

Viliam Dobiáš, Táňa Bulíková

Klinická propedeutika v urgentní medicíně

2., přepracované a doplněné vydání



Věnování

Kniha 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 Rejvíz, 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, frem 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 léčích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplynou 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 Rejvíz (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

O autorech	5
Seznam zkratek	11
Úvod	15
1 Anamnéza všeobecně	17
1.1 Definice	17
1.2 Charakteristiky anamnézy	19
1.3 Principy odběru anamnézy	20
1.4 Limity odebírání anamnézy	22
1.5 Součásti anamnézy	24
1.6 Kulturní a religiózní odlišnosti	26
2 Nynější onemocnění	31
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
3 Anamnéza při různých situacích a onemocněních	35
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
4 Subjektivní příznaky při různých onemocněních a stavech	67
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
5	Osobní anamnéza	91
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	Živospráva – životní styl	102
5.11	Pediatrická anamnéza	103
	Závěr	104
6	Rodinná anamnéza	105
7	Měření vitálních funkcí	107
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
8	Diagnostická a terapeutická technika (Táňa Bulíková)	131
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	Inzulinová pumpa	157
8.2.5	PAH pumpa (pumpa pro léčbu plicní arteriální hypertenze)	160
8.2.6	Míšní stimulátor	162
	Závěr	163
9	Vyšetření pomocí smyslů – pohled, pohmat, poklep, poslech	165
9.1	Vyšetření zraku – 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
10	Fyzikální vyšetření	177
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 zadrženého ve vazbě	186
10.4	Vyšetření při události s hromadným postižením osob	187
10.5	Pediatrické vyšetření	188
11	Celkový stav (status generalis)	189
	Příznaky týraného dítěte	194
12	Lokální stav orgánových systémů (status localis)	195
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

13	Varovné příznaky	225
14	Patognomické příznaky a syndromy	235
15	Paradoxní nálezy a jejich interpretace	241
16	Vedení zdravotnické dokumentace	245
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
	Literatura	261
	Rejstřík	265
	Souhrn	269
	Summary	271

Seznam zkratk

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 síníové stahy
EtCO ₂	end tidal CO ₂ , koncentrace CO ₂ na konci výdechu
etCO ₂ , PetCO ₂	vydechaný CO ₂ 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 ₂	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	nynější onemocnění
NPB	náhlá příhoda břišní
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 ₂	saturace O ₂ v arteriální krvi
SAP	sensor augmented pump, pumpy spolupracující se senzorem
SCS	spinal cord stimulation, míšní stimulace
SH	subdurální hematom
SpO ₂	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 odebírání 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 vyšetřovou 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?

Knižka 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 usměrni 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 výpovědi: 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 diskrétnosti 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 odebírat 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 blokují 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 přerušení 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

jsou malé děti, uvažovat nad tykáním je už třeba u mladistvých od přibližně 12 let a tykání můžeme použít u mentálně retardovaných, jestliže oni začnou s oslovením zdravotníka „teto“ nebo „strejdo“. Během delšího proslovu pacienta dáme najevo zájem pokyčováním hlavy nebo slovíčky jako „rozumím“, „chápu“, „pokračujte“. Během rozhovoru musíme udržovat co nejdéle oční kontakt s pacientem. Výjimkou jsou psychotičtí pacienti, mohou si po delší dobu upřený pohled vysvětlit jako formu agresivního chování zdravotníka. Vhodnou formou je technika „zrcadlení“, když zopakováním slov pacienta ověřujeme správnost pochopení: „Dobře tomu rozumím, že potíže se opakují v případě...?“

3. **prostředí** – na rozhovor s pacientem musejí být vytvořeny co nejideálnější podmínky, zejména soukromí (často je rušivá i přítomnost jiného zdravotníka, kolegy z posádky nebo příbuzných), zejména v případě závažnějších a intimnějších zdravotních potíží. Na druhé straně je přítomnost dalšího zdravotníka vhodná a potřebná jako svědka. Neměli bychom při odběru anamnézy stát nad sedícím nebo ležícím pacientem, výšková převaha vytvářením dominantního postoje zhoršuje komunikaci. V záchranné službě vystupujeme jako vícečlenný tým a pacienti jsou většinou na přítomnost více osob psychicky připraveni. Důležité je odstranit v místnosti zdroje hluku z pozadí (zvuk televizoru, hudba, rozhovory příbuzných a jiné), které zhoršují slyšitelnost a srozumitelnost pro starší pacienty a ztěžují auskultační vyšetření a měření tlaku krve. Pokud jeden člen týmu vyšetřuje s fonendoskopem, druhý člen týmu se nemůže ptát pacienta a příbuzných, protože mohou uniknout důležité informace.

Otázky pacientovi formulujeme jasně a srozumitelně, s ohledem na jeho vzdělání, inteligenci, momentální psychický stav a také věk (speciální soustředěnost vyžadují krajní věkové skupiny – malé děti a starší lidé). Začínáme se ptát otevřenými otázkami, které umožní, aby pacient začal vyprávět (např. Co Vás trápí? Jaké máte v poslední době potíže?). Otázky mají být neutrální a nesmí naznačovat očekávanou odpověď – sugestivní otázky. Mluvit by měl především pacient, někdy je ho však nutné přiměřeně usměrnit k údajům důležitým pro diagnózu (o kterých si pacient může myslet, že jsou bezvýznamné). Cenné jsou i záporné odpovědi – tedy chybění nějakého příznaku, hlavně pokud se jedná o významné příznaky. Stavby a pocity, které popisuje pacient, nazýváme subjektivními příznaky na rozdíl od objektivních příznaků, které zjišťujeme fyzikálním klinickým vyšetřením. Podle způsobu popisování subjektivních potíží pacienta lze někdy vycítit, že pacient projevy svého onemocnění přeceňuje (**aggravace** – zveličování zdravotních potíží), případně i cíleně vymýšlí (**simulace** – záměrné předstírání a zveličování zdravotních problémů), ale na druhé straně jindy nedoceňuje nebo vědomě či podvědomě skrývá (**dissimulace**). Dissimulace bývá častá u dětí a starších pacientů, kteří se bojí, že projevení příznaků povede k bolestivým injekcím (dětí), případně k pobytu v nemocnici (dětí i starší).

Speciálním případem je hypochondrický pacient (**hypochondrie** – sklon ke zveličování nebo k vsugerování si nemoci, sklon považovat zdánlivé nebo i skutečné potíže za mnohem vážnější a nebezpečnější). Hlavně v takových situacích je nutná dostatečná dávka zkušenosti, ale i citu a pochopení pro motivaci řízení nemocného.

Odpovědi pacienta zapisujeme jeho vlastními slovy, nikoliv odborným slangem. Ne „mívá posturální hypotenzi“, ale „při vstávání z postele se mi točí hlava“, ne „dyspnoe“ ale „nemohu se dobře nadechnout“. Odborné výrazy v zápisu můžeme

použít při konstatování negativní anamnézy, např. dyspnoe a stenokardie pacient popírá. V zapsané anamnéze musíme v závorce uvést zdroj dat, čili nejprve subjektivní údaje pacienta a poté objektivní anamnézu, např. „Říká, že nemůže spát, ale celou noc chrápal“ (manželka).

Odběr anamnézy může být **komplexní**. Ptáme se na vše, co souvisí s pacientovými pocity a stavem. Tento postup není běžný a ani potřebný v akutní medicíně, v nemocnicích se vyžaduje hlavně od studentů na praxi a od mladých začínajících lékařů. Potřebný je při první návštěvě praktického lékaře pro dospělé.

Druhým způsobem je **cílená anamnéza**. Otázky na pacienta jsou počtem limitovány a upraveny podle předpokládané diagnózy, hlavního orgánového postižení nebo informací získaných v minulosti. Tento způsob se používá v akutní medicíně, v jiných medicínských oblastech zkušenými a zaneprázdněnými lékaři. Zatím méně používaným způsobem je počítačový odběr anamnézy, při kterém se online elektronicky zadávají odpovědi na předem připravené otázky podle onemocnění nebo specializace lékaře. Počítačem generovaný sled otázek je používán na operačních střediscích tísňových linek. Počítačem asistované odebírání anamnézy se používá od šedesátých let 20. století a rozšíření se liší v různých zemích a systémech zdravotnictví. V každém případě šetří čas, papír, peníze a výsledky je možné přímo zařadit do zdravotní dokumentace. Výhodou je i, že pacienti při komunikaci s počítačem méně podléhají tendenci uvádět nepravdivé odpovědi. Nevýhodou je, že lékař nevidí mimoslovní komunikaci a projevy hněvu, úzkosti. Ale při odebírání intimních otázek např. na sexuální život bylo až 51 % pacientů velmi spokojeno a 35 % spokojeno s odebíráním anamnézy počítačem. Jen 14 % se necítilo komfortně.

V přednemocničních podmínkách je anamnéza ještě důležitější a úplnější než v jakémkoliv jiném prostředí. V bytě pacienta nebo na místě vzniku úrazu můžeme vidět a zjistit okolnosti a fakta, ke kterým se žádný jiný zdravotník nemá šanci dostat. Anamnestické údaje nezjištěné a nezaznamenané na místě jsou nenahraditelně a definitivně ztracené. Je obrovskou odpovědností využít pobyt na místě vzniku onemocnění/úrazu na obhlídku místa a zjištění všech relevantních faktů, jako např. zbytky potravy, konzumaci škodlivin, domácí zvířata, celková hygiena obydlí a jiné. Snaha registrovat celkový vzhled pacienta, příbuzných, svědků, prostředí může být obtížná a frustrující, neboť mnohdy neumíme předpokládat, co se ukáže jako důležité již krátce po našem odchodu z místa úrazu nebo vzniku náhlého onemocnění.

1.4 Limity odebírání anamnézy

Poruchy sluchu. U starších pacientů jsou časté, naslouchátko může situaci zlepšit. Je třeba mluvit srozumitelně a pomaleji, používat krátké věty, dívat při mluvení na pacienta a odstranit okolní zdroje hluku (rozhovor příbuzných, rádio, televize). V krajním případě napsat otázku velkými písmeny na papír. Pokud pacient dokáže odezírat ze rtů, je třeba sedět před pacientem v dobrém světle. Při jednostranné poruše sluchu sedíme na zdravé (méně narušené) straně. Starší pacienti s poruchou sluchu se často stydí přiznat, že neslyšeli, a tak odpoví na otázku, která nezazněla. Pokud odpověď zapadne do kontextu, dostaneme falešnou informaci, která ale může znít věrohodně.

Neslyšící. Je třeba se důsledně vyhnout nesprávnému a netaktnímu označení „hluchoněmý“. Považují se za kulturní a jazykovou menšinu. Nezvyšovat hlas a nekřičet,

umožnit odezírání z úst nezakrýváním úst při řeči, nesprávným zvýrazňováním mimiky a modulace hlasu. Omezit okolní zvuky, vzhledem k jejich omezené slovní zásobě nepoužívat málo frekventovaná a cizí slova, důležité vyjádření je možné i napsat, ironii v hlase nelze rozeznat, nepoužívejte ji. Mluvte přímo s neslyšícím, i když je v přítomnosti jejich rodinný příslušník.

Poruchy zraku. Katarakta, glaukom a makulární degenerace jsou ve stáří časté. V místnosti by mělo být jasné osvětlení (paradoxně staří lidé šetří na osvětlení a v místnostech, kde se zdržují, bývá obvykle přitímní).

Mentální poruchy – demence. Často je přítomna i u pacientů, kteří jsou na první pohled fyzicky v dobré kondici. Charakteristické jsou zapomnětlivost, opakování a neadekvátní odpovědi. Postupné zhoršování mentálních funkcí rodina registruje a umí popsat. Pacient dokáže exaktně diskutovat o činnostech, které dělal celý život, ale v nestandardní, nečekané situaci neumí racionálně reagovat, intelektuálně selže.

Citlivá témata

Mentální zdraví. Nejprve otevřenými otázkami zjišťujeme postoj k psychickým problémům a nemocem: „Měl jste někdy citové (emoční) nebo psychické problémy?“ Následuje cílenější otázka: „Navštívil jste někdy psychologa nebo psychiatra?“ „Užíval jste někdy léky na citové a psychické problémy?“ „Byl jste Vy nebo někdo z rodiny v nemocnici kvůli psychickým problémům?“ Není vhodné podceňovat diskretní a skryté nářáky v řeči pacienta na slabost, únavnost, ztrátu chuti k jídlu a hmotnosti, nespavost a netypické tělesné projevy. Cílené úvodní otázky na duševní zdraví mohou znít následovně: „Cítil jste se v posledních 2 týdnech na dně, depresivně nebo beznadějně?“ a „Měl jste v posledních 2 týdnech pocit, že se Vám nic nechce dělat a z ničeho nemáte radost?“ a případně i „Napadly Vás někdy myšlenky o ublížení si, nebo o ukončení života?“ Pacienti se schizofrenií a jinými cyklickými psychózami někdy dobře fungují v rámci svého okolí a umějí přesně popsat svou diagnózu, léčbu, pocity, hospitalizaci i svůj postoj k nemoci a potřebu hospitalizace nebo psychiatrické kontroly. Někdy je návrh hospitalizace pro ně úlevou, jindy se slovně brání, ale pokud lékař/zdravotník důrazně formulují potřebu hospitalizace, dají se přesvědčit a spolupracují při transportu.

Rodinné násilí. Oficiální statistiky jsou alarmující, ale i tak mluví jen o špičce ledovce. Čím více budeme na toto téma myslet, tím častěji se s ním budeme setkávat. Zjišťování začínáme bez přítomnosti jiných osob a neutrální otázkou: „Zneužívání (častěji žen) je v dnešní době tak časté, že následující otázky kladu pravidelně“: „Máte občas pocity, že se necítíte bezpečně, nebo máte obavy?“ Na možnost zneužívání je třeba myslet při následujících situacích: některá poranění nejsou vysvětlitelná mechanismem úrazu, pacient je skrývá, nebo otázky vedou k rozrušení, pozdnímu ošetření poranění (odstup hodin a dní mezi úrazem a vyhledáním pomoci), některá poranění se vyskytují opakovaně, partner nebo pečovatel (zákonný zástupce) mají problém s alkoholem a drogami, někdo z příbuzných dominuje při odběru anamnézy, nechce opustit místnost nebo působí nevyrovnaným dojmem.

Překlady do cizích jazyků

Při potřebě překladu do cizích jazyků, a to nejen exotických, je třeba pamatovat na některé zásady. Pokud překládá rodinný příslušník nebo přítel vyšetřované osoby, nemusí přeložit to, co říkáme, bojí se, že slova budou chápána jako jeho názor a ne

výrok zdravotníka. Při vyjadřování musíme používat striktně jednoduchá slova, bez jakéhokoliv náznamu odborného žargonu a zkratk, protože pro překladatele jsou i jednoduché věty nezvyklé. Při mluvení je třeba se dívat na pacienta, ne na tlumočníka, aby nám neutekl výraz tváře. Ideální je, pokud tlumočník sedí za našimi zády a my tváří k pacientovi. Na druhé straně existuje i možnost, že kontrola výrazu obličeje je součástí kultury. Když je tlumočníkem osoba opačného pohlaví než pacient, může postižený na některé otázky odpovědět zkresleně nebo bude některé problémy absolutně ignorovat. Při podezření na problémy s tlumočením se ptáme pacienta, aby zopakoval, co plánujeme dělat, v rámci kontroly správnosti pochopení.

Po letech totalitního režimu ve zdravotnictví stále mnozí zdravotníci předpokládají, že když nás někdo zavolal, abychom pomohli s problémem, nebo přijde do zdravotnického zařízení, automaticky předem souhlasí se vším jednáním. Při prvním setkání s cizincem z blízké sousedící evropské země je takový zdravotník překvapen, když se pacient ptá, proč nestačí tabletka místo injekce, při rozbalení tlakoměru zjišťuje, proč jdeme měřit tlak, co od toho očekáváme a co budeme dělat pak (přesto, že už mu v minulosti měřili tlak tisíckrát). O to více musíme zapojit naši empatii a společenský takt při setkání s pacientem z jiné geografické oblasti.

1.5 Součásti anamnézy

- **osobní údaje pacienta** – jméno, adresa, bydliště, telefonický kontakt na blízkou osobu, zdravotní pojišťovna. Často máme některé osobní údaje k dispozici ze systému po zadání adresy a jména volajícího. Po příchodu k pacientovi začínáme nejčastěji s otázkami na nynější onemocnění. I když umíme ošetřit pacienta bez jakýchkoliv údajů, někdy je pohled na datum narození stejný jako datum ošetřování pacienta (rozptyl 2–3 dny) a může vysvětlit netypické příznaky, jako např. změny chování z bilancování dosavadního života v rámci jubileí, dehydrataci po příjmu alkoholu v rámci oslav, psychické problémy z rodinného oslavného shromáždění, psychický vliv na somatické onemocnění a jiné.
- **nynější nemocnění** – ptáme se na příčinu volání na tísňovou linku, jaké potíže má, kdy se objevily a jak se měnily, jejich výskyt v minulosti a frekvenci výskytu.
- **osobní anamnéza**
 - **předchorobí** – ptáme se na onemocnění, které dosud překonal, na které se léčí nebo léčil, na operace, které podstoupil, na úrazy apod.
 - **léková/farmakologická anamnéza** – jaké léky pacient užívá, jaké má předepsané a neužívá, ideální je fyzická kontrola léků, vyjmenování pacientem nestačí. Zjišťovat i chemické doplňky, výživy, čaje, dobrovolné a vynucené dietní omezení. Zjišťujeme volně prodejné léky, které pacienti za léky nepovažují.
 - **alergická anamnéza** – zjišťujeme, zda má pacient alergii na léky, potraviny, jiné chemické nebo biologické látky (jód, pyl, prach apod.)
 - **zvyky a zlozvyky (abúzy)** – množství a frekvenci konzumace alkoholu, kávy, cigaret, drog, způsob života, fyzické aktivity
 - **fyzilogické funkce** – problémy s močením, se stolicí, kvalita a délka spánku, chuť k jídlu, hubnutí, přibírání apod.
 - **sexuální anamnéza** – není typickou součástí anamnézy v neodkladné přednemocniční péči, její odběr je výrazně závislý na vzájemné důvěře, ale může

pomoci při diagnostice psychických poruch-deprese, fobií, panických reakcí. Zjišťujeme spokojenost se sexuálním životem, stabilitu partnerských vztahů, libido, schopnost erekce atd.

- **gynekologická anamnéza** – u žen, ptáme se na začátek a konec menstruačního cyklu, jeho nepravidelnosti, počet těhotenství, počet porodů, potratů umělých a spontánních, antikoncepci, hormonální substituční léčbu, průběh klimakteria.
- **rodinná anamnéza** – onemocnění rodičů, sourozenců a dětí (pokrevní příbuzní). U rodičů zjišťujeme onemocnění diabetes, alergie, hypertenzi, kardiovaskulární onemocnění, obezitu, psychická a nádorová onemocnění, u nichž je známa rodinná predispozice. Při kardiovaskulárních onemocněních (KVO) i věk úmrtí.
- **sociální a pracovní anamnéza** – kde pacient pracuje/pracoval, případně škodliviny na pracovišti, spokojenost s povoláním, v jakých podmínkách a s kým žije, zda se má o něj kdo postarat.
- **dětská onemocnění** – ptáme se nejen na prodělaná dětská onemocnění, ale také na očkování, reakci na očkování, psychomotorický vývoj. Tato část anamnézy je důležitější u dětí než u onemocnění dospělých pacientů.
- **epidemiologická a cestovatelská anamnéza** – pobyt v cizích zemích, na jiných kontinentech, kontakt s osobami s možností nakažení (hepatitida – toxikomani, TBC – sociální slabší, HIV – promiskuitní) za posledních 30 dní. Quadraginta (lat.), kvarantina (ital.) – karanténa, izolace po návratu z jiných zemí 40 dní byla maximální známá inkubační doba, uplatňuje se od 14. století.
- **sportovní anamnéza** – méně častá a v akutní medicíně nevyužívaná součást anamnézy může nabýt význam při sportovních úrazech. Opakované otřesy mozku sportovce mohou vést k nečekanému úmrtí zdánlivě bez příčiny.
- **rehabilitační anamnéza** – podobně jako sportovní není podstatná, ale pokud vznikne náhle onemocnění během rehabilitace, pobytu v lázních a podobně, nabývá na důležitosti zátěž, trvání a charakter procedur, teplota prostředí a jiné.

Výše uvedené pořadí nemusí být vždy zachováno, závisí na zvyklostech a zkušenostech lékaře a závažnosti zdravotního stavu pacienta. V akutní medicíně při stavech ohrožení života, selhávání nebo hrozby selhání základních životních funkcí musíme tyto hrozby identifikovat v prvních desítkách sekund po příchodu k postiženému. Při chronických, ne akutních stavech, si můžeme dopřát ten luxus, abychom nejprve podrobně a dokonale zjistili vše o pacientovi a jeho potížích, jeho rodině a okolním prostředí. **V náhlých situacích se anamnéza, fyzikální a přístrojové vyšetření, diagnostika, ošetrovatelské postupy a léčba musí vzájemně prolínat, doplňovat a pozitivně synergicky ovlivňovat.** Při odebírání anamnézy souběžně s prvotním vyšetřením využíváme managerské pravidlo 80/20. Osmdesát procent anamnézy odebereme za 20 % celkového potřebného času, zbývajících 20 % anamnézy zjišťujeme 80 % z celkového času. Uměním je vědět, která anamnestická fakta patří do které skupiny, aby se nestalo, že sice budeme mít absolutně kompletní anamnézu, ale než ji získáme, pacient zemře.

1.6 Kulturní a religiózní odlišnosti

S rozvojem turismu a globalizace se setkáváme s pacienty nejen z našeho kulturního, náboženského a sociálního prostředí, ale také z jiných kultur. K pochopení odlišností, které mohou komplikovat anamnézu i vyšetření, stačí romská menšina, od které nemůžeme očekávat, že v případě náhlého onemocnění změní své návyky, instinkty a bouřlivé emoce, když se tak těžko mění i v rámci dlouhodobého vývoje v klidových podmínkách. Romové si staletí zachovávají svou kulturu, řeč, zvyky, způsob života v rodině v nejširším slova smyslu. Vždy byli převážně kočovníci žijící v početné komunitě, která se postarala o každého svého člena zabezpečením bydlení, stravování, specifického způsobu vzdělávání příkladem a vyprávěním, ochranou proti nepřátelskému okolí. Zákazem kočování, odříznutím od tradičních a typických řemesel, trháním rodiny odchodem dětí do škol a mužů do práce mimo osady, náhradou příjmu z práce sociálními dávkami a stěhováním do měst se narušily jejich rodinné vztahy a vazby s majoritní komunitou. Jejich nedůvěřivost je pochopitelná, pokud víme, že už od 6. až 7. století žijí v Evropě na okraji společnosti, diskriminováni sociálně, ekonomicky i politicky. Dělat si iluze, že se změní a budou jako majoritní společnost, je nereálné. Při ošetřování v rámci urgentní péče Romové očekávají od nás to, co od svých přírodních autorit, my od nich očekáváme postoje typické pro neromské obyvatelstvo. Zdravotníci jsou při vyšetřování v pozici silnějšího z partnerů, proto se očekává, že se v rozumné míře přizpůsobí.

Multikulturních rozdílů je nesčetné množství. Častokrát ani neumíme zařadit pacienta do konkrétního sociálně, kulturně-náboženského rámce, protože jak oblečení, tak i etnický vzhled nemusí být určující. Existují však obecné zásady, jejichž respektováním se vyhneme možným problémům. Rozdíly mezi náboženstvími se týkají hlavně způsobu oblékání, stravování a zajištění, modlení, dodržování svátků, svatých symbolů a písemností.

Při přístupu k akutnímu pacientovi je třeba postiženého tak jako vždy a každého především oslovit, představit se jménem a kvalifikací, vysvětlit důvod poskytování péče, požádat o dovolení položit otázky a začít vyšetření. I během vyšetřování je třeba vysvětlovat postup, nálezy a jejich význam a další postup. V mnoha společenstvích ženy mohou vyjádřit svůj názor, ale rozhodnutí dělá formálně muž nebo nejstarší mužský člen rodiny. Dotyky mezi pohlavími mohou být i při první pomoci problematické. Proto např. při zastavování krvácení je vhodné, pokud tlak v ráně provádí osoba stejného pohlaví, jako je postižená osoba. Udržování očního kontaktu při anamnéze a vyšetřování se většinou považuje za správné a dívat bokem je projev neúcty. V jiných kulturách je přímý oční kontakt projevem hrubosti. Osobní prostor je v různých společenstvích různě velký a jeho narušení způsobí komunikační problém. Doteky zdravotníka v okolí genitálií pacienta jsou vždy vyrušující, ale někdy už jen slovní zmínka o genitáliích je nevhodná až tabu. Svlečení pacienta není vždy nutné. V některých kulturách jsou částem oblečení a různým amuletům připisovány ochranné a léčivé síly, proto je neodstraňujeme, pouze odsuneme stranou. Způsob řeči hlasitým a rázným způsobem se nám může jevit jako hněv, v jiném prostředí je naše hlasité a výrazné vysvětlování chápáno jako nedostatek úcty až slovní agrese. „Ano“ v řeči pacienta-cizince nemusí znamenat souhlas, ale jen znak, že poslouchá a rozumí. Někdy je gestikulace pacienta tak výrazná, že nás může překvapit i lekat, jindy budeme nedůvěryhodní, protože hovoříme bez přiměřené a doplňující gestikulace.

Gastrointestinální problémy bývají označovány jako potíže s játry, o nauzeu, zvracení, stolicí a močením se nemluví. Průjem u dítěte může být interpretován jako uhranutí čarodějnicí. Dyspnoe se chápe jako příznak blížící se smrti a v některých kulturách vyvolá akutní úzkost a hyperventilaci. Únava je považována za projev anémie nebo přemístění životní síly. I minimální ztráta krve výrazně oslabuje organismus, žena je během menstruace nečistá a neměla by se dotýkat ani sama sebe. Podání kyslíku znamená, že stav pacienta je výrazně vážnější, než ve skutečnosti je. Onemocnění je způsobeno mimozemskými silami, projevem špatné morálky nebo jen zkouškou věrnosti bohem.

Religiózní rozdíly mezi jednotlivými náboženstvími jsou obrovské, ale rozdíly existují i v rámci jedné víry podle oblastí, rodin, jednotlivců a mezi mladými a staršími. Některé se týkají akutní zdravotní péče jen okrajově, jako např. způsob trávení předepsaných svátků nebo nakládání s mrtvým tělem a příprava na pohřeb. Jiné ovlivňují vyšetření a léčbu. Mnohé denominace používají pravou ruku výlučně k jídlu a levou na jiné činnosti. I naši pravou ruku považují za čistou a levou za „nečistou“. Je třeba přizpůsobit se pro tyto důvody i při zajišťování i.v. linky. Půst nebo speciální dietní návyky jsou časté. Znalost postních dnů nebo období může pomoci při případné diagnostice hypoglykemie, dehydratace nebo abdominálních problémů. Ale i při ovlivnění užívání léků vázaných na příjem potravy. Věřící všech náboženství i sekt nosí a používají symboly, které jsou pro ně nedotknutelné. Modlitební a svaté knihy můžeme vzít z rukou věřícího jen po speciálním souhlasu a dostatečném odůvodnění. Podobné platí i pro náboženské symboly a modlitební pomůcky. Posvátným mohou být i části těla jednotlivých věřících až tak, že pacient odmítne vyšetření i operaci, pokud by to bylo spojeno např. se ztrátou tělesného ochlupení nebo chemoterapii kvůli ztrátě vlasů. Vyšetřování a ošetřování zdravotníkem stejného pohlaví je pro některé skupiny věřících absolutní podmínkou. I v případech, pokud tomu tak není, je třeba být maximálně nevtíravým a zdrženlivým. Náboženství vycházející z křesťanské tradice nemají mimořádné požadavky týkající se ošetřování v akutních situacích. Nejčastější odlišnosti u nejčastějších etnik a náboženství, se kterými se setkáváme ve střední Evropě, jsou ve zkratce v následujícím textu.

Romové

Život chápou jako horizont. Nehromadí věci ani netouží po moci, odmítají šetřit peníze. Žijí ze dne na den. Radost z vlastnictví znají pouze při rozdávání. Za bohatého považují pouze toho, kdo hodně rozdal. Jejich touha po volnosti a svobodném životě umí překročit všechna negativa všedního dne. Jsou až překvapivě optimističtí. I přes nabízené materiální výhody žijí raději v bídě, ponížení, ale s hrdým pocitem svobody, volnosti a s pocitem, že jsou pány země. Romové žijí v jiném rámci všedního světa než většinová populace. Jejich časovým horizontem je přítomnost, pohyb je jejich způsobem života, cílem je přežít za takových podmínek, které je obklopují, a jejich nedotknutelnou hodnotou je rodina a rodinné tradice. Jedním z nejslabších článků početné silné romské komunity na Slovensku jsou kromě nízké úrovně vzdělání i špatné zdravotní a hygienické podmínky jejich života. Na nízkém životním standardu se kromě toho podepisuje i chudoba a vysoká nezaměstnanost.

Život má pro Romy nejvyšší hodnotu. Vše, co vede k zachování, zmnožení a pokračování života, má vysokou hodnotu. Vše, co život ohrožuje nebo omezuje, je vnímáno negativně. Romové si uchovali i mnoho hodnot, které jsou typické pro jejich kulturu.