

Viliam Dobiáš, Táňa Bulíková

---

# Klinická propedeutika v urgentní medicíně

2., přepracované a doplněné vydání

---



## **Věnování**

Knih je napsána pro mladší kolegy, studenty, lékaře i zdravotnické záchranáře, abych odevzdal celoživotní zkušenosti, které jim umožní získat poznatky v kratším čase, než jsem se k nim dopracovával já.

Věnovaná je manželce Marici, dětem Janke, Vierke, Janíkovi, jejich partnerům a vnoučatům, které jsem ukrátil o čas strávený psaním několika učebnic. Vynahrad'te jim to, prosím, když budou někdy jako pacienti objektem vaší péče.

Celý profesionální život děkuji mým učitelům – personálu z nemocnic v Košicích-Šaci, Handlové, Skalici, na Kramároch, Fraňa Kráľa, Klenové, lékařům, sestřičkám, záchranářům. Učil jsem se od soutěžících na Záchraně a Rallye Rejvív, učili mě i záchranáři červeného kříže. Díky všem, je to i vaše kniha.

Nemohu s poděkováním zapomenout na recenzentky, které precizním posuzováním rukopisu a komentáři knihu vylepšily.

*Viliam Dobiáš*

Viliam Dobiáš, Táňa Bulíková

---

# **Klinická propedeutika v urgentní medicíně**

**2., přepracované a doplněné vydání**

---

**Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy**

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

**Doc. MUDr. Viliam Dobiáš, PhD., MUDr. Táňa Bulíková, PhD.**

## **KLINICKÁ PROPEDEUTIKA V URGENTNÍ MEDICÍNĚ 2., doplněné a přepracované vydání**

**Překlad:**

Mgr. Ludmila Míčová

**Recenze:**

MUDr. Jana Šeblová, Ph.D.

MUDr. Táňa Bulíková, PhD. (kromě kapitoly 8)

**Odborná revize českého překladu:**

MUDr. Katarína Veselá

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2021

Cover Photo © depositphoto, 2021

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 8232. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. Helena Vorlová

Sazba a zlom Jan Šístek

Obrázky 3.3, 7.10 až 7.12, 8.1, 8.2, 8.3, 8.12 až 8.14, 8.16, 8.18, 8.19, 8.22 a 8.23 dle podkladů autorů překreslila MgA. Kateřina Krédlová. Obrázek 8.5 převzat z publikace Bulíková T. EKG pro záchranáře *nekardiolog*. Grada Publishing 2015; obr. 12.3 z publikace Lukáš K, Hoch J, a kol. Nemoci střev. Grada Publishing 2018. Obrázky 3.1, 3.2, 7.1 až 7.9, 8.6 až 8.11 a obrázky v kapitole 16 jsou převzaty z 1. vydání. Zbylé obrázky dodali autoři.

Obrázek 8.12 © MUDr. Táňa Bulíková, PhD.

Počet stran 272

2. vydání, Praha 2021

**Autoři a nakladatelství děkují společností RCS Brno – radiostanice.cz, a.s. a KRÁSNÝ – zdravotnická technika s.r.o. za podporu, která umožnila vydání publikace.**



Vytiskla TISKÁRNA V RÁJI, s.r.o., Pardubice

*Názvy produktů, firm apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.*

*Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.*

ISBN 978-80-271-4505-8 (ePub)

ISBN 978-80-271-4504-1 (pdf)

ISBN 978-80-271-3020-7 (print)

## O autorech

**Doc. MUDr. Viliam Dobiáš, PhD.**

Promoval na LF UK v Bratislavě v roce 1974, doktorské studium ukončil roku 1989 a habilitoval v roce 2009. Atestace z anesteziologie a intenzivní medicíny složil v letech 1977 a 1981, z urgentní medicíny 2003. V letech 1974–1995 pracoval jako anesteziolog, z toho 16 let jako primář oddělení, v letech 1977–1998 nepravidelně v záchranné službě, od roku 1998 pouze v přednemocniční neodkladné péči a od roku 2001 ve vedoucích řídicích a odborných funkcích. Prezidentem Slovenské společnosti anesteziologie a intenzivní medicíny byl dvě funkční období v letech 1990–1996, předtím v letech 1985–1990 zastával funkci vědeckého sekretáře. Jako prezident Slovenské společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof působil v letech 2010–2015 v rámci Slovenské lékařské společnosti. V roce 1992 inicioval vznik Slovenské společnosti pro léčbu bolesti. Od roku 1999 se podílí na vzdělávání zdravotnických záchranářů, na pregraduální a postgraduální výchově mediků a lékařů v České a Slovenské republice (Univerzita Konštantína Filozofa Nitra, Palackého univerzita Olomouc, Univerzita Komenského a Slovenská zdravotnická univerzita Bratislava). Od roku 1980 je externím pedagogem Slovenské zdravotnické univerzity v Bratislavě, jako vedoucí Katedry urgentní medicíny působí od 2007. Hlavním rozhodčím mezinárodní soutěže záchranářů Rallye Rejvíz je od roku 2006. Je autorem a spoluautorem deseti univerzitních učebnic, více než 200 publikací (z toho 40 v zahraničí), autor dvou příruček o první pomoci pro dospělé a pro matky s dětmi a sbírky povídek ze záchranné služby. Je nositelem Národní ceny ČR za záchranářství, pěti Zlatých záchranářských křížů v ČR a SR, diamantové Janského plakety a Kňazovického medaile za dárcovství krve a pamětní medaile Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Jako člen Slovenského Červeného kříže pracoval v letech 1995–1998 ve funkci generálního sekretáře a od roku 2013 druhé funkční období jako prezident SČK. Kromě pedagogické aktivity na Slovenské zdravotnické univerzitě je odborným zástupcem LSE-Life Star Emergency, záchranná zdravotná služba, s.r.o. v Limbachu.



## MUDr. Táňa Bulíková, PhD.

Promovala na LF UK Bratislava v roce 1989. Je anestezioložka a specialista urgentní medicíny, od roku 2000 pracuje na plný úvazek v záchranné službě, v současnosti působí jako primářka RLP Senec Life Star Emergency, spol. s r.o. V rámci své praxe byla přítomna u zrodu a vývoje urgentní medicíny na Slovensku, stejně tak i v záchranné službě.

Od roku 2007 působí jako externí pedagožka na SZU Bratislava, od 2016 je vedoucí Katedry urgentní zdravotní péče Fakulty ošetřovatelství a odborných specializačních studií SZU v Bratislavě, externí pedagožkou na Lékařské fakultě SZU (předmět urgentní medicína).

Je členkou mezinárodního poradního výboru Rallye Rejvív (od roku 2004), působí jako externí recenzentka časopisu *Urgentní medicína*, je členkou mezinárodní vědecké rady Yourname of Emergency medical services (Varšava, Polsko). Je autorkou více než 150 publikovaných odborných prací, je autorkou a spoluautorkou několika publikací a učebnic (Medicína katastrof, EKG pro záchranáře – nekardiology, Od symptomu k diagnóze v záchranné službě – kazuistiky, Přednemocniční urgentní medicína (Dobiáš a kol.), Klinická propedeutika v UM, Medical biochemistry for students of general medicine, Komentované kazuistiky z přednemocniční neodkladné péče (Peřan, Cmorej, Pekara, Nesvadba a spol.).

Ve dvou funkčních obdobích (2014–2017, 2018–2021) je prezidentkou Slovenské společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof (SSUMaMK). Společně s OZ Hvězda života od roku 2009 organizuje Středoevropský kongres urgentní medicíny a medicíny katastrof.

Je členkou Slovenské kardiologické společnosti, zaměřuje se na problematiku odvrátitelných úmrtí, je autorkou prvního doporučení k použití magnetu posádkami ZZS u pacienta s ICD.

Byla oceněna zlatou medailí Slovenské lékařské společnosti a Zlatým záchranářským křížem za celoživotní přínos pro záchranářství.



# Obsah

<b>O autorech</b> .....	<b>5</b>
<b>Seznam zkratek</b> .....	<b>11</b>
<b>Úvod</b> .....	<b>15</b>
<b>1 Anamnéza všeobecně</b> .....	<b>17</b>
1.1 Definice .....	17
1.2 Charakteristiky anamnézy .....	19
1.3 Principy odběru anamnézy .....	20
1.4 Limity odebrání anamnézy .....	22
1.5 Součásti anamnézy .....	24
1.6 Kulturní a religiózní odlišnosti .....	26
<b>2 Nynější onemocnění</b> .....	<b>31</b>
2.1 Anamnéza nynějšího onemocnění všeobecně .....	31
2.2 Charakteristiky anamnézy – nynější onemocnění .....	31
2.3 Nynější onemocnění neúrazové a úrazové .....	32
2.4 Nynější onemocnění – doplňkové otázky .....	32
<b>3 Anamnéza při různých situacích a onemocněních</b> .....	<b>35</b>
3.1 Bolest .....	35
3.2 Kardiovaskulární onemocnění .....	38
3.3 Respirační onemocnění .....	44
3.4 Neurologická onemocnění, bezvědomí a křečové stavy .....	44
3.5 Onemocnění trávicího systému .....	48
3.6 Psychická onemocnění .....	51
3.7 Endokrinní onemocnění .....	54
3.8 Nádorová onemocnění .....	55
3.9 Trauma .....	56
3.10 Dopravní nehoda – nehoda na cestě .....	57
3.11 Domácí násilí .....	58
3.12 Alergie .....	61
3.13 Onemocnění způsobená vlivem prostředí (chlad, teplo, ionizační záření) .....	61
3.14 Intoxikace léky, chemikáliemi, návykovými látkami .....	62
3.15 Pokročilé těhotenství – začínající porod .....	62
3.16 Specifika anamnézy ve stáří .....	63
3.17 Terminální stav a umírání .....	64
<b>4 Subjektivní příznaky při různých onemocněních a stavech</b> .....	<b>67</b>
4.1 Subjektivní příznaky od hlavy k patám .....	68
4.2 Subjektivní příznaky při kardiálních onemocněních .....	69
4.3 Subjektivní příznaky při respiračních onemocněních .....	72
4.4 Subjektivní příznaky při neurologických onemocněních .....	73

4.5	Subjektivní příznaky při gastrointestinálních onemocněních	77
4.6	Subjektivní příznaky – psychická onemocnění	80
4.7	Subjektivní příznaky při endokrinních onemocněních	83
4.8	Subjektivní příznaky při onemocněních močového systému	85
4.9	Subjektivní příznaky při postižení kosterně-svalového aparátu	85
4.10	Subjektivní příznaky při úrazech	86
4.11	Domácí násilí	87
4.12	Subjektivní příznaky při alergii	88
4.13	Subjektivní příznaky při abúzu drog	89
4.14	Nemocné dítě	89
	Závěr	90
<b>5</b>	<b>Osobní anamnéza</b>	<b>91</b>
5.1	Předchorobí	91
5.2	Léková (farmakologická) anamnéza	92
5.3	Alergická anamnéza (AA)	94
5.4	Sociální anamnéza	94
5.5	Pracovní anamnéza	96
5.6	Gynekologická anamnéza	96
5.7	Infekční/cestovatelská anamnéza	97
5.8	Návyky a abúzy	97
5.9	Fyziologické funkce (FF)	99
5.10	Životospráva – životní styl	102
5.11	Pediatrická anamnéza	103
	Závěr	104
<b>6</b>	<b>Rodinná anamnéza</b>	<b>105</b>
<b>7</b>	<b>Měření vitálních funkcí</b>	<b>107</b>
7.1	Zásady měření	107
7.2	Charakteristika pacienta	108
7.3	Instrumentální měření	109
7.3.1	Pulz	109
7.3.2	Tlak krve	112
7.3.3	Dýchání	117
7.3.4	Glasgowská stupnice bezvědomí	118
7.3.5	Teplota těla	120
7.3.6	Glukometr	123
7.3.7	Pulzní oxymetrie	124
7.3.8	Kapnometrie, kapnografie	125
	Závěr	130
<b>8</b>	<b>Diagnostická a terapeutická technika (Táňa Bulíková)</b>	<b>131</b>
8.1	Elektrokardiografie, elektrokardiogram	131
8.1.1	Elektrická srdeční aktivita, převod vzruchu	132
8.1.2	Přehled svodů používaných v EKG	132
8.1.3	Výklad EKG	134



8.1.4	EKG záznam	137
8.1.5	Základní principy hodnocení EKG a popis EKG křivky	138
8.1.6	Čtení EKG záznamu	139
8.1.7	Poruchy rytmu a akutní koronární syndrom	142
8.2	Implantované a nošené přístroje	147
8.2.1	Kardiostimulátory	147
8.2.2	Implantabilní kardioverter-defibrilátor	150
8.2.3	Mechanické podpůrné systémy srdce	153
8.2.4	Inzulínová pumpa	157
8.2.5	PAH pumpa (pumpa pro léčbu plicní arteriální hypertenze)	160
8.2.6	Míšní stimulátor	162
	Závěr	163
<b>9</b>	<b>Vyšetření pomocí smyslů – pohled, pohmat, poklep, poslech</b>	<b>165</b>
9.1	Vyšetření zrakově – inspekce	166
9.2	Vyšetření pohmatem – palpace	170
9.3	Vyšetření poklepem – perkuse	173
9.4	Vyšetření sluchem – auskultace	174
9.5	Vyšetření čichem	176
<b>10</b>	<b>Fyzikální vyšetření</b>	<b>177</b>
10.1	Prvotní vyšetření	178
10.1.1	Vědomí	178
10.1.2	Dýchání	180
10.1.3	Krevní oběh	180
10.1.4	Krvácení – zevní	181
10.2	Druhotné vyšetření	182
10.2.1	Anamnéza	182
10.2.2	Vyšetření od hlavy k patám	183
10.2.3	Orientační neurologické vyšetření	185
10.3	Vyšetření zadržného ve vazbě	186
10.4	Vyšetření při události s hromadným postižením osob	187
10.5	Pediatrické vyšetření	188
<b>11</b>	<b>Celkový stav (status generalis)</b>	<b>189</b>
	Příznaky týraného dítěte	194
<b>12</b>	<b>Lokální stav orgánových systémů (status localis)</b>	<b>195</b>
12.1	Centrální a periferní nervový systém	195
12.2	Kardiovaskulární systém	206
12.3	Respirační systém	210
12.4	Gastrointestinální systém	214
12.5	Kosterně-svalový systém	219
12.6	Vylučovací systém	221
12.7	Reprodukční systém	221
12.7.1	Ženy	221
12.7.2	Muži	222

<b>13</b>	<b>Varovné příznaky</b>	<b>225</b>
<b>14</b>	<b>Patognomické příznaky a syndromy</b>	<b>235</b>
<b>15</b>	<b>Paradoxní nálezy a jejich interpretace</b>	<b>241</b>
<b>16</b>	<b>Vedení zdravotnické dokumentace</b>	<b>245</b>
16.1	Hlavička dokumentu	247
16.2	Anamnéza	248
16.3	Objektivní nález	249
16.4	Dýchací cesty, dýchání, auskultační nález	251
16.5	Neurologický nález	252
16.6	Trauma panáček	252
16.7	Cirkulace	252
16.8	Časy měření hodnot	253
16.9	EKG	254
16.10	Poloha	254
16.11	Léčebné výkony	254
16.12	Transport T	255
16.13	Terapie	255
16.14	Diagnóza	256
16.15	Trvání výjezdu v minutách	257
16.16	Informovaný souhlas (IS)	257
16.17	Posádka	257
16.18	Ověření pojišťovny	259
	Závěr	259
	<b>Literatura</b>	<b>261</b>
	<b>Rejstřík</b>	<b>265</b>
	<b>Souhrn</b>	<b>269</b>
	<b>Summary</b>	<b>271</b>

## Seznam zkratek

AA	alergická anamnéza
ADL	Activities of Daily Living, test každodenní aktivity
AIM	akutní infarkt myokardu
AP	angina pectoris
AV	atrioventrikulární
AVB	atrioventrikulární blokáda
AVPU	alert, voice, pain, unresponsive – pomůcka k vyšetření vědomí
BiVAD	biventricular assist device, podpůrný systém obou komor
BMI	body mass index, index tělesné hmotnosti
CAN	child abuse and neglect, syndrom týraného dítěte
CGM	continuous glucose monitoring, kontinuální monitorování glykemie
CMP	cévní mozková příhoda
CNS	centrální nervový systém
CO	civilní ochrana, oxid uhelnatý
COHb	karboxyhemoglobin
CRP	C-reaktivní protein
DC	dýchací cesty
DK	dolní končetina/y
DKS	dočasná kardiostimulace
DM	diabetes mellitus
EH	epidurální hematom
EKG	elektrokardiogram
ES	extrasystoly – předčasné komorové nebo síňové stahy
EtCO <sub>2</sub>	end tidal CO <sub>2</sub> , koncentrace CO <sub>2</sub> na konci výdechu
etCO <sub>2</sub> , PetCO <sub>2</sub>	vydechaný CO <sub>2</sub> na konci výdechu
FAST	face, arms, speech, axe – pomůcka neurologického vyšetření
Df	dechová frekvence
FF	fyziologické funkce
FS	fibrilace síní
GA	gynekologická anamnéza
GCS	Glasgow Coma Scale, Glasgowská stupnice bezvědomí
GIT	gastrointestinální trakt
HZS	Hasičský záchranný sbor
Hb	hemoglobin
HbO <sub>2</sub>	oxyhemoglobin
HŽT	hluboká žilní trombóza
CHOPN	chronická obstrukční plicní nemoc
IKH	intrakraniální hemoragie (krvácení)
IKT	intrakraniální tlak
IM	infarkt myokardu
IP	inzulinová pumpa

IZS	Integrovaný záchranný systém
JIP	jednotka intenzivní péče
KF	komorová fibrilace
KJ	koronární jednotka
KOS	Krajské operační středisko
KPR	kardiopulmonální resuscitace
KS	kardiostimulátor
KT	komorová tachykardie
KVO	kardiovaskulární onemocnění
KVS	kardiovaskulární systém
LA	léková anamnéza
LDL, HDL-cholesterol	low-high density cholesterol, s nízkým a vysokým obsahem bílkovin
LM	laryngeální maska
LVAD	left ventricle assist device, podpůrný systém levé komory
MAP	střední arteriální tlak krve
MetHb	methemoglobin
MMSE	Mini Mental State Examination, test kognitivních funkcí
MRI	magnetic resonance imaging, zobrazování magnetickou rezonancí (MR)
NO	nyňější onemocnění
NPB	náhlá příhoda břšní
NYHA	klasifikace dušnosti u srdečního selhání
OA	osobní anamnéza
OAIM	oddělení anestezie a intenzivní medicíny
PA	pracovní anamnéza
PAD	perorální antidiabetikum
PAH	plicní arteriální hypertenze
PE	plicní embolie
PEEP	pozitivní endexpirační tlak
RA	rodinná anamnéza
RVAD	right ventricle assist device, podpůrný systém pravé komory
S-ICD	subkutánní implantabilní kardioverter-defibrilátor
SA	sociální anamnéza
SAH, SAK	subarachnoidální hemoragie, subarachnoidální krvácení
SaO <sub>2</sub>	saturace O <sub>2</sub> v arteriální krvi
SAP	sensor augmented pump, pumpy spolupracující se senzorem
SCS	spinal cord stimulation, míšní stimulace
SH	subdurální hematom
SpO <sub>2</sub>	saturace krve kyslíkem
SSS	sick sinus syndrome
STEMI	ST elevation myocardial infarction, infarkt myokardu s elevací ST
SVT, PSVT	supraventrikulární tachykardie, paroxysmální SVT
SS	srdeční selhání
T-ICD	transvenózní implantabilní kardioverter-defibrilátor

TBC	tuberkulóza
TIA	transitory ischemic attack, tranzitorní ischemická ataka
TKD	tlak krve diastolický
TKS	tlak krve systolický
TKS	trvalá kardiostimulace
VAD	ventricular assist devices, mechanické podpůrné systémy srdce
VAS	vertebrogení algický syndrom
VAS	visual analogue scale, vizuální analogová stupnice
VF	vitální funkce
ZZS	Zdravotnická záchranná služba



## Úvod

V této učebnici najdete nejzákladnější zásady odebrání anamnézy a postupy fyzikálního vyšetřování v časové, prostorové a materiální tísní místa vzniku náhlého onemocnění nebo úrazu. Zřídka je to elegantní a přepychově zařízená domácnost, častěji malá místnost s minimálním nebo žádným osvětlením, s imobilním pacientem v nejvzdálenějším koutě nebo v nejvyšším patře rodinného domu po přístupu úzkým schodištěm se skříňkami, květinami a soškami (nebo haraburdím) v cestě, s pozorovateli v podobě neutrálních, chápajících nebo i přímo nepřátelsky naladěných příbuzných. Příliš často je naší vyšetřovnou ulice, sklep, zahrada, osvětlovacím tělesem kromě čelních lamp a reflektorů vozidla ambulance skomírající měsíc, případně oslňující slunce. Při akutních stavech není čas zjistit všechny atributy kompletní anamnézy, ale zároveň nesmíme zapomenout na důležitá fakta. Jak si poradit, když měření vitálních funkcí není možné při nespolupracujícím pacientovi nebo kvůli hluku jedoucích aut na dálnici, přestože hodnoty musíme znát kvůli dalšímu postupu a léčbě. Jak využít slabiny odlišností přednemocniční diagnostiky ve prospěch pacienta při stanovení správné diagnózy, jak se vyhnout hrozícím rizikům z nedostatku informací, falešným příslibům klamných evidentních příznaků, jak obejít nedostatek přístrojů pro diagnostiku, jak hledat schované, ale důležité údaje v anamnéze a skryté příznaky při fyzikálním vyšetření?

Knížka nemá ambici nahradit propedeutiku interního lékařství, chirurgie, traumatologie, neurologie, pediatrie, kardiologie a jiných oborů, z nichž pocházejí pacienti v urgentní medicíně. Přestože vychází z vyšetřovacích metod v jiných oborech a specializacích, vyšetřování v neodkladné přednemocniční péči je odlišné od vyšetřování v nemocnici. Odlišnosti jsou nejen v materiálním vybavení, ale hlavně v charakteristikách, jakou je časová tíseň, chronologie, neúplnost informací, zkrácené informační toky, nevhodnost prostoru na vyšetření – povětrnostní vlivy, přítomnost veřejnosti, nespolupracující příbuzní a stres z náhlého stavu. Jindy naopak jsou problémem až příliš spolupracující příbuzní a náhodní kolemjdoucí svědci.

Učebnice je určena přednostně nelékařským zdravotnickým profesím pracujícím v přednemocniční a nemocniční urgentní zdravotní péči, ale nepochybuji na základě vlastních zkušeností, že v ní najdou užitečné informace i mladší lékaři záchranné zdravotní služby a urgentních příjmových oddělení. Každý z nás, týká se hlavně lékařů, začínal své praktické medicínské vzdělávání až po promoci v lůžkovém nemocničním zařízení, a to převážně u pacientů s chronickými chorobami. Praktické návyky z praxe během studia jsou útržkovité, nesystematické, nahodilé, povrchní a někdy i ne zcela správné. Lékaři začínají se systematickou praktickou přípravou až po zařazení na oddělení toho oboru, ve kterém se plánují specializovat. Pacienti k nim na lůžko přicházejí po delším časovém odstupu od vzniku nebo zhoršení onemocnění, předlčení záchrannou službou, centrálním příjmem, s příznaky modifikovanými minimálně časovým odstupem, ne-li již s přímou farmakoterapií. Přicházejí už s některými předběžnými pracovními diagnózami, mnozí z nich už mají na oddělení chorobopisy z předchozích hospitalizací. Na jiných odděleních jsou lékaři často v rámci „cirkulace“ jen staty bez reálné odpovědnosti. Stávají se specialisty ve vybraném oboru a znalosti z jiných specializací jsou na úrovni poučeného laika a navíc zatíženy různými poznatky i předsudky, které již byly vědecky vyvráceny, ale jsou součástí jiné specializace, které se nevěnujeme.

Když se při práci v záchranné službě lékař dostane k pacientovi z vlastní specializace, chybí mu jen diagnostická technika, čas a vadí mu okolí. Odborně je připraven. Pokud se ale dostane k pacientovi s onemocněním z jiné specializace, nebude až tak doma s diagnostikou a léčbou. Pacient to nepocítí, ale lékař nemá ze sebe většinou ten nejlepší dojem. Zdravotnické záchranáře učí ve škole během povinné školní praxe a v zaměstnání lékaři různých specializací, což je výhodou, u každého něco vidí a naučí se. Ale vzhledem k rozsahu studia nerozumějí všem patofyziologickým a farmakologickým nuancím medicínského umění. Neumějí vždy posoudit odbornost lékaře a poznatky přijímají nekriticky podle osobnostních charakteristik lékaře a jeho empatie. Může se stát, že za správné budou považovat něco, co nemá podporu v medicíně založené na důkazech. Lékařské myšlení je odlišné ve vztahu k záchranářům se snahou k přílišné vědeckosti a se sklonem k množství nepodstatných detailů.

Dnešní pokrok v medicíně se řítí neskutečnou rychlostí a každá napsaná kniha je zastaralá už v momentě vydání. Věřím, že tato kniha bude mít jiný osud. Poznatky v ní se shromažďovaly dlouhá léta až do dnešních dnů (pojem *facies Hippocratica* má nejméně 2395 let). Teď už začínáme tyto vědomosti zapomínat, neboť při diagnostice pomáhají laboratorní, zobrazovací a funkční vyšetření, jejichž výsledky jsou zaznamenané a opakovatelné na rozdíl od zkráceného záznamu anamnézy a subjektivní chybou zatíženého fyzikálního vyšetření zrakem, čichem, hmatem, sluchem.

Při práci v přednemocniční, ale i nemocniční urgentní medicíně je třeba, aby lékaři, zdravotničtí záchranáři a sestry postupovali při diagnostice jednoduše, stručně, rychle, cíleně, bez zbytečného odkladu postavili pracovní diagnózu a co nejdříve také začali léčbu, když ne kauzální, tak alespoň symptomatickou. O anamnéze a fyzikálním vyšetřování jsou následující kapitoly. Učebnice není samozřejmě o všem, podrobnosti je třeba hledat v knihách příslušných specializací.

*Viliam Dobiáš*



# 1 Anamnéza všeobecně

## Historie

V minulosti byla anamnéza považována za nejdůležitější část diagnostiky chorob. Ještě před 40 lety, což je délka pracovní kariéry zdravotníka, byly k dispozici kromě anamnézy pouze základní laboratorní biochemické vyšetření, rtg s kontrastním vyšetřením a nedokonalé tomografické snímky v 10cm vrstvách, jednoduchá arteriografie s ručním podáním kontrastu, koronarografie byla v začátcích a vzácná, invazivní měření tlaku vzácnost, vyšetření acidobazické rovnováhy malým zázrakem v několika velkých nemocnicích. Žádný ultrazvuk, CT, NMR, flexibilní endoskopie (kolono-, gastro-, broncho-), pulzní oxymetrie, přenosné glukometry. Tlakoměry a teploměry jen rtuťové, monitory s obrazovkou 10 × 5 cm a žhavení trvalo minuty, EKG velikosti pracovního stolu, které se rozpadalo při pokusu o odtlačení z vyšetřovny na pokoj pacienta. V té době bylo nezbytností, co se dnes považuje za překonanou historii, a to fakt, že někdy až 80 % diagnózy je možné udělat pouze na základě správně odebrané cílené anamnézy. Dnes se opatrně tvrdí, že anamnéza přispěje k diagnóze v 50–70 %. Navzdory průniku techniky do diagnostického procesu tato teze platí, jen ji neuplatňujeme tak často a důsledně, jak bychom měli a mohli.

## 1.1 Definice

**Propedeutika** (řecky *pro paideuein* = učení předtím, než...) je úvod do vědního oboru, základní kurz nebo předběžné vzdělávání. Termín byl poprvé použit v antickém Řecku, později v roce 1798 a v 1851 jako samostatný předmět univerzitního studia ve smyslu úvodu do studia medicíny a filozofie. V medicíně je to soubor základních informací z daného oboru, rozlišujeme interní, chirurgickou, neurologickou propedeutiku a další dle specializací. Tyto základní informace o pacientovi získáváme pozorováním, fyzikálním vyšetřením a měřením vitálních funkcí bez specializovaných diagnostických procedur. Propedeutika nás učí zjišťování anamnézy a fyzikálnímu vyšetřování. Anamnéza a fyzikální vyšetření nás přivedou k pracovní diagnóze obklopené několika diferenciálními diagnózami. K definitivní diagnóze se dopracujeme logickou úvahou a vylučovací metodou nebo zapojením přístrojové techniky do diagnostiky. Ještě stále se laboratorním a přístrojovým metodám říká „pomocná vyšetření“, a proto odeslání pacienta na CT vyšetření kvůli jakémukoliv úderu do hlavy může sice stanovit nebo vyloučit diagnózu, ale určitě oslabuje náš intelekt a ochuzuje radost z přemýšlení.

**Anamnéza** (řecky *anamnesis* – „rozpomínání“, doslova „opak zapomínání“: an – amnesis) je rozhovor lékaře/zdravotníka s pacientem, při kterém pacient popisuje vlastními slovy své zdravotní potíže. Lékař nemocného poslouchá a klade mu cílené otázky. Anamnéza je vlastně zdravotní historie pacienta od těhotenství jeho matky přes porod, onemocnění rodičů a sourozenců, dětské nemoci, prodělaná onemocnění a úrazy v minulosti až po současnou potíže, které ho vedly k vyhledání zdravotní péče nebo k přivolání záchranné zdravotnické služby. Kompletní anamnéza obsahuje všechny údaje o zdravotním stavu nemocného a v neposlední řadě i jeho návyky, zlozvyky, způsob životosprávy, sociální a pracovní poměry. Anamnéza má v procesu určování správné diagnózy mimořádný a prakticky nenahraditelný význam. Vede v mnoha

případech přímo k diagnóze nebo velmi výrazně zúží rozsah možných onemocnění či usměrní další pátrání. Pro některé medicínské obory je jedinou cestou k určení onemocnění – typickým příkladem je psychiatrie.

Zdravotníkem odebírajícím anamnézu může být lékař nebo jiný zdravotnický pracovník, ať už zdravotnický záchranář, sestra pracující v záchranné službě nebo na oddělení urgentního příjmu. Při akutních onemocněních a úrazech by neměl být podstatný rozdíl mezi anamnézou odebranou lékařem a nelékařem, protože při náhlých stavech je množství otázek limitováno z časových důvodů. Rozdílná může být interpretace získaných poznatků při stanovování pracovní diagnózy a množství diferenciálních diagnóz, které se po vyslechnutí pacienta nasbírají v úvahách lékaře nebo záchranáře.

Při získávání anamnézy je důležité mít nejen znalosti o chorobách, ale znát také zásady komunikace (gestika, haptika, posturika, mimoslovní komunikace), mít dostatek empatie, alespoň minimální úroveň emoční inteligence, znát zásady managementu, aby byl rozhovor konstruktivní, aby pacient neměl pocit, že se nemůže vypovídat do sytosti, ale zároveň aby se hlavní problémy probraly nejprve, méně důležité později, nebo případně v přednemocniční fázi vůbec ne. Při příliš podrobném hovoru pacienta taktně usměrňujeme tak, abychom efektivně získali maximum relevantních informací. Rozhovor doplňujeme cílenými otázkami, které nesmí být sugestivní. Dobrým postupem je „zrcadlení“, když některé věty, slovní zvraty pacienta zopakujeme, abychom naznačili svou účast a ověřili si správné pochopení. Sugestivní otázka naznačuje, jakou odpověď chceme slyšet: „Dýchá se Vám těžko?“ místo „Jak se Vám dýchá?“ Nebo „Ještě stále to bolí?“ místo „Cítíte nějakou změnu?“. Anamnézu v části nynějších potíží pacienta odebíráme ve dvou fázích: prvotní vyslechnutí, kdy necháme volně mluvit připravené referování, a druhotné vyslechnutí, kdy můžeme klást doplňující otázky a zopakovat stručně vypovězené potíže. Důležité je prostředí, které si ale nemůžeme vybrat, důležitá je vzájemná a rovnocenná fyzická pozice zdravotníka a pacienta, kterou ale někdy neumíme a nemůžeme zrealizovat. Důležitá je vzájemná důvěra nebo alespoň důvěra pacienta směrem ke zdravotníkům, kterou ale nemáme čas budovat. Odebírání anamnézy není jen poslech, ale i sledování výrazu obličeje pacienta, plynulosti řeči, zabarvení hlasu, řeči těla.

Podstatné údaje z anamnézy musí být zapsány v dokumentaci. Jednou získané údaje podrobujeme kritické analýze, rozpory a nedůslednosti ověřujeme opakovanými otázkami.

**Přímá anamnéza** (direktní anamnéza, autoanamnéza) je subjektivní výpověď pacienta, a proto si často žádá, aby byla doplněna **nepřímou anamnézou** (indirektní anamnéza, heteroanamnéza), čili stejně subjektivní výpovědí: 1. svědků nebo 2. rodinných příslušníků, nebo i objektivní anamnézou od 1. rodinných příslušníků nebo 2. svědků.

Anamnézu pacienta společně s výsledky konziliárních a laboratorních vyšetření, léčbou a návrhy léčebných opatření můžeme získat v písemné formě, pokud má pacient k dispozici záznamy o ambulantním vyšetření, propouštěcí zprávy z předchozích hospitalizací a ošetrovatelské propouštěcí zprávy, případně kompletní složku zdravotní dokumentace.

**Katamnéza** je sledování stavu pacienta a vývoje onemocnění po léčbě, např. po propuštění z hospitalizace. Zdravotní dokumentace ale v žádném případě nenahradí

anamnézu nynějšího onemocnění a fyzikální vyšetření, protože současné potíže mohou být odlišné od podobných obtíží v minulosti vyčtené z dokumentace.

Čím více zdrojů anamnézy získáme, tím budeme mít více materiálu pro kritickou analýzu, vyloučení nepodstatných informací a lepší stanovení diagnózy. I nezletilé děti a lidé pod vlivem omamných látek mohou někdy poskytnout důležitou informaci. Hlavně děti bývají podceňovány a jejich údaje přeslechnuté nebo nezohledněné, což je škoda. Spolehlivým zdrojem informací je personál pohostinských zařízení zvyklý sledovat hosty a mít přehled o jejich spotřebě, chování a změnách psychického i tělesného stavu. Důležitým a někdy jediným zdrojem určitých částí z anamnézy může být operátor/ka operačního střediska v případě, pokud byl postižený v minulosti klientem záchranné zdravotní služby. Čím více zdrojů, tím objektivnější informace. Někdy ale více zdrojů anamnézy může zmást. Typicky u starších a osamělých, jež přijdou navštívit dospělé děti, a na otázku jak se má, děda poví, že má bolesti, špatně se mu dýchá, chodí, nechutná mu jíst a celým vyjádřením jen chce dát najevo, že ho rodina navštěvuje málo a zanedbávají ho v jeho trápeních. Okamžitě následuje volání na tísňovou linku, aby ukázali, že se o svého dědu umějí postarat. Pokud lékař vyslechne anamnézu od návštěvy, může mít pocit, že bude potřeba resuscitace. Pokud se zeptá dědy, odkdy má vyjmenované příznaky, dozví se, že už několik let, měsíců, týdnů a nic se v posledních dnech nezměnilo.

## 1.2 Charakteristiky anamnézy

1. Anamnéza má **prognostické vlastnosti**. Délka trvání bolesti za hrudní kostí rozhoduje o rozdílech mezi nestabilní anginou pectoris a infarktem myokardu, trvání příznaků cévní mozkové příhody rozhoduje o tom, zda se stihne podat trombolytická léčba, a úprava bez následků je možná, nebo se léčbou již jen bude bránit vážným komplikacím.
2. Anamnéza má **forenzní důsledky**. Připoutání v autě může být důležité pro finanční plnění pojišťovny, popis nalezení zraněných a mrtvých na sedadlech může pomoci určit řidiče auta v momentě nehody. Popis použitých/nepoužitých bezpečnostních prvků (přilby, rukavice, zábrany) při pracovním úrazu může pomoci pracovníkovi nebo usvědčit zaměstnavatele. Zatím se na forenzní stránku klade důraz pouze při stížnosti, později bude moci být anamnéza využita při regresi, stíhání, ale i při zproštění obžaloby.
3. Anamnéza je sama o sobě **diagnostická**. Při angině pectoris rozhoduje o diagnóze jedině anamnéza, EKG a jiná vyšetření mohou být při latentní ischemické chorobě dlouho normální. Při úrazech může zjištění mechanismu úrazu a jeho popis svědky rozhodnout o vážném podezření na poškození páteře i bez klinických projevů. Při psychiatrických onemocněních zjišťujeme jedině anamnézou i objektivní příznaky onemocnění.
4. Anamnéza určuje **třídění pacientů**, riziko **poškození** (např. krční páteře) na základě etiologie úrazu, pravděpodobnost pozdních komplikací (při cévní mozkové příhodě), pravděpodobnost skrytých poranění při výbuších v závislosti na vzdálenosti od epicentra a jiné.
5. Anamnéza je **diskrétní**. Ptáme se na údaje, které by pacient neřekl nikomu cizímu kromě zdravotníků. Tím „cizím“ může být i manželka, případně jiný člen rodiny.

Nesmíme se ptát na choulostivé věci na veřejnosti, na pracovišti, před rodinnými příslušníky. Co je choulostivé? Záleží na prostředí, věku a rodinného stavu. Starší manželé už o sobě vědí vše, ale i zde mohou být výjimky. Jeden z nich ví o svém nevyléčitelném onemocnění, ale zamlčí to před partnerem, aby ho nerozrušil. Rodiče nemusejí vědět o antikoncepční léčbě své nezletilé dcery, manžel nebyl informován o ukončení těhotenství manželky. Na pracovišti se nebudeme před kolegy vyptávat na předchozí epileptické záchvaty, ale ani na překonané infarkty. Citlivých variací na možnost porušení diskretnosti je nekonečně mnoho i v domácnostech i na veřejnosti.

6. Anamnéza je **chronologická**. Příznaky jmenuje postižený podle svého hodnocení jejich závažnosti, nikoliv v časovém postupu, jak vznikaly. Jiná diagnóza se nabízí, pokud náhlá dušnost vznikla pár dní po operaci, jiná, pokud je dušnost již několik let při námaze a nyní vznikla v klidu. Trvání příznaků rozhoduje o způsobu a trvání léčby, např. při akutním infarktu myokardu, cévní mozkové příhodě, zasypání a stlačení tkání, trvání resuscitace. Zaznamenáváme délku trvání i způsob řešení prodělaných onemocnění, dokumentujeme přesné časové údaje jednotlivých událostí.
7. **Rozpory** v anamnéze **mezi rodinnými příslušníky** a nepravděpodobné vysvětlení vzniku poranění svědčí o zamlčování a možném kriminálním pozadí (týrané dítě, fyzické napadení a rodinné násilí).

### 1.3 Principy odběru anamnézy

Dokonale odebraná anamnéza je ve své podstatě uměním. Zdravotník v ní musí využít nejen své znalosti, ale také logické a kombinační myšlení. Musí být schopen navázat s pacientem kontakt založený na vzájemné důvěře a pochopení. Vztah, který při tomto kontaktu vznikne, je často rozhodující pro úspěch samotné léčby. Dobře odebrat anamnézu se učíme celý život. Nemoc vyvolává u pacienta strach, úzkost, často i chování, které není pro něj typické – podřízenost, agresivitu, egoismus, negativismus. V takovém stavu je člověk velmi zranitelný a nevhodný komentář nebo nedostatečná pozornost zdravotníka může napáchat ve vzájemném vztahu nenapravitelné škody. Každý pacient vyžaduje přísně individuální přístup. Důležitý je i vnější dojem, kterým na pacienta posádka záchranné služby působí: oblečení, úprava zevnějšku, vystupování, způsob a tón řeči. Rozhodující jsou však tři faktory:

1. **dostatek času** – nemocný musí mít pocit, že nikam nespěcháme. I při nedostatku času nedáváme najevo, že spěcháme. Netrpělivost, nesouhlas s postojem pacienta a rozhořčení blokuji optimální komunikaci. Lékař má ve zvyku přerušit pacienta při popisu obtíží po 15–18 sekundách, tím pacienta zablokuje a nedozví se nejdůležitější příznaky, které si podvědomě nechává na konec. Většina pacientů skončí spontánně do 2 minut. Poslouchat bez přerušování 45 sekund je dobrým kompromisem.
2. **zájem** – nemocný by měl cítit, že se dokážeme vžít do jeho potíží (empatie). Postoj, gesta, tón řeči, oční kontakt – to vše musí ukazovat zájem. Poznámky si děláme jen letmo, pokud pacient říká něco důležitého, položíme pero a posloucháme. Pacienta zásadně oslovujeme jménem, např. paní X, pan Y, nikdy ne familiárně (strejdo, babičko, strýčku apod.). Ani mladistvým netykáme, i k postiženým pod vlivem omamných látek jsme zdvořilí jako zdravotník k nemocnému. Výjimkou