

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. Vynahrad'te 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

Upozornenie pre čitateľov a používateľov tejto knihy

Všetky práva vyhradené. Žiadna časť tejto tlačenej či elektronickej knihy nesmie byť reprodukováaná 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 neкардиológov. 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 funkciách 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 Journal 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 záchranským krížom za celoživotný prínos pre záchránárstvo.

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 Súčasť 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 Špecifická anamnéza 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 päťam	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	Živospráva – 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, posluh	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 päťam	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	Patogénické 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, taxa – pomôcka neurologického vyšetrenia
fD	frekvencia dýchania
FF	fyziológické 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, pumpa 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 eleváciou ST
SVT, PSVT	supraventrikulárna tachykardia, paroxyzmálna SVT

SZ	srdcové zlyhanie
TBC	tuberkulóza
TIA	transitory ischemic attack, tranzitórna ischemická príhoda
T-ICD	transvenózný 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 vyšetřovania v časovej, priestorovej a materiálnej tiesni miesta vzniku náhleho ochorenia alebo úrazu. Zriedkavo je to elegantná a prepychovo zariadená domácnosť, častejšie malá miestnosť s minimálnym alebo žiadnym osvetlením, s imobilným pacientom v najvzdialenejšom kúte alebo na najvyššom poschodí rodinného domu po prístupe úzkym schodišťom so skrinkami, kvetmi a soškami (alebo haraburdami) v ceste, s pozorovateľmi v podobe neutrálnych, chápujúcich alebo aj priamo nepriateľsky nalaďených príbuzných. Príliš často je našou vyšetřovňou ulica, pivnica, záhrada, osvetľovacím telesom okrem čelových lúčov a reflektorov vozidla Ambulancia slipeňajúci 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 nespokupracujúcom 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 vyšetření?

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

Učebnica je určená prednostne nelekárskym zdravotníckym profesiám pracujúcim v prednemocničnej a nemocničnej urgentnej zdravotnej starostlivosti, ale nepochybujem, na základe vlastných skúseností, že v nej nájdú užitočné informácie aj mladší lekáři záchrannej zdravotnej služby a urgentných príjmových oddelení. Každý z nás, týka sa to hlavne lekářov, začínal svoje praktické medicínske vzdelávanie až po promócií 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 lekáři 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 patientsku 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 anticom 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 ciele 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 dopĺňujeme cieľenými otázkami, ktoré nesmú byť sugestívne. Dobrým postupom je „zrkadlenie“, keď niektoré vety, slovné zvraty pacienta zopakujeme, aby sme naznačili svoju účasť a overili si správne pochopenie. Sugestívna otázka naznačuje, akú odpoveď chceme počuť: „Dýcha sa vám ťažko?“ namiesto „Ako sa vám dýcha?“ alebo „Ešte stále to bolí?“ namiesto „Cítite nejakú zmenu?“. Anamnézu v časti terajších ťažkostí pacienta odoberáme v dvoch fázach: prvotné vypočutie, kedy necháme voľne rozprávať pripravené referovanie a druhotné vypočutie, kedy môžeme kľásť dopĺňujúce 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 zdravotníkovi, 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 zmiašť. Typicky u starších a osamelých, ktorých prídu navštíviť dospelé deti a na otázku, ako sa má, starý rozpovie, že má bolesti, zle sa mu dýcha, chodí, nechutí mu jesť a celým vyjadrením len chce dať najavo, že ho rodina navštevuje málo a zanedbávajú ho v jeho trápeniach. Okamžite nasleduje volanie na tiesňovú linku, aby ukázali, že sa o svojho starého vedia postarať. Ak lekár vypočuje anamnézu od návštevy, môže mať pocit, že bude treba resuscitáciu. Ak sa opýta starého, odkedy má vymenované príznaky, dozvie sa, že už niekoľko rokov, mesiacov, týždňov, a nič sa v posledných dňoch nezmenilo.

1.2 Charakteristiky anamnézy

1. Anamnéza má **prognostické vlastnosti**. Dĺžka trvania bolesti za hrudnou kosťou rozhoduje o rozdieloch medzi nestabilnou anginou pectoris a infarktom myokardu, trvanie príznakov cievnej príhody mozgu rozhoduje o tom, či sa stihne podať trombolytická liečba a úprava bez následkov je možná, alebo sa liečbou už len bude brániť vážnym komplikáciám.
2. Anamnéza má **forenzné dôsledky**. Pripútanie v aute môže byť dôležité pre finančné plnenie poisťovne, popis nájdenia zranených a mŕtvych na sedadlách môže pomôcť určiť vodiča auta v momente nehody. Popis použitých/nepoužitých bezpečnostných prvkov (prilby, rukavice, zábrany) pri pracovnom úraze môže pomôcť pracovníkovi, alebo usvedčiť zamestnávateľa. Zatiaľ sa na forenznú stránku kladie dôraz iba pri sťažnosti, neskôr bude môcť byť anamnéza využitá pri regresoch, trestnom stíhaní, ale aj pri oslobodení spod obžaloby.
3. Anamnéza je sama o sebe **diagnostická**. Pri angine pectoris rozhoduje o diagnóze jedine anamnéza, EKG a iné vyšetrenia môžu byť pri latentnej ischemickej chorobe dlho normálne. Pri úrazoch zistenie mechanizmu úrazu a jeho popis svedkami môžu rozhodnúť o vážnom podozrení na poškodenie 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.

5. Anamnéza je **diskrétna**. Pýtame sa na údaje, ktoré by pacient nepovedal nikomu cudziemu, okrem zdravotníkov. Tým „cudzím“ môže byť aj manželka, prípadne iný člen rodiny. Nesmieme sa pýtať na chúlостivé veci na verejnosti, na pracovisku, pred rodinnými príslušníkmi. Čo je chúlостivé? Záleží na prostredí, veku a rodinnom vzťahu. Starší manželia už o sebe vedia všetko, ale aj tu môžu byť výnimky. Jeden z nich vie o svojom nevyliciteľnom ochorení, ale zamlčí to pred partnerom, aby ho nerozrušil. Rodičia nemusia vedieť o antikoncepcnej liečbe svojej neplnoletej dcéry, manžel nebol informovaný o ukončení tehotenstva manželky. Na pracovisku sa nebudeme pred kolegami vypytovať na predchádzajúce epileptické záchvaty, ale ani na prekonané infarkty. Citlivých variácií na možnosť porušenia diskretnosti je nekonečne veľa aj v domácnostiach, aj na verejnosti.
6. Anamnéza je **chronologická**. Príznaky vymenuje postihnutý podľa svojho hodnotenia ich závažnosti, ale nie v časovom postupe, ako vznikali. Iná diagnóza sa ponúka, ak náhla dušnosť vznikla pár dní po operácii, iná, ak je dušnosť už niekoľko rokov pri námahe a teraz vznikla v pokoji. Trvanie príznakov rozhoduje o spôsobe a trvaní liečby, napr. pri akútnom infarkte myokardu, cievnej mozgovej príhode, zasypaní a stlačení tkanív, trvaní resuscitácie. Zaznamenávame dĺžku trvania aj spôsob riešenia prekonaných ochorení, dokumentujeme presné časové údaje jednotlivých udalostí.
7. **Rozpory** v anamnéze **medzi rodinnými príslušníkmi** a nepravdepodobné vysvetlenia vzniku poranení svedčia o zamlčovaní a možnom kriminálnom pozadí (týrané dieťa, fyzické napadnutia a rodinné násilie).

1.3 Princípy odberu anamnézy

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

1. **dostatok času** – chorý musí mať pocit, že sa neponáhľame preč. Aj pri nedostatku času nedávame najavo, že sa ponáhľame. Netrpezlivosť, nesúhlas s postojom pacienta a rozhorčenie blokujú optimálnu komunikáciu. Lekár zvykne prerušiť pacienta pri popise ťažkostí po 15 – 18 sekundách, tým pacienta zablokuje a nedozvie sa tie najdôležitejšie príznaky, ktoré si podvedome necháva na koniec. Väčšina pacientov skončí spontánne do 2 minút. Počúvať bez prerušenia 45 sekúnd je dobrým kompromisom.
2. **záujem** – chorý by mal cítiť, že sa dokážeme vžiť do jeho ťažkostí (empatia). Postoj, gestá, tón reči, očný kontakt – to všetko musí ukazovať záujem. Poznámky si

robíme len úchytkom, ak pacient hovorí niečo dôležité, položíme pero a počúvame. Pacienta zásadne oslovujeme menom, napr. pani X, pán Y, nikdy nie familiárne (ujo, babka a pod.). Ani mladistvým netykáme, aj k postihnutým pod vplyvom omamných látok sme zdvorilí ako zdravotník k chorému. Výnimkou sú malé deti, uvažovať nad tykaním už treba pri mladistvých od približne 12 rokov a tykanie môžeme použiť u mentálne retardovaných, ak oni začnú s oslovením zdravotníka „teta“ alebo „ujo“. Počas dlhšieho preslovu pacienta dáme najavo záujem pokyvovaním hlavy, alebo slovíčkami ako „rozumiem“, „chápem“, „pokračujte“. Počas rozhovoru musíme udržiavať čo najdlhšie očný kontakt s pacientom. Výnimkou sú psychotickí pacienti, môžu si po dlhšiu dobu uprený pohľad vysvetliť ako formu agresívneho správania zdravotníka. Vhodnou formou je technika „zrkadlenia“, keď zopakovaním slov pacienta overujeme správnosť pochopenia: „Dobre rozumiem, že ťažkosti sa opakujú v prípade...?“

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

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

Špeciálnym prípadom je hypochondrický pacient (**hypochondria** – sklon k zveličovaniu alebo k vsugerovaniu si choroby, sklon považovať zdanlivé alebo i skutočné

ťažkosti za omnoho vážnejšie a nebezpečnejšie). Hlavne v takýchto situáciách je potrebná dostatočná dávka skúsenosti, ale i citu a pochopenia pre motiváciu konania nemocného.

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

Odbor anamnézy môže byť **komplexný**, pýtame sa na všetko, čo súvisí s pacientovými pocitmi a stavom. Tento postup nie je bežný a ani potrebný v akútnej medicíne, v nemocniciach sa vyžaduje hlavne od študentov na praxi a od mladých začínajúcich lekárov. Potrebný je pri prvej návšteve praktického lekára pre dospelých. Druhým spôsobom je **cílená anamnéza**, otázky na pacienta sú počtom limitované a upravené podľa predpokladanej diagnózy, hlavného orgánového postihnutia alebo informácií získaných v minulosti. Tento spôsob je používaný v akútnej medicíne v iných medicínskych oblastiach skúsenými a zaneprázdnenými lekármi. Zatiaľ menej používaným spôsobom je počítačový odbor anamnézy, pri ktorom sa online elektronicky zadávajú odpovede na vopred pripravené otázky podľa ochorenia, alebo špecializácie lekára. Počítačom generovaný sled otázok je používaný na operačných strediskách tiesňových liniek. Počítačom asistované odoberanie anamnézy sa používa od šesťdesiatych rokov 20. storočia a rozšírenie sa líši v rôznych krajinách a systémoch zdravotníctva. V každom prípade šetrí čas, papier, peniaze a výsledky je možné priamo zaradiť do zdravotnej dokumentácie. Výhodou je aj to, že pacienti pri komunikácii s počítačom menej podliehajú tendencii uvádzať odpovede, ktoré nie sú pravdivé, ale považujú sa za spoločensky správne v oblasti správneho spôsobu života a dodržiavania zásad zdravej životosprávy. Nevýhodou je, že lekár nevidí mimoslovnú komunikáciu a prejavy hnevu, úzkosti. Ale pri odoberaní intímnych otázok, napr. na sexuálny život, bolo až 51 % pacientov veľmi spokojných a 35 % spokojných s odoberaním anamnézy počítačom. Len 14 % sa necítilo komfortne.

V prednemocničných podmienkach je anamnéza ešte dôležitejšia a obsažnejšia ako v akomkoľvek inom prostredí. V byte pacienta alebo na mieste vzniku úrazu môžeme vidieť a zistiť okolnosti a fakty, ku ktorým sa žiadny iný zdravotník nemá šancu dostať. Anamnestické údaje nezistené a nezaznamenané na mieste sú nenahradiťelné a definitívne stratené. Je obrovskou zodpovednosťou využiť pobyt na mieste vzniku ochorenia/úrazu na obhliadku miesta a zistenie všetkých relevantných faktov, ako napr. zvyšky potravy po konzumácii škodlivín, domáce zvieratá, celková hygiena obydli a iné. Snaha registrovať celkový vzhľad pacienta, príbuzných, svedkov, prostredia môže byť ťažká a frustrujúca, keďže veľakrát nevieme vopred predpokladať, čo sa ukáže ako dôležité už krátko po našom odchode z miesta úrazu alebo vzniku náhleho ochorenia.

1.4 Limity odoberania anamnézy

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

Nepočujúci. Je treba dôsledne sa vyhnúť nesprávnemu a netaktnému označeniu „hluchonemý“. Považujú sa za kultúrnu a jazykovú menšinu. Nezvyšovať hlas a nekričať, umožniť odpozeranie z úst nezakrývaním úst pri reči, nesprávnym zvýrazňovaním mimiky a modulácie hlasu. Obmedziť okolité zvuky, vzhľadom na ich obmedzenú slovnú zásobu nepoužívať málo frekvencované a cudzie slová, dôležité vyjadrenia možno aj napísať, ironia v hlase sa nedá rozoznať, nepoužívajte ju. Rozprávajte sa priamo s nepočujúcim, aj keď je prítomný ich rodinný príslušník.

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

Mentálne poruchy – demencia. Často prítomná aj u pacientov, ktorí sú na prvý pohľad fyzicky v dobrej kondícii, charakteristikami sú zábudlivosť, opakovanie a neadekvátne odpovede. Postupné zhoršovanie mentálnych funkcií rodina registruje a vie popísať. Pacient dokáže exaktne diskutovať o činnostiach, ktoré robil celý život, ale v neštandardnej, nečakanej situácii nevie racionálne reagovať, intelektuálne zlyhá.

Citlivé témy

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

Rodinné násilie. Oficiálne štatistiky sú alarmujúce, ale aj tak hovoria len o špičke ľadovca. Čím viac budeme na túto tému myslieť, tým častejšie sa s ňou budeme stretávať. Zisťovanie začíname bez prítomnosti iných osôb a neutrálnou otázkou: „Zneužívanie

(častejšie žien) je v dnešnej dobe také časté, že nasledujúce otázky kladiem pravidelne: Máte občas pocity, že sa necítite bezpečne, alebo máte obavy?“ Na možnosť zneužívania treba myslieť pri nasledovných situáciách: niektoré poranenia nie sú vysvetliteľné mechanizmom úrazu, pacient ich skrýva, alebo otázky vedú k rozrušeniu, neskoré ošetrenie poranení (odstup hodín a dní medzi úrazom a vyhľadáním pomoci), niektoré poranenia sa vyskytujú opakovane, partner alebo opatrovateľ (zákonný zástupca) majú problém s alkoholom a drogami, niekto z príbuzných dominuje pri odbere anamnézy, nechce opustiť miestnosť alebo pôsobí nevyrovnaným dojmom.

Preklady do cudzích jazykov

Pri potrebe prekladu do cudzích jazykov, a to nielen exotických, treba pamätať na niektoré zásady. Ak prekladá rodinný príslušník alebo priateľ vyšetrovanej osoby, nemusí preložiť to, čo hovoríme, bojí sa, že slová budú chápané ako jeho názor a nie výrok zdravotníka. Pri vyjadrovaní musíme používať striktné jednoduché slová, bez akéhokoľvek náznaku odborného žargónu a skratiek, pretože pre prekladateľa aj jednoduché vety sú nezvyklé. Pri rozprávaní sa treba pozeráť na pacienta, nie na tlmočníka, aby nám neušiel výraz tváre. Ideálne je, ak tlmočník sedí za naším chrbtom a my tvárou k pacientovi. Na druhej strane existuje aj možnosť, že kontrola výrazu tváre je súčasťou kultúry. Keď je tlmočníkom osoba opačného pohlavia ako pacient, môže postihnúť na niektoré otázky odpovedať skreslene, alebo bude niektoré problémy absolútne ignorovať. Pri podozrení na problémy s tlmočením sa pýtame pacienta, aby zopakoval, čo plánujeme robiť, v rámci kontroly správnosti pochopenia.

Po rokoch totalitného režimu v zdravotníctve ešte stále mnohí zdravotníci predpokladajú, že keď nás niekto zavolať, aby sme pomohli s problémom, alebo príde do zdravotníckeho zariadenia, automaticky vopred súhlasí so všetkým našim konaním. Pri prvom stretnutí s cudzincom z blízkej susediacej európskej krajiny je takýto zdravotník prekvapený, keď sa pacient pýta, prečo nestačí tabletka namiesto injekcie, pri rozbalení tlakomera zisťuje, prečo ideme merať tlak, čo od toho očakávame a čo budeme robiť potom (napriek tomu, že už mu v minulosti merali tlak tisíckrát). O to viac musíme zapojiť našu empatiu a spoločenský takt pri stretnutí s pacientom z inej geografickej oblasti.

1.5 Súčasť anamnézy

- **osobné údaje pacienta** – meno, adresa, bydlisko, telefonický kontakt na blízku osobu, zdravotná poisťovňa. Často máme niektoré osobné údaje k dispozícii zo systému pri zadávaní adresy, po príchode k pacientovi začíname najčastejšie s otázkami na terajšie ochorenie. Aj keď vieme ošetriť pacienta bez akýchkoľvek údajov, niekedy pohľad na dátum narodenia rovnaký ako dátum ošetrovania pacienta (rozptyl 2 – 3 dni) môže vysvetliť netypické príznaky, ako napr. zmeny správania z bilancovania doterajšieho života v rámci jubileí, dehydratáciu po príjme alkoholu v rámci osláv, psychické problémy z rodinného oslavného zhromaždenia, psychický vplyv na somatické ochorenia a iné.
- **terajšie ochorenie** – pýtame sa na príčinu volania na tiesňovú linku, aké ťažkosti má, kedy sa objavili a ako sa menili, ich výskyt v minulosti a frekvenciu výskytu.

- **osobná anamnéza**
 - **predchorobie** – pýtame sa na ochorenia, ktoré doteraz prekonal, na ktoré sa lieči alebo liečil, na operácie, ktoré podstúpil, na úrazy a pod.,
 - **lieková/farmakologická anamnéza** – aké lieky pacient užíva, aké má predpísané a neužíva, ideálna je fyzická kontrola liekov, vymenovanie pacientom nestačí. Zisťovať aj chemické doplnky výživy, čaje, dobrovoľné a vynútené diétne obmedzenia. Zvlášť zisťujeme voľne predajné lieky, ktoré pacienti za lieky nepovažujú.
 - **alergická anamnéza** – zisťujeme, či má pacient alergiu na lieky, potraviny, iné chemické alebo biologické látky (jód, peľ, prach a pod.),
 - **zvyky a zlozvyky (abúzy)** – množstvo a frekvenciu požívania alkoholu, kávy, cigariet, drog, spôsob života, fyzické aktivity,
 - **fyziológické funkcie** – problémy s močením, so stolicou, kvalita a dĺžka spánku, chuť do jedla, chudnutie, príberanie a pod.,
 - **sexuálna anamnéza** – nie je typickou súčasťou anamnézy v neodkladnej prednemocničnej starostlivosti, jej odber je výrazne závislý od vzájomnej dôvery, ale môže pomôcť pri diagnostike psychických porúch – depresie, fóbií, panických reakcií. Zisťujeme spokojnosť so sexuálnym životom, stabilitu partnerských vzťahov, libido, schopnosť erekcie a i.,
 - **gynekologická anamnéza** – u žien sa pýtame na začiatok a koniec menštruačného cyklu, jeho nepravidelnosti, počet gravidít, počet pôrodov, potratov umelých a spontánnych, antikoncepciu, hormonálnu substitučnú liečbu, priebeh klimaktéria.
- **rodinná anamnéza** – ochorenia rodičov, súrodencov a detí (pokrvní príbuzní). U rodičov zisťujeme ochorenia na diabetes, alergie, hypertenziu, kardiovaskulárne ochorenia, obezitu, psychické a nádorové ochorenia, u ktorých je známa rodinná predispozícia. Pri kardiovaskulárnych ochoreniach (KVO) aj vek úmrtia.
- **sociálna a pracovná anamnéza** – kde pacient pracuje/pracoval, prípadné škodliviny na pracovisku, spokojnosť s povoláním, v akých podmienkach a s kým žije, či sa má o neho kto postarať.
- **detské ochorenia** – pýtame sa nielen na prekonané detské ochorenia, ale aj na očkovania, reakciu na očkovania, psychomotorický vývoj. Táto časť anamnézy je dôležitejšia u detí ako pri ochoreniach dospelých pacientov.
- **epidemiologická a cestovateľská anamnéza** – pobyt v cudzích krajinách, na iných kontinentoch, kontakt s osobami s možnosťou nakazenia (hepatitída – toxikomani, TBC – sociálne slabší, HIV – promiskuitní) za posledných 30 dní. Quadraginta (lat.), kvarantina (tal.) – karanténa, izolácia po návrate z iných krajín, 40 dní bola maximálna známa inkubačná doba, uplatňuje sa od 14. storočia.
- **športová anamnéza** – menej častá a v akútnej medicíne nevyužívaná súčasť anamnézy môže nadobudnúť význam pri športových úrazoch. Opakované otrasy mozgu športovca môžu viesť k nečakanému úmrtiu zdanlivo bez príčiny.
- **rehabilitačná anamnéza** – podobne ako športová nie je podstatná, ale ak vznikne náhle ochorenie počas rehabilitácie, pobytu v kúpeľoch a podobne, nadobúda na dôležitosti závaž, trvanie a charakter procedúr, teplota prostredia a iné.

Vyššie uvedené poradie nemusí byť vždy zachované, závisí to od zvyklostí a skúseností lekára a od závažnosti zdravotného stavu pacienta. V akútnej medicíne pri stavoch

ohrozenia života, zlyhávania alebo hrozby zlyhania základných životných funkcií musíme tieto hrozby identifikovať v prvých desiatkach sekúnd po príchode k postihnutému. Pri chronických, nie akútnych stavoch, si môžeme dopriať ten luxus, aby sme najprv podrobne a dokonale zistili všetko o pacientovi a jeho ťažkostiach, jeho rodine a okolitom prostredí. **V náhlych situáciách sa anamnéza, fyzikálne a prístrojové vyšetrenie, diagnostika, ošetrovateľské postupy a liečba musia navzájom prelínať, dopĺňať a pozitívne synergicky ovplyvňovať.** Pri odoberaní anamnézy súbežne s prvotným vyšetrením využívame manažérske pravidlo 80/20. Osemdesiat percent anamnézy odoberieme za 20 % z celkového potrebného času, zvyšných 20 % anamnézy zisťujeme 80 % z celkového času. Umením je vedieť, ktoré anamnestické fakty patria do ktorej skupiny, aby sa nestalo, že síce budeme mať absolútne kompletnú anamnézu, ale kým ju získame, pacient zomrie.

1.6 Kultúrne a religiózne odlišnosti

S rozvojom turizmu a globalizácie sa stretávame s pacientmi nielen z nášho kultúrneho, náboženského a sociálneho prostredia, ale aj z iných kultúr. Na pochopenie odlišností, ktoré môžu komplikovať anamnézu aj vyšetrenie, stačí rómska menšina, od ktorej nemôžeme očakávať, že v prípade náhleho ochorenia zmení svoje návyky, inštinkty a búrlivé emócie, keď sa tak ťažko menia aj v rámci dlhodobého vývoja v pokojných podmienkach. Rómovia si stáročia zachovávajú svoju kultúru, reč, zvyky, spôsob života v rodine v najširšom zmysle slova. Vždy boli prevažne kočovníci žijúci v početnej komunite, ktorá sa postarala o každého svojho člena zabezpečením bývania, stravovania, špecifického spôsobu vzdelávania príkladom a rozprávaním, ochranou proti nepriateľskému okoliu. Zákazom kočovania, odrezaním od tradičných a typických remesiel, trhaním rodiny odchodom detí do škôl a mužov do práce mimo osady, náhradou príjmu z práce sociálnymi dávkami a sťahovaním do miest sa narušili ich rodinné vzťahy a vzťahy s majoritnou komunitou. Ich nedôverčivosť je pochopiteľná, ak vieme, že už 6 – 7 storočí žijú v Európe na okraji spoločnosti, diskriminovaní sociálne, ekonomicky aj politicky. Robiť si ilúzie, že sa zmenia a budú ako majoritná spoločnosť, je nereálne. Pri ošetrovaní v rámci urgentnej starostlivosti Rómovia očakávajú od nás to, čo od svojich prirodzených autorít, my od nich očakávame postoje typické pre gadžov. Zdravotníci sú pri pacientovi v pozícii silnejšieho z partnerov, preto sa očakáva, že sa v rozumnej miere prispôbia.

Multikultúrnych rozdielov je nespočítateľné množstvo. Často ani nevieme zaradiť pacienta do konkrétneho spoločenského, kultúrno-náboženského rámca, pretože ako oblečenie, tak aj etnický výzor nemusia byť určujúce. Existujú však všeobecné zásady, ktorých rešpektovaním sa vyhneme možným problémom. Rozdiely medzi náboženstvami sa týkajú hlavne spôsobu obliekania, stravovania a postenia, modlenia, dodržiavania sviatkov, svätých symbolov a písomností.

Pri prístupe k akútnemu pacientovi treba postihnutého tak ako vždy a každého predovšetkým osloviť, predstaviť sa menom a kvalifikáciou, vysvetliť dôvod poskytovania starostlivosti, požiadať o dovoľenie položiť otázky a začať vyšetrenie. Aj počas vyšetrovania treba vysvetľovať postup, nálezy a ich význam a ďalší postup. V mnohých spoločenstvách ženy môžu vyjadriť svoj názor, ale rozhodnutie robí formálne muž, alebo najstarší mužský člen rodiny. Dotyky medzi pohlaviami môžu byť

aj pri prvej pomoci problematické. Preto napr. pri zastavovaní krvácania je vhodné, ak tlak v rane vykonáva osoba rovnakého pohlavia, ako je postihnutá osoba. Udržiavanie očného kontaktu pri anamnéze a vyšetrovaní sa väčšinou považuje za správne a pozeráť bokom je prejav neúcty. V iných kultúrach je priamy očný kontakt prejavom hrubosti. Osobný priestor je v rôznych spoločnostiach rôzne veľký a jeho narušenie spôsobí komunikačný problém. Dotyky zdravotníka v okolí genitálií pacienta sú vždy vyrušujúce, ale niekedy už len slovná zmienka o genitáliách je nevhodná, až tabu. Vyzlečenie nie je vždy potrebné. V niektorých kultúrach sú častiam oblečenia a rôznym amuletom pripisované ochranné a liečivé sily, preto ich neodstraňujeme, len odsunieme nabok. Spôsob reči hlasným a ráznym spôsobom sa nám môže javiť ako hnev, v inom prostredí je naše hlasné a výrazné vysvetľovanie chápané ako nedostatok úcty, až slovná agresia. „Áno“ v reči pacienta – cudzinca nemusí znamenať súhlas, ale len znak, že počúva a rozumie. Niekedy je gestikulácia pacienta taká výrazná, že nás môže prekvapíť aj ľakať, inokedy budeme nedôveryhodný, pretože rozprávame bez prireranej a dopĺňajúcej gestikulácie.

Gastrointestinálne problémy bývajú označované ako ťažkosti s pečeňou, o nauzei, vracaní, stolici a močení sa nerozpráva. Hnačka u dieťaťa môže byť interpretovaná ako urieknutie čarodejnicou. Dyspnoe sa chápe ako príznak blížiacej sa smrti a v niektorých kultúrach vyvolá akútnu úzkosť a hyperventiláciu. Únava je považovaná za prejav anémie alebo premiestnenia životnej sily. Aj minimálna strata krvi výrazne oslabuje organizmus, žena počas menštruácie je nečistá a nemala by sa dotýkať ani sama seba. Podanie kyslíka znamená, že stav pacienta je výrazne vážnejší, ako v skutočnosti je. Ochorenie je spôsobené mimozemskými silami, prejavom zlej morálky alebo len skúškou vernosti bohom.

Religiózne rozdiely medzi jednotlivými náboženstvami sú obrovské, ale rozdiely existujú aj v rámci jednej viery podľa oblastí, rodín, jednotlivcov a medzi mladými a staršími. Niektoré sa týkajú akútnej zdravotnej starostlivosti len okrajovo, ako napr. spôsob trávenia predpísaných sviatkov alebo narábania s mŕtvym telom a príprava na pohreb. Iné ovplyvňujú vyšetrenie a liečbu. Mnohé denominácie používajú pravú ruku výlučne na jedenie a ľavú na ostatné činnosti. Aj našu pravú ruku považujú i. v. linky. Pôst alebo špeciálne diétne návyky sú časté. Poznanie pôstnych dní alebo období môže pomôcť pri prípadnej diagnostike hypoglykémie, dehydratácie alebo abdominálnych problémov, ale aj pri ovplyvnení užívania liekov viazaných na príjem potravy. Veriaci všetkých náboženstiev aj siekt nosia a používajú symboly, ktoré sú pre nich nedotknuteľné. Modlitebné a sväté knihy môžeme zobrať z rúk veriaceho len po špeciálnom súhlase a dostatočnom odôvodnení. Podobné platí aj pre náboženské symboly a modlitebné pomôcky. Posvätným môžu byť aj časti tela jednotlivých veriacich až tak, že pacient odmietne vyšetrenie aj operáciu, ak by to bolo spojené napr. so stratou telesného ochlpenia, alebo chemoterapiu pre stratu vlasov. Vyšetrovanie a ošetrovanie zdravotníkom rovnakého pohlavia je pre niektoré skupiny veriacich absolútnou podmienkou. Aj v prípadoch, ak to tak nie je, treba byť maximálne nevtieravým a zdržanlivým. Náboženstvá vychádzajúce z kresťanskej tradície nemajú mimoriadne požiadavky týkajúce sa ošetrovania v akútnych situáciách. Najčastejšie odlišnosti u najzvyčajnejších etník a náboženstiev, s ktorými sa stretávame v strednej Európe, sú v skratke v nasledujúcom texte.