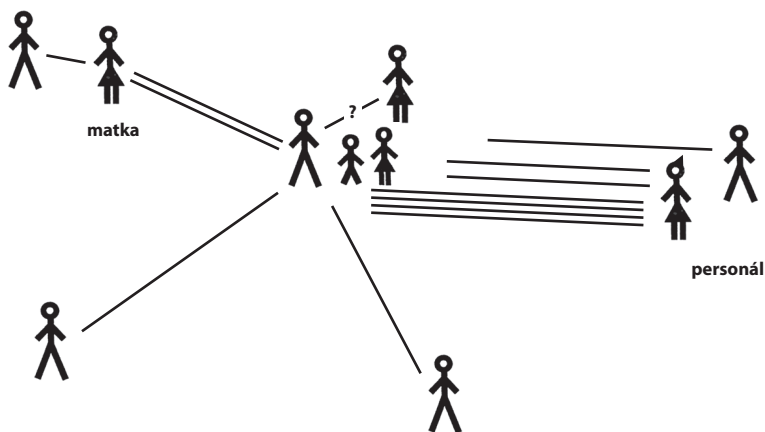
Běžným, ale špatně čitelným zdrojem problémů a konfliktů bývá přenosový vztah, který si vytvářejí k lékařům zejména dlouhodobě a chronicky nemocní. Přenos (transfer) poprvé pozoroval a popsal Sigmund Freud, který zjistil, že pacienti a pacientky nereagují na něj, jako na reálnou a v interakci přítomnou osobu, ale že na něj »přenášejí« charakteristiky významných osob z vlastní minulosti a ve

skutečnosti reagují na tento psychický výtvor. Jeden z jeho pacientů si ho spletl se svým otcem natolik, že vstal a začal s ním cloumat a vyřizovat si tak staré účty. V běžném léčebném vztahu je intenzita přenosu menší, ale je třeba s ním počítat. Stačí, abychom si uvědomili, k jaké změně interpersonálních vztahů u nemocných v důsledku chronického onemocnění došlo, abychom vzali v úvahu »psychický hlad« a tendenci uvolněné (nenasycené) vazby obsadit. Zdravý člověk má vazby k rodině, ze které vyšel, ke své vlastní rodině, ke spolupracovníkům v zaměstnání, k přátelům, známým, provozuje zájmovou činnost a může mít další okruhy vztahů. Jeho mezilidskou mapu si můžeme schematicky zobrazit (obr. 3.1.).

V profesionální, ale především v mezilidské rovině se pozitivně uplatňuje autenticita lékaře. Ta neznamená v žádném případě emoční inkontinenci a okamžité necenzurované ventilování vlastních pocitů, ale jednotu toho, co lékař deklaruje navenek a co pociťuje a prožívá. Lékař musí být autentický především v tom, že nevyvolává pochybnosti o svém úmyslu pomoci nemocnému. Je to otázka nejen jeho přesvědčení, ale také komunikačních dovedností; je-li lékař po celou dobu sbírání anamnézy otočen od pacienta a hledí pouze na obrazovku nebo papír v psacím stroji, nabude pacient přesvědčení, že o něj nemá zájem. Autenticita činí lékaře nejen důvěryhodným odborníkem, ale i průvodcem nemocného obdobím jeho zdravotních problémů. S ní souvisí i pravdivost lékaře při seznamování pacienta jak s konkrétními okolnostmi (např. náročnost diagnostických postupů ve vztahu k jejich výtečnosti,



Obr. 3.1. Sociální vazby zdravého člověka. Vytvářejí síť mezilidských vztahů, které jsou pro jedince významné a z nich čerpá sociální jistoty a uznání. Podstatné jsou vazby na původní (nukleární) rodinu, vlastní rodinu, oblast pracovních vztahů, přátele a zájmovou oblast



Obr. 3.2. Přenosové vazby. Místo chybějících vztahů vznikají silné (přenosové) vazby na zdravotnický personál, v nichž nemocný podvědomě hledá kompenzaci. Sestra je pacientovi nejbliže a pacient očekává, že mu kromě odborné péče bude plnit i další životní role. Zde vzniká zdroj napětí i nedorozumění, na druhé straně se zde však otevírá prostor pro účinné psychoterapeutické působení

informace o terapeutických možnostech ap.), tak s celkovou prognózou, zejména v závažných klinických stavech.

Chronická nemoc vede v mnoha případech k invalidizaci, a tím i ztrátě zaměstnání a omezení koníčků. Pozice chronicky nemocného v rodině se zhoršuje, sociálně se pacient dostává na úroveň dítěte, přátelství tvrdě prověří čas a nezřídka se stává, že péče se ujímají matky nemocných, které se pak vyznačují hyperprotektivitou, a v dobré víře, že nemocným pomáhají, je ve skutečnosti dostávají do ještě větší sociální izolace. Nesycené sociální valence pak nemocný zaměří na zdravotnický personál, od kterého nevědomky žádá, aby naplnil chybějící vztahy (obr. 3.2.). Ani lékaři však nejsou ušetřeni této vzpomínkové deformace pohledu na konkrétního pacienta (ta se označuje jako protipřenos) a občas si »pletou« své konkrétní nemocné se svými zlobivými dětmi nebo s někým, koho svými projevy připomínají. Kultivace vztahu lékaře a pacienta patří k profesionálním povinnostem, patří však též do arzenálu prevence burn-out syndromu (syndromu vyhoření/vyprahlosti). Nejvýhodnějším řešením je účast v balintských skupinách, které se věnují rozboru a korekci prvků vzájemných vztahů i efektivní komunikace. Při nepříznivém průběhu chronického onemocnění se základní sociální vazby naruší.

■ Pravda na nemocničním lůžku

Pravda na nemocničním lůžku je často diskutované téma, většinou zatížené chybným pochopením toho, »co je pravda«. Obtížné a choulostivé je zejména sdělování špat-

ných zpráv. Tuto povinnost nemůže ošetřující lékař na nikoho delegovat. Je dosud špatným zvykem, že při odchodu z nemocnice se pacient nedozví nic, dostane jen zalepenou obálku a veškeré břemeno nelehké komunikace se tak přesouvá na jeho praktického lékaře. Pokud působí v nemocnici psycholog nebo pastorující duchovní, je tendence používat tyto osoby jako posly špatných zpráv. Stále se stává, že s nepříznivým zdravotním stavem jsou seznámeni všichni příbuzní, zatímco pacient zůstává v nejistotě a osamocení. Tyto skutečnosti narušují nejen konkrétní terapeutický vztah (a mění jej ve vztah iatropatogenní, v němž lékař pacienta poškozují), ale také další vztahy ke zdravotnickým zařízením a v obecné rovině vztahy veřejnosti ke zdravotníkům.

Při sdělování nepříznivých skutečností se lékař do jisté míry musí nechat vést pacientem a dávkovat svou informaci podle toho, kolik je nemocný schopen přijmout a zpracovat. V žádném případě nesmí vyslovovat přesné časové prognózy (není věstec!) a vždy musí zachovat pro nemocného naději. Pacient většinou nechce znát diagnózu v medicínském smyslu, daleko častěji touží po ujištění, že nebude trpět tělesně ani psychicky (bolest, bezmoc, opuštěnost), že lékař s ním zůstane po celou dobu a že pro něj udělá to, že bude tlumit a zmenšovat veškerý objevující se dyskomfort.

Nejen v případech závažného, event. fatálního onemocnění, ale často i v případech zcela banálních dochází u nemocných k psychické regresi, při které se veškeré psychosociální osobnostní kvality jakoby vracejí na méně vyvinutou, primitivnější úroveň. Reakce regredovaných nemocných se potom jeví jako nezralé a často iracionální, a tedy nepochopitelné. Jsou to především projevy závislosti a nesamostatnosti, na druhé straně to mohou být projevy nežádoucí »samostatnosti«, která se jeví spíše jako nerozumná svéhlavost (inovace léčebných postupů, vyhledávání dalších odborníků, popř. léčitelů, tvrdošíjně prosazování vlastních svérázných postupů aj.), až projevy agrese vůči personálu. Tyto agresivní projevy nebývají většinou určeny přímo zdravotnickým pracovníkům, patří spíše »zlému osudu«; zlý osud však není po ruce, zatímco lékař ano. K častým primitivním obranným reakcím patří mechanismus popření. Je podobné reakci malého dítěte, které má z něčeho strach, tak si dá ruce před oči a řekne: »Už to tam není.« Popření je definováno jako nevědomá distorze reality do podoby, kterou by si pacient přál (»už to tu není«) a slouží jako psychologický nárazník mezi nemocným a nepřijatelnou skutečností. Popírající pacient se chová, jako by nic nevěděl o svém zdravotním stavu, a nezdědka se stává, že v rozporu se skutečností prohlásí, že mu nikdo o závažnosti onemocnění nic neřekl.

Všechny tyto iracionální okolnosti pomáhá zvládat empatický přístup lékaře. Empatie je schopnost vcítění do pacientovy situace a umožní lékaři pochopit jak způsob prožívání nemocného, tak jeho psychologické reakce. Správně položená otázka k navození empatického postoje zní: jak bych se cítil/a já, kdybych byl/a ve stejné situaci, jako tento pacient? Empatie umožňuje »naladění na jednu vlnu«, které je komunikačně nejvýhodnější.

Naproti tomu soucit není zdaleka tak dobrým přístupem, za jaký jej mnoho lidí pokládá. Jistěže lékař nesmí být necitlivý, ale soucitné postoje mohou pacienty

jednak ponižovat nebo zraňovat, jednak je oslabují a brání mobilizaci aktivnějších úzdravných procesů. Soucitné postoje okolí vyvolávají u nemocných více »bolestivého chování« a prohlubují jejich pasivitu. Ještě horší však jsou postoje bagatelizující, přehlížející či snižující míru pacientova utrpení. Velmi často se tyto postoje konkretizují do sice dobře míněné, ale velice špatně působící věty: »To přece nemůže tak bolet!« Takovéto »povzbuzení« vyvolá nezřídka rovněž posílení bolestivého chování, častěji ale agrese.

Dobrý vztah mezi lékařem a pacientem je nosným pilířem diagnostického, léčebného i rehabilitačního procesu, dvojnásobně významný je tam, kde se jedná již »jen« o paliativní péči (která je však pro pacienta jako pro člověka často významnější než všechny předchozí léčebné postupy). Podmínkou dobrého vztahu je nejen vysoká profesní a lidská úroveň lékaře, ale také jeho zvládnutí komunikace s nemocným, jež je vlastně první složkou léčebného přístupu, kterou pacient vnímá, a na základě které si vytváří také svůj celkový dojem.

Přehled standardních komunikačních dovedností nabízí **Maastrichtský anamnestický a poradenský postup**, který v šesti oddílech shrnuje základní tematiku, od objasnění důvodů pacientovy návštěvy, přes shromáždění anamnestických údajů, navržení řešení, dále umění strukturovat rozhovor a zvládnout dovednosti mezilidského vztahu až po jemné finesy komunikačních dovedností (včetně poskytnutí emoční podpory).

■ Maastrichtský systém

1. Objasnit důvod návštěvy:

- otázat se na důvod návštěvy;
- vyjádřit svou emocionální účast;
- požádat o bližší objasnění problému;
- zeptat se na pacientův názor na příčiny;
- zeptat se, jak si představuje »zlepšení«;
- zeptat se, zda již řešil problém sám;
- zeptat se, jak ovlivňuje problém jeho život.

2. Shromáždit anamnestické údaje:

- požádat pacienta, aby popsal své obtíže;
- ptát se na intenzitu příznaků;
- ptát se na lokalizaci obtíží;
- ptát se, kam se bolest šíří či vzařuje;
- ptát se na průběh potíží během dne;
- ptát se na průběh od samého počátku obtíží;
- ptát se na okolnosti, které obtíže vyvolávají;
- ptát se na faktory, které obtíže zhoršují;
- ptát se na faktory, které obtíže udržují;

- ptát se na faktory, které **přinášejí úlevu**;
- které životní okolnosti se k obtížím vážou;
- prozkoumat, zda obtíže přinášejí zisk;
- objasnit somatické a psychosociální faktory;
- prozkoumat vztahy v rodině a blízkém okolí;
- zjistit úroveň profesní funkční zdatnosti;
- zjistit funkční zdatnost ve volném čase;
- rizikové faktory a vulnerabilita v anamnéze;
- psychické poruchy a problémy v anamnéze;
- zhodnotit předchozí léčbu a její výsledky;
- ptát se na **souběžné léčebné postupy** odborné i alternativní vč. medikace;
- ptát se na rodinnou anamnézu a familiární aspekty obtíží;
- systematicky shrnout všechny podstatné údaje týkající se obtíží a příznaků.

3. Navrhnout řešení:

- vysvětlit srozumitelně podstatu problému či diagnózy;
- vysvětlit **srozumitelně** příčiny obtíží;
- poskytnout informaci o prognóze;
- zjistit pacientova očekávání ve vztahu k řešení problému;
- navrhnout řešení;
- vysvětlit, že navržené řešení je přiměřené;
- diskutovat jeho klady i zápory;
- zjistit, zda pacient nemá jiný názor;
- zeptat se, zda pacient bude spolupracovat;
- vysvětlit konkrétně kroky dalšího postupu;
- zkontrolovat, zda pacient porozuměl;
- dohodnout kontrolní vyšetření.

4. Strukturovat rozhovor:

- představit se a vysvětlit svou roli;
- vymezit program rozhovoru/konzultace;
- udělat závěry týkající se důvodu setkání;
- zjistit důvod pacientovy návštěvy;
- shrnout poznatky o důvodu návštěvy;
- začít doporučení vysvětlením podstaty věci;
- zeptat se na konci, zda bylo vše probráno.

5. Zvládnout dovednosti mezilidského vztahu:

- umět facilitovat komunikaci;
- přiměřeně emočně reagovat;
- umět reagovat na emoční projevy pacienta;
- zeptat se pacienta na jeho pocity;
- umět použít metakomunikační prvky;

- zvládnout systém odebírání anamnézy a jejího shrnutí;
- umět navodit u pacienta pocit uvolnění, když je to třeba;
- dát a udržet přiměřené tempo rozhovoru;
- umět sladit verbální a neverbální projev;
- **umět udržet oční kontakt s pacientem.**

6. Zvládnout komunikaci:

- užívat správně »uzavírající« otázky;
- konkretizovat v pravou chvíli;
- umět udělat shrnutí problému;
- informace po malých dávkách a kontrola porozumění;
- je-li třeba, konfrontovat **problém (ne pacienta!)**;
- komunikovat srozumitelně.