GRADA

Viliam Dobiáš, Táňa Bulíková

Klinická propedeutika v urgentnej medicíne

2., prepracované a doplnené vydanie



BESTSELLER

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. Vynahraďte im to, prosím, keď budú niekedy ako pacienti objektom vašej starostlivosti.

Celý profesionálny život ďakujem mojim učiteľom – personálu z nemocníc v Košiciach-Šaci, 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 s poďakovaním zabudnúť na recenzentky, ktoré precíznym posudzovaním rukopisu a komentármi knihu vylepšili.

Viliam Dobiáš

Viliam Dobiáš, Táňa Bulíková

Klinická propedeutika v urgentnej medicíne

2., prepracované a doplnené vydanie

Grada Publishing

Upozornenie pre čitateľov a používateľov tejto knihy
Všetky práva vyhradené. Žiadna časť tejto tlačenej či elektronickej knihy nesmie byť reprodukovaná 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., MUDr. Táňa Bulíková, PhD.

KLINICKÁ PROPEDEUTIKA V URGENTNEJ MEDICÍNE

2., prepracované a doplnené vydanie

Recenzie:
MUDr. Jana Šeblová, Ph.D.
MUDr. Táňa Bulíková, PhD. (okrem kapitoly 8)

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

© Grada Publishing, a.s., 2022
Cover Photo © depositphoto.cz, 2022

Vydala Grada Slovakia, spol. s r. o.
Moskovská 29, Bratislava
ISBN 978-80-8090-278-0

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, Praha 7
ISBN 978-80-271-3021-4
ako svoju 8339. publikáciu

Zodpovedná redaktorka Mgr. Miroslava Kováčiková
Sadzba a zalomenie Jan Šístek
Obrázky 3.3, 7.10 až 7.12, 8.1 až 8.3, 8.12 až 8.14, 8.16, 8.18, 8.19, 8.22 a 8.23 podľa podkladov autorov prekreslila MgA. Miloslava Krédlová. Obrázok 8.5 prevzatý z publikácie Bulíková T. EKG pre záchranárov nekardiológov. Grada Publishing 2015; obr. 12.3 z publikácie 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 prevzaté z 1. vydania. Ostatné obrázky dodali autori.
Obrázok 8.12 © MUDr. Táňa Bulíková, PhD.
Počet strán 272
2. vydanie, Bratislava, Praha 2022

Autori a nakladateľstvo ďakujú spoločnosti DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s. za podporu, ktorá umožnila vydanie publikácie.

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

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.

ISBN 978-80-271-4669-7 (ePub)
ISBN 978-80-271-4668-0 (pdf)

O autoroch

Doc. MUDr. Viliam Dobiáš, PhD.



Promoval na LF UK v Bratislave r. 1974, doktorandské štúdium ukončil v roku 1989, habilitoval r. 2009. Atestácie z anestéziológie a intenzívnej medicíny zložil r. 1977 a 1981, z urgentnej medicíny r. 2003. V rokoch 1974 – 1995 pracoval ako anestéziológ, z toho 16 rokov ako primár oddelenia, v rokoch 1977 – 1998 nepravidelne v záchrannej službe, od roku 1998 len v prednemocničnej neodkladnej starostlivosti, od r. 2001 vo vedúcich riadiacich a odborných funkciách. Ako prezident Slovenskej spoločnosti anestéziológie a intenzívnej medicíny dve funkčné obdobia 1990 – 1996, predtým 1985 – 1990 vedecký sekretár, ako prezident Slovenskej spoločnosti urgentnej medicíny a medicíny katastrof 2010 – 2015 v rámci Slovenskej lekárskej spoločnosti. Inicioval vznik Slovenskej spoločnosti pre liečbu bolesti v roku 1992. Od roku 1999 sa podieľa na vzdelávaní zdravotníckych záchranárov, na pregraduálnej a postgraduálnej výchove medikov a lekárov v Českej a Slovenskej republike (Univerzita Konštantína Filozofa Nitra, Palackého univerzita Olomouc, Univerzita Komenského a Slovenská zdravotnícka univerzita Bratislava). Externý pedagóg Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave od r. 1980, ako vedúci Katedry urgentnej medicíny od 2007. Hlavný rozhodca medzinárodnej súťaže záchranárov Rallye Rejvíz od r. 2006. Autor a spoluautor 10 univerzitných učebníc, viac ako 200 publikácií, z toho 40 v zahraničí, autor dvoch príručiek o prvej pomoci pre dospelých a pre matky s deťmi a zbierky poviedok zo záchrannej služby. Nositeľ Národnej ceny SR za záchranárstvo, piatich Zlatých záchranárskych krížov v ČR a SR, diamantovej Janského plakety a Kňazovického medaily za darcovstvo krvi a pamätnej medaily Lekárskej fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Ako člen Slovenského Červeného kríža pracoval v rokoch 1995 – 1998 vo funkcii generálneho sekretára a od roku 2013 druhé funkčné obdobie ako prezident SČK. Okrem pedagogickej aktivity na Slovenskej zdravotníckej univerzite je odborným zástupcom LSE-Life Star Emergency, záchranná zdravotná služba, s. r. o., v Limbachu.

MUDr. Táňa Bulíková, PhD.



Promovala na LF UK Bratislava v roku 1989. Anestéziologička a špecialistka urgentnej medicíny, od roku 2000 pracuje na plný úväzok v záchrannej zdravotnej službe, v súčasnosti pôsobí ako primárka RLP Senec Life Star Emergency, spol. s r.o. V rámci svojej praxe bola prítomná pri zrode a vývoji urgentnej medicíny na Slovensku, rovnako aj v záchrannej službe.

Od roku 2007 pôsobí ako externý pedagóg na SZU Bratislava, od 2016 je vedúcou Katedry urgentnej zdravotnej starostlivosti Fakulty ošetrovateľstva a odborných špecializačných štúdií SZU Bratislava a tiež externou pedagogičkou na Lekárskej fakulte SZU (predmet: urgentná medicína).

Je členkou medzinárodného poradného výboru Rallye Rejvíz (od r. 2004), pôsobí ako externá recenzentka časopisu *Urgentní medicína*, je členkou medzinárodnej vedeckej rady Yournal of Emergency medical services (Varšava, Poľsko). Je autorkou viac ako 150 publikovaných odborných prác, je autorkou a spoluautorkou viacerých publikácií a učebníc (Medicína katastrof, EKG pre záchranárov – nekardiológov, Od symptómu k diagnóze v záchrannej službe – kazuistiky, Prednemocničná urgentná medicína (Dobiáš a kol.), Klinická propedeutika v UM, Medical biochemistry for students of general medicine, Komentované kazuistiky z prednemocniční neodkladné péče (Peřan, Cmorej, Nesvadba a spol).

Je prezidentkou Slovenskej spoločnosti urgentnej medicíny a medicíny katastrof (SSUMaMK) v dvoch funkčných obdobiach 2014 – 2017, 2018 – 2021. Spolu s OZ Hviezda života od r. 2009 organizuje Stredoeurópsky kongres urgentnej medicíny a medicíny katastrof.

Je členkou Slovenskej kardiologickej spoločnosti, zameriava sa na problematiku odvrátiteľných úmrtí, je autorkou prvého odporúčania na použitie magnetu posádkami ZZS u pacienta s ICD.

Bola ocenená zlatou medailou Slovenskej lekárskej spoločnosti a Zlatým záchranárskym krížom za celoživotný prínos pre záchranárstvo.

Obsah

O autoroch **5**

Zoznam skratiek **11**

Úvod **15**

1 Anamnéza všeobecne **17**
1.1 Definícia 17
1.2 Charakteristiky anamnézy 19
1.3 Princípy odberu anamnézy 20
1.4 Limity odoberania anamnézy 23
1.5 Súčasti anamnézy 24
1.6 Kultúrne a religiózne odlišnosti 26

2 Terajšie ochorenie **31**
2.1 Anamnéza terajšieho ochorenia všeobecne 31
2.2 Charakteristiky anamnézy – terajšie ochorenie 31
2.3 Terajšie ochorenie neúrazové a úrazové 32
2.4 Terajšie ochorenie – doplnkové otázky 32

3 Anamnéza pri rôznych situáciách a ochoreniach **35**
3.1 Bolesť 35
3.2 Kardiovaskulárne ochorenia 38
3.3 Respiračné ochorenia 44
3.4 Neurologické ochorenia, bezvedomie a kŕčové stavy 45
3.5 Ochorenia tráviaceho systému 49
3.6 Psychické ochorenia 51
3.7 Endokrinné ochorenia 55
3.8 Nádorové ochorenie 55
3.9 Trauma 56
3.10 Dopravná nehoda – nehoda na ceste 57
3.11 Domáce násilie 58
3.12 Alergia 61
3.13 Úrazy vplyvom prostredia (chlad, teplo, ionizačné žiarenie) 62
3.14 Intoxikácie liekmi, chemikáliami, návykovými látkami 62
3.15 Pokročilé tehotenstvo – začínajúci pôrod 63
3.16 Špecifiká anamnézy v starobe 64
3.17 Terminálny stav a zomieranie 64

4 Subjektívne príznaky pri rôznych ochoreniach a stavoch **67**
4.1 Subjektívne príznaky od hlavy k pätám 68
4.2 Subjektívne príznaky pri kardiálnych ochoreniach 69
4.3 Subjektívne príznaky pri respiračných ochoreniach 72
4.4 Subjektívne príznaky pri neurologických ochoreniach 74
4.5 Subjektívne príznaky pri gastrointestinálnych ochoreniach 77

4.6 Subjektívne príznaky – psychické ochorenia 80
4.7 Subjektívne príznaky pri endokrinných ochoreniach 83
4.8 Subjektívne príznaky pri ochoreniach močového systému 85
4.9 Subjektívne príznaky kostrovo-svalového aparátu 85
4.10 Subjektívne príznaky pri úrazoch 86
4.11 Domáce násilie 87
4.12 Subjektívne príznaky pri alergii 88
4.13 Subjektívne príznaky pri abúze drog 89
4.14 Choré dieťa 89

5 Osobná anamnéza 91
5.1 Predchorobie 91
5.2 Lieková (farmakologická) anamnéza 92
5.3 Alergická anamnéza (AA) 94
5.4 Sociálna anamnéza 94
5.5 Pracovná anamnéza 96
5.6 Gynekologická anamnéza 96
5.7 Infekčná/cestovateľská anamnéza 97
5.8 Návyky a abúzy 97
5.9 Fyziologické funkcie (FF) 99
5.10 Životospráva – životný štýl 102
5.11 Pediatrická anamnéza 103

6 Rodinná anamnéza 105

7 Meranie parametrov vitálnych funkcií 107
7.1 Zásady merania 107
7.2 Charakteristika pacienta 108
7.3 Inštrumentálne merania 109
7.3.1 Pulz 109
7.3.2 Tlak krvi 112
7.3.3 Dýchanie 117
7.3.4 Glasgowská stupnica bezvedomia 118
7.3.5 Teplota tela 120
7.3.6 Glukomer 123
7.3.7 Pulzová oxymetria 124
7.3.8 Kapnometria, kapnografia 126

8 Diagnostická a terapeutická technika *(Táňa Bulíková)* **. 133**
8.1 Elektrokardiografia, elektrokardiogram 133
8.1.1 Elektrické vedenie v srdci 134
8.1.2 Prehľad zvodov používaných v EKG 134
8.1.3 Výklad EKG 136
8.1.4 EKG záznam (obr. 8.7) 139
8.1.5 Základné princípy hodnotenia EKG a popis EKG krivky 140
8.1.6 Čítanie EKG záznamu 142
8.1.7 Poruchy rytmu a akútny koronárny syndróm 144

8.2 Implantované a nosené prístroje 149
8.2.1 Kardiostimulátory 149
8.2.2 Implantabilný kardioverter/defibrilátor 152
8.2.3 Mechanické podporné systémy srdca 155
8.2.4 Inzulínová pumpa 159
8.2.5 PAH pumpa (pumpa na liečbu pľúcnej artériovej hypertenzie) 162
8.2.6 Miechový stimulátor 163

9 Vyšetrenie pomocou zmyslov – pohľad, pohmat, poklop, posluch 167
9.1 Vyšetrenie zrakom – inšpekcia 168
9.2 Vyšetrenie hmatom – palpácia 172
9.3 Vyšetrenie poklopom – perkusia 175
9.4 Vyšetrenie sluchom – auskultácia 176
9.5 Vyšetrenie čuchom 178

10 Fyzikálne vyšetrenie 179
10.1 Prvotné vyšetrenie 180
10.1.1 Vedomie 180
10.1.2 Dýchanie 182
10.1.3 Krvný obeh 182
10.1.4 Krvácanie – vonkajšie 183
10.2 Druhotné vyšetrenie 184
10.2.1 Anamnéza 184
10.2.2 Vyšetrenie od hlavy k pätám 185
10.2.3 Orientačné neurologické vyšetrenie 187
10.3 Vyšetrenie zadržaného vo väzbe 188
10.4 Vyšetrenie pri udalosti s hromadným postihnutím osôb 189
10.5 Pediatrické vyšetrenie 190

11 Celkový stav (status generalis) 193
Príznaky týraného dieťaťa 198

12 Lokálny stav orgánových systémov (status localis) 199
12.1 Centrálny a periférny nervový systém 199
12.2 Kardiovaskulárny systém 210
12.3 Respiračný systém 215
12.4 Gastrointestinálny systém 219
12.5 Kostrovo-svalový systém 223
12.6 Vylučovací systém 225
12.7 Reprodukčný systém 226
12.7.1 Ženy 226
12.7.2 Muži 227

13 Varovné príznaky 229

14 Patognómické príznaky a syndrómy 239

15 Paradoxné nálezy a ich interpretácia 245

16 Vedenie zdravotníckej dokumentácie 249
16.1 Hlavička dokumentu 251
16.2 Anamnéza 252
16.3 Objektívny nález 254
16.4 Dýchacie cesty, dýchanie, auskultačný nález 255
16.5 Neurologický nález 256
16.6 Trauma panáčik 256
16.7 Cirkulácia 256
16.8 Časy merania hodnôt 257
16.9 EKG 258
16.10 Poloha 258
16.11 Liečebné výkony 258
16.12 Transport T 259
16.13 Terapia 259
16.14 Diagnóza 260
16.15 Trvanie výjazdu v minútach 261
16.16 Informovaný súhlas 261
16.17 Posádka 261
16.18 Overenie poisťovne 263

Literatúra 264

Register 268

Súhrn 271

Summary 272

Zoznam skratiek

AA	alergická anamnéza
AIM	akútny infarkt myokardu
IM	infarkt myokardu
AP	angina pectoris
AV	atrioventrikulárny
AVB	atrioventrikulárna blokáda
AVPU	alert, voice, pain, unresponsive – pomôcka vyšetrenia vedomia
BiVAD	biventricular assist device, podporný systém oboch komôr
BMI	body mass index, index telesnej hmotnosti
CAN	child abuse and neglect, syndróm týraného dieťaťa
CGM	continuous glucose monitoring, kontinuálne monitorovanie glykémie
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
DKS	dočasná kardiostimulácia
DM	diabetes mellitus
EH	epidurálny hematóm
EKG	elektrokardiogram
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, taxia – pomôcka neurologického vyšetrenia
fD	frekvencia dýchania
FF	fyziologické funkcie
FP	fibrilácia predsiení
GA	gynekologická anamnéza
GCS	Glasgow Coma Scale, Glasgowská stupnica bezvedomia
GIT	gastrointestinálny trakt
HaZZ	Hasičský a záchranný zbor
Hb	hemoglobín
HbO_2	oxyhemoglobín
HVT	hlboká venózna trombóza
HŽT	hlboká žilová trombóza
CHOPCH	chronická obštrukčná pľúcna choroba
IKH	intrakraniálna hemorágia (krvácanie)
IKT	intrakraniálny tlak
IP	inzulínová pumpa

IZS	Integrovaný záchranný systém
JIS	Jednotka intenzívnej starostlivosti
KF	komorová fibrilácia
KJ	koronárna jednotka
KOS	Krajské operačné stredisko
KPR	kardiopulmonálna resuscitácia
KS	kardiostimulátor
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
LVAD	left ventricle assist device, podporný systém ľavej komory
MAP	stredný arteriálny tlak krvi
MetHb	methemoglobín
MRI	magnetic resonance imaging, zobrazovanie magnetickou rezonanciou
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
PAH	pľúcna artériová hypertenzia
PE	pľúcna embólia
PEEP	pozitívny endexpiračný tlak
RA	rodinná anamnéza
RVAD	right ventricle assist device, podporný systém pravej komory
S-ICD	subkutánny implantovateľný kardioverter/defibrilátor
SA	sociálna anamnéza
SAH, SAK	subarachnoidálna hemorágia, subarachnoidálne krvácanie
SaO_2	saturácia O_2 v arteriálnej krvi
SAP	sensor augmented pump, pumpy spolupracujúce so senzorom
SCS	spinal cord stimulation, miechová stimulácia
SH	subdurálny hematóm
SpO_2	saturácia O_2 v periférnej krvi
SSS	sick sinus syndrome
STEMI	ST elevation myocardial infarction, infarkt myokardu s elevéciou ST
SVT, PSVT	supraventrikulárna tachykardia, paroxyzmálna SVT

SZ	srdcové zlyhanie
TBC	tuberkulóza
TIA	transitory ischemic attack, tranzitórna ischemická príhoda
T-ICD	transvenózny implantovateľný kardioverter/defibrilátor
TKD	tlak krvi diastolický
TKS	tlak krvi systolický
TKS	trvalá kardiostimulácia
TO	terajšie ochorenie
VAD	ventricular assist devices, mechanické podporné systémy srdca
VAS	vertebrogénny algický syndróm
VAS	visual analogue scale, vizuálna analógová stupnica
VF	vitálne funkcie
ZZS	Záchranná zdravotná služba

Úvod

V tejto učebnici nájdete najzákladnejšie zásady odoberania anamnézy a postupy fyzikálneho vyšetrovania 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, chápajúcich alebo aj priamo nepriateľsky naladených príbuzných. Príliš často je našou vyšetrovňou ulica, pivnica, záhrada, osvetľovacím telesom okrem čelových lámp 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 hluk idúcich áut na diaľnici napriek tomu, že hodnoty musíme vedieť kvôli ďalšiemu postupu a liečbe? Ako využiť slabiny odlišností prednemocničnej diagnostiky v prospech pacienta pri stanovení správnej diagnózy, ako sa vyhnúť hroziacim rizikám z nedostatku informácií, falošným prísľubom 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, vyšetrovanie v neodkladnej prednemocničnej starostlivosti je odlišné od vyšetrovania 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, poveternostné vplyvy, 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 nájdu užitočné informácie aj mladší lekári záchrannej zdravotnej služby a urgentných príjmových oddelení. Každý z nás, týka sa to hlavne lekárov, začínal svoje praktické medicínske vzdelávanie až po promócii v lôžkovom nemocničnom zariadení, a to prevažne pri pacientoch s chronickými chorobami. Praktické návyky z praxe počas štúdia sú útržkovité, nesystematické, náhodné, 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 záchrannej zdravotnej službe lekár dostane k pacientovi z vlastnej špecializácie, chýba mu len diagnostická technika, čas a prekáža mu okolie. Odborne je pripravený. Ak sa ale dostane k pacientovi s ochorením inej špecializácie, nebude si až taký istý 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 (pojem facies Hippocratica má najmenej 2430 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, ale aj nemocničnej urgentnej medicíne treba, aby lekári, zdravotnícki záchranári a sestry 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 vyšetrovaní sú nasledujúce kapitoly. Učebnica nie je samozrejme o všetkom, podrobnosti treba hľadať v knihách príslušných špecializácií.

Viliam Dobiáš

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 s ručným podaním kontrastu, koronarografia bola v začiatkoch a zriedkavá, invazívne meranie tlaku vzácnosť, vyšetrenie na acidobázu malým zázrakom v pár veľkých nemocniciach. Žiadny ultrazvuk, CT, NMR, flexibilné videoskopie (kolono, gastro, broncho), pulzná oxymetria, prenosné glukomery. Tlakomery a teplomery len ortuťové, monitory s obrazovkou 10 × 5 cm a „žhavenie" trvalo minúty, EKG veľkosti pracovného stola, ktoré sa rozpadalo pri pokuse o odtlačenie z vyšetrovne na pacientsku 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 cielenej anamnézy. Dnes sa opatrne tvrdí, že anamnéza prispeje k diagnóze 50 – 70 percentami. Napriek prieniku techniky do diagnostického procesu táto téza platí, len ju neuplatňujeme tak často a dôsledne, ako by sme mali a mohli.

1.1 Definícia

Propedeutika (grécky *pro paideuein* = učenie predtým, než...) je úvod do vedného odboru, základný kurz alebo predbežné vzdelávanie. Termín bol prvýkrát použitý v antickom Grécku, neskôr v roku 1798 a v 1851 ako samostatný predmet univerzitného štúdia v zmysle úvodu do štúdia medicíny a filozofie. 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 cielené otázky. Anamnéza je vlastne zdravotná história pacienta od tehotenstva jeho matky cez pôrod, ochorenia rodičov a súrodencov, detské choroby, prekonané ochorenia a úrazy v minulosti až po súčasné ťažkosti, ktoré ho viedli k vyhľadaniu zdravotnej starostlivosti alebo k privolaniu záchrannej 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 príjmu. Pri akútnych ochoreniach a úrazoch by nemal byť podstatný rozdiel medzi anamnézou odobratou lekárom a nelekárom, pretože pri náhlych stavoch je množstvo otázok limitované časovými dôvodmi. 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 doplňujeme cielenými 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?“. Anamnézu v časti terajších ťažkostí pacienta odoberáme v dvoch fázach: prvotné vypočutie, kedy necháme voľne rozprávať pripravené referovanie a druhotné vypočutie, kedy môžeme klásť doplňujúce otázky a zopakovať stručne vypovedané ťažkosti. Dôležité je prostredie, ktoré si však 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. Odoberanie anamnézy je nielen počúvanie, ale aj sledovanie výrazu tváre pacienta, plynulosti reči, zafarbenie hlasu, reči tela.

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 subjektívnou výpoveďou pacienta, a preto si často žiada, aby bola doplnená ***nepriamou anamnézou*** (indirektná anamnéza, heteroanamnéza), čiže rovnako subjektívnou výpoveďou: 1. svedkov alebo 2. rodinných príslušníkov, alebo aj objektívnou 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 ambulantnom vyšetrení, prepúšťacie správy z predchádzajúcich hospitalizácií a ošetrovateľské prepúšťacie správy, prípadne kompletnú zložku zdravotnej dokumentácie. ***Katamnéza*** je sledovanie stavu pacienta a vývoja ochorenia po liečbe, napr. po prepustení z hospitalizácie. Zdravotná dokumentácia ale

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. Hlavne deti bývajú podceňované a ich údaje prepočuté 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. No niekedy viac zdrojov anamnézy môže zmiasť. Typicky u starších a osamelých, ktorých prídu navštíviť dospelé deti a na otázku, ako sa má, starký 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 starkého vedia postarať. Ak lekár vypočuje anamnézu od návštevy, môže mať pocit, že bude treba resuscitáciu. Ak sa opýta starkého, 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 chrbtice aj bez klinických prejavov. Pri psychiatrických ochoreniach jedine anamnézou zisťujeme aj objektívne príznaky ochorenia.
4. Anamnéza určuje **triedenie pacientov**, riziko **poškodenia** (napr. krčnej chrbtice) na základe etiológie úrazu, pravdepodobnosť neskorých komplikácií (pri cievnej mozgovej príhode), pravdepodobnosť skrytých poranení pri výbuchoch v závislosti od vzdialenosti od epicentra a iné.