

Viliam Dobiáš

---

# Klinická propedeutika v urgentnej medicíne

---

**SK**



Viliam Dobiáš

---

# Klinická propedeutika v urgentnej medicíne

---

**SK**

**Doc. MUDr. Viliam Dobiáš, PhD.**

Anestéziológ, intenzivista a špecialista urgentnej medicíny promoval v roku 1974 (LF UK Bratislava), ašpirantúru ukončil v roku 1989 (LF UK) a habilitoval roku 2009 (SZU Bratislava). Viac ako 20 rokov pracoval ako anestéziológ a intenzivista, v záchrannej službe čiastočne od roku 1976 a od roku 1998 na plný úväzok. Venuje sa pedagogickej činnosti na univerzitách v Slovenskej republike a Českej republike od roku 1979.

Ako autor a spoluautor napísal štyri vysokoškolské učebnice a ďalších 155 publikácií, z toho 25 vyšlo v zahraničí. Pôsobil v redakčných radách štyroch časopisov, z toho jedného v zahraničí a je recenzentom v dvoch zahraničných odborných periodikách. Bol prezidentom Slovenskej spoločnosti anestéziológie a intenzívnej medicíny a v súčasnosti je prezidentom Slovenskej spoločnosti urgentnej medicíny a medicíny katastrof. Pôsobí ako hlavný rozhodca medzinárodnej súťaže záchranných tímov Rallye Rejvíz. Je súdnym znalcom, lektorom pre prípravu inštruktorov prvej pomoci a inštruktorom Slovenského Červeného kríža. Držiteľ Diamantovej medaily a Medaily prof. J. Kňazovického za darovanie krvi, Zlatého záchrannárskeho kríža SR za prínos pre záchrannárstvo a Zlatého záchrannárskeho kríža ČR ako člen kolektívu Rallye Rejvíz.

Pôsobiská: Life Star Emergency – záchranná služba, spol. s r. o., Limbach, Slovenská zdravotnícka univerzita Bratislava, Centrum pro výuku urgentní medicíny, Lékařská fakulta, Univerzita Palackého Olomouc.



**Upozornenie pre čitateľov a používateľov tejto knihy**

Všetky práva vyhradené. Žiadna časť tejto tlačenej či elektronickej knihy nesmie byť reprodukováná a šírená v papierovej, elektronickej či inej podobe bez predchádzajúceho písomného súhlasu nakladateľa. Neoprávnené použitie tejto knihy bude **restne stíhané**.

**doc. MUDr. Viliam Dobiáš, PhD.**

## **KLINICKÁ PROPEDEUTIKA V URGENTNEJ MEDICÍNE**

**Spoluautorka kapitoly 7.4 Elektrokardiografia, elektrokardiogram (EKG)**

**MUDr. Táňa Bulíková, PhD.**

### **Recenze:**

MUDr. Táňa Bulíková, PhD. (okrem kapitoly 7.4)

MUDr. Jana Šeblová, Ph.D.

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

---

### **TIRÁŽ TIŠTĚNÉ PUBLIKACE:**

© Grada Publishing, a.s., 2013

Cover Photo © allphoto, 2013

Vydala Grada Slovakia, spol. s r. o.

Moskovská 29, Bratislava

**ISBN 978-80-8090-004-5**

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

**ISBN 978-80-247-4570-1**

ako svoju 5154. publikáciu

Zodpovedná redaktorka Mgr. Miroslava Kováčiková

Sadzba a zalomenie Jan Šístek

Obrázky 3.1, 3.2, 7.1 až 7.14, 8.1, 8.2 a 11.1 podľa podkladov autorov prekreslila Miloslava Krédlová.

Obrázok 7.15 © MUDr. Táňa Bulíková, PhD.

Počet strán 208

1. vydanie, Bratislava, Praha 2013

***Autori a nakladateľstvo ďakujú spoločnostiam Eli Lilly ČR, s.r.o., Falck Záchranná a.s., LSE – Life Star Emergency spol. s r.o., MEDIS Nitra, spol. s r.o. a Záchranná a dopravná zdravotnícka služba Bratislava za podporu, ktorá umožnila vydanie publikácie.***



Vytlačili Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.

*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.*

---

### **ELEKTRONICKÉ PUBLIKACE:**

ISBN 978-80-247-8490-8 (pro formát PDF)

ISBN 978-80-247-8491-5 (pro formát EPUB)

# Obsah

|                                                                        |           |
|------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Zoznam skratiek</b> .....                                           | <b>9</b>  |
| <b>Predslov</b> .....                                                  | <b>11</b> |
| <b>Úvod</b> .....                                                      | <b>12</b> |
| <b>1 Anamnéza všeobecne</b> .....                                      | <b>15</b> |
| 1.1 Definície .....                                                    | 15        |
| 1.2 Charakteristiky anamnézy .....                                     | 17        |
| 1.3 Princípy odberu anamnézy .....                                     | 18        |
| 1.4 Súčasti anamnézy .....                                             | 23        |
| <b>2 Terajšie ochorenie</b> .....                                      | <b>25</b> |
| 2.1 Anamnéza terajšieho ochorenia všeobecne .....                      | 25        |
| 2.2 Charakteristiky anamnézy – terajšie ochorenie .....                | 25        |
| 2.3 Terajšie ochorenie neúrazové a úrazové .....                       | 26        |
| 2.4 Terajšie ochorenie – doplnkové otázky .....                        | 26        |
| <b>3 Anamnéza pri rôznych situáciách a ochoreniach</b> .....           | <b>29</b> |
| 3.1 Bolesť .....                                                       | 29        |
| 3.2 Kardiovaskulárne ochorenia .....                                   | 31        |
| 3.3 Respiračné ochorenia .....                                         | 36        |
| 3.4 Neurologické ochorenia, bezvedomie a kŕčové stavy .....            | 37        |
| 3.5 Tráviaci systém .....                                              | 41        |
| 3.6 Psychické ochorenia .....                                          | 43        |
| 3.7 Endokrinné ochorenia .....                                         | 45        |
| 3.8 Nádorové ochorenie .....                                           | 46        |
| 3.9 Trauma .....                                                       | 47        |
| 3.10 Dopravná nehoda – nehoda na ceste .....                           | 48        |
| 3.11 Domáce násilie .....                                              | 49        |
| 3.12 Alergia .....                                                     | 51        |
| 3.13 Úrazy vplyvom prostredia (chlad, teplo, ionizačné žiarenie) ..... | 52        |
| 3.14 Intoxikácie liekmi, chemikáliami, návykovými látkami .....        | 53        |
| 3.15 Pokročilé tehotenstvo – začínajúci pôrod .....                    | 53        |
| <b>4 Subjektívne príznaky pri rôznych ochoreniach a stavoch</b> .....  | <b>55</b> |
| 4.1 Subjektívne príznaky od hlavy k pätám .....                        | 56        |
| 4.2 Subjektívne príznaky pri kardiálnych ochoreniach .....             | 56        |
| 4.3 Subjektívne príznaky pri respiračných ochoreniach .....            | 60        |
| 4.4 Subjektívne príznaky pri neurologických ochoreniach .....          | 61        |
| 4.5 Subjektívne príznaky pri gastrointestinálnych ochoreniach .....    | 64        |
| 4.6 Subjektívne príznaky – psychické ochorenia .....                   | 67        |
| 4.7 Subjektívne príznaky pri endokrinných ochoreniach .....            | 70        |
| 4.8 Subjektívne príznaky pri ochoreniach močového systému .....        | 72        |
| 4.9 Subjektívne príznaky kostrovo-svalového aparátu .....              | 72        |

|          |                                                                                |            |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 4.10     | Subjektívne príznaky pri úrazoch                                               | 73         |
| 4.11     | Domáce násilie                                                                 | 74         |
| 4.12     | Subjektívne príznaky pri alergii                                               | 75         |
| 4.13     | Subjektívne príznaky pri abúze drog                                            | 76         |
| <b>5</b> | <b>Osobná anamnéza (OA)</b>                                                    | <b>77</b>  |
| 5.1      | Predchorobie                                                                   | 77         |
| 5.2      | Lieková anamnéza (LA)                                                          | 78         |
| 5.3      | Alergická anamnéza (AA)                                                        | 79         |
| 5.4      | Sociálna anamnéza (SA)                                                         | 80         |
| 5.5      | Pracovná anamnéza (PA)                                                         | 81         |
| 5.6      | Gynekologická anamnéza (GA)                                                    | 82         |
| 5.7      | Infekčná/cestovateľská anamnéza (IA)                                           | 82         |
| 5.8      | Návyky a abúzus                                                                | 83         |
| 5.9      | Fyziologické funkcie (FF)                                                      | 84         |
| 5.10     | Životospráva – životný štýl                                                    | 87         |
| 5.11     | Pediatrická anamnéza                                                           | 89         |
| <b>6</b> | <b>Rodinná anamnéza (RA)</b>                                                   | <b>91</b>  |
| <b>7</b> | <b>Merania parametrov vitálnych funkcií</b>                                    | <b>93</b>  |
| 7.1      | Zásady merania                                                                 | 93         |
| 7.2      | Charakteristika pacienta                                                       | 94         |
| 7.3      | Inštrumentálne merania                                                         | 95         |
| 7.3.1    | Pulz                                                                           | 95         |
| 7.3.2    | Tlak krvi                                                                      | 97         |
| 7.3.3    | Dýchanie                                                                       | 101        |
| 7.3.4    | Pulzová oxymetria                                                              | 102        |
| 7.3.5    | Kapnometria, kapnografia                                                       | 103        |
| 7.3.6    | Glukometer                                                                     | 108        |
| 7.3.7    | Teplota tela                                                                   | 108        |
| 7.3.8    | Glasgowská stupnica bezvedomia                                                 | 111        |
| 7.4      | Elektrokardiografia, elektrokardiogram (EKG)<br>(Táňa Bulíková, Viliam Dobiáš) | 113        |
| <b>8</b> | <b>Výšetrenie pomocou zmyslov – zraku, sluchu, hmatu, čuchu</b>                | <b>123</b> |
| 8.1      | Výšetrenie zrakom – inšpekcia                                                  | 124        |
| 8.2      | Výšetrenie hmatom – palpácia                                                   | 127        |
| 8.3      | Výšetrenie poklopom – perkusia                                                 | 130        |
| 8.4      | Výšetrenie sluchom – auskultácia                                               | 131        |
| <b>9</b> | <b>Fyzikálne výšetrenie</b>                                                    | <b>135</b> |
| 9.1      | Prvotné výšetrenie                                                             | 136        |
| 9.1.1    | Vedomie                                                                        | 136        |
| 9.1.2    | Dýchanie                                                                       | 138        |
| 9.1.3    | Krvný obeh                                                                     | 138        |
| 9.1.4    | Krvácanie – vonkajšie                                                          | 139        |

|           |                                                                |            |
|-----------|----------------------------------------------------------------|------------|
| 9.2       | Druhotné vyšetrenie .....                                      | 140        |
| 9.2.1     | Anamnéza .....                                                 | 140        |
| 9.2.2     | Vyšetrenie od hlavy k pätám .....                              | 141        |
| 9.2.3     | Orientačné neurologické vyšetrenie .....                       | 142        |
| 9.2.4     | Vyšetrenie zadržaného vo väzbe .....                           | 143        |
| 9.3       | Pediatrické vyšetrenie .....                                   | 144        |
| <b>10</b> | <b>Celkový stav (status generalis) .....</b>                   | <b>147</b> |
| <b>11</b> | <b>Lokálny stav orgánových systémov (status localis) .....</b> | <b>153</b> |
| 11.1      | Centrálny a periférny nervový systém .....                     | 153        |
| 11.2      | Kardiovaskulárny systém .....                                  | 162        |
| 11.3      | Respiračný systém .....                                        | 166        |
| 11.4      | Gastrointestinálny systém .....                                | 169        |
| 11.5      | Kostrovo-svalový systém .....                                  | 172        |
| 11.6      | Vylučovací systém .....                                        | 174        |
| 11.7      | Reprodukčný systém .....                                       | 174        |
| <b>12</b> | <b>Varovné príznaky .....</b>                                  | <b>177</b> |
| <b>13</b> | <b>Patognomické príznaky a syndrómy .....</b>                  | <b>183</b> |
| <b>14</b> | <b>Paradoxné nálezy a ich interpretácia .....</b>              | <b>187</b> |
| <b>15</b> | <b>Vedenie zdravotníckej dokumentácie .....</b>                | <b>191</b> |
|           | <b>Literatúra .....</b>                                        | <b>203</b> |
|           | <b>Register .....</b>                                          | <b>205</b> |
|           | <b>Súhrn .....</b>                                             | <b>207</b> |
|           | <b>Summary .....</b>                                           | <b>208</b> |



## Zoznam skratiek

|                                        |                                                                           |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| AA                                     | alergická anamnéza                                                        |
| AIM, IM                                | akútny infarkt myokardu, infarkt myokardu                                 |
| AP                                     | angina pectoris                                                           |
| AVPU                                   | alert, voice, pain, unresponsive – pomôcka vyšetrenia vedomia             |
| BMI                                    | body mass index, index telesnej hmotnosti                                 |
| CAN                                    | child abuse and neglect, syndróm týraného dieťaťa                         |
| 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                                          |
| DM                                     | diabetes mellitus                                                         |
| EH                                     | epidurálny hematóm                                                        |
| ES                                     | extrasystoly – predčasné komorové sťahy                                   |
| EtCO <sub>2</sub>                      | end tidal CO <sub>2</sub> – koncentrácia CO <sub>2</sub> na konci výdychu |
| etCO <sub>2</sub> , PetCO <sub>2</sub> | vydychovaný CO <sub>2</sub> 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, G. stupnica bezvedomia                                |
| GIT                                    | gastrointestinálny trakt                                                  |
| HaZZ                                   | Hasičský a záchranný zbor                                                 |
| Hb                                     | hemoglobín                                                                |
| HbO <sub>2</sub>                       | oxyhemoglobín                                                             |
| HVT                                    | hlboká venózna trombóza                                                   |
| CHOPCH                                 | chronická obštrukčná pľúcna choroba                                       |
| IKH                                    | intrakraniálna hemoragia (krvácanie)                                      |
| IKT                                    | intrakraniálny tlak                                                       |
| IZS                                    | Integrovaný záchranný systém                                              |
| JIS                                    | jednotka intenzívnej starostlivosti                                       |
| KF                                     | komorová fibrilácia                                                       |
| KJ                                     | koronárna jednotka                                                        |
| KOS                                    | Krajské operačné stredisko                                                |
| 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                                                         |
| MetHb                                  | methemoglobín                                                             |

|                  |                                                                     |
|------------------|---------------------------------------------------------------------|
| NPB              | náhla brušná príhoda                                                |
| NYHA             | New York Heart Association – Kardiologická spoločnosť<br>New York   |
| OA               | osobná anamnéza                                                     |
| OAIM             | oddelenie anestézie a intenzívnej medicíny                          |
| PA               | pracovná anamnéza                                                   |
| PAD              | perorálne antidiabetikum                                            |
| PE               | pľúcna embólia                                                      |
| PEEP             | pozitívny endexpiračný tlak                                         |
| RA               | rodinná anamnéza                                                    |
| SA               | sociálna anamnéza                                                   |
| SAH, SAK         | subarachnoidálna hemoragia, subarachnoidálne krvácanie              |
| SaO <sub>2</sub> | saturácia O <sub>2</sub> v arteriálnej krvi                         |
| SH               | subdurálny hematóm                                                  |
| SpO <sub>2</sub> | saturácia O <sub>2</sub> v periférnej krvi                          |
| STEMI            | ST elevation myocardial infarction, infarkt myokardu s eleváciou ST |
| SVT, PSVT        | supraventrikulárna tachykardia, paroxysmálna SVT                    |
| SZ               | srdcové zlyhanie                                                    |
| tbc              | tuberkulóza                                                         |
| TIA              | tranzitórna ischemická príhoda (transitory ischemic attack)         |
| TKD              | tlak krvi diastolický                                               |
| TKS              | tlak krvi systolický                                                |
| TO               | terajšie ochorenie                                                  |
| VAS              | vertebrogénny algický syndróm                                       |
| VAS              | visual analogue scale – vizuálna analógová stupnica                 |
| VF               | vitálne funkcie                                                     |
| ZZS              | Záchranná zdravotná služba                                          |

## Predslov

Keď som nastúpila na súvislú prax v záchrannej zdravotnej službe (deväťdesiate roky 20. storočia) a začala sedieť viac v Ambulanciách ako doma (v tých časoch to boli sanitky typu Avia – furgon alebo Latvia), ani vo sne mi nenapadlo, že budem niekedy písať úvod k významnej publikácii. Dnes sa mi dostalo cti pripraviť predslov ku knihe, na ktorú študenti, pedagógovia, zdravotnícki záchranári, lekári slúžiaci v záchrannej zdravotnej službe a na oddeleniach centrálnych a urgentných príjmov, a mnohí ďalší, tak dlho čakali.

Knihu *Klinická propedeutika v urgentnej medicíne* napísal autor, ktorého poznajú čitatelia na Slovensku i v Čechách ako autora úspešnej publikácie *Prednemocničná urgentná medicína*.

Klinická propedeutika v urgentnej medicíne je základnou a modernou učebnicou ucelenej propedeutiky v novokoncipovanom odbore urgentná medicína a je absolútne prvou publikáciou tohto druhu na Slovensku. Autor v nej pretavil svoje celoživotné skúsenosti a cenné poznatky z praxe mimoriadne pôsobivo, precízne a s veľkým zmyslom pre detail. Čitateľ v knihe nájde prehľadne všetky dôležité anamnestické informácie, pokyny pre fyzikálne vyšetrenie, merania vitálnych funkcií, základnú a rozšírenú diagnostiku ekg, popis celkového a lokálneho stavu orgánových systémov. Prínosné sú aj informácie o nenápadných príznakoch nebezpečných ochorení, tzv. „red flags“ alebo „červené zástavky“ ako o indikátoroch nebezpečia a mnohé tipy a triky z odboru. Kniha učí umeniu anamnézy (kedy, čo a ako sa pýtať, po čom pátrať a hlavne počúvať), učí nás vnímať a poznať každú časť ľudského tela v urgentných i menej naliehavých situáciách, a to všetkými zmyslami, dostupnými prístrojmi a pomáha nám stanoviť diagnózu v nemocnici aj v teréne, umožňuje nám určiť priority liečebného a ošetrovateľského postupu a začať včas účinnú liečbu.

Klinická propedeutika v urgentnej medicíne zohľadňuje informácie a poznatky ostatných lekárskejších špecializácií a možno bez skromnosti povedať, že propedeutika v urgentnej medicíne je „niekoľko propedeutík v jednej“ (spája minimálne akútnu časť internej, chirurgickej, pediatickej, neurologickej a psychiatrickej propedeutiky). V tomto duchu je kniha učením, bez ktorého sa nezaobíde žiadny lekár, zdravotnícky záchranár, sestra, operátor, študent ani pedagóg. V tom vidím jej silu a nezastupiteľný význam.

Želám tomuto dielu, aby bolo živé celé roky, aby slúžilo vymenovaným čitateľom pri hľadaní odpovedí vždy, keď ich budú potrebovať pre záchranu zdravia a života, pre kvalitnejší život trpiacich pacientov.

Ak sa vám zdá, že tento predslov má v sebe príliš veľa pozitív, posúďte sami.

*MUDr. Táňa Bulíková, PhD.  
Šamorín, november 2012*

## Úvod

V tejto učebnici nájdete najzákladnejšie zásady odoberania anamnézy a postupy fyzikálneho vyšetrovania v časovej, priestorovej a materiálnej tiesni miesta vzniku náhleho ochorenia alebo úrazu. Zriedkavo je to elegantná a prepychovo zariadená domácnosť, častejšie malá miestnosť s minimálnym, alebo žiadnym osvetlením, s imobilným pacientom v najvzdialenejšom kúte alebo na najvyššom poschodi 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 naladených príbuzných. Príliš často je našou vyšetrovňou ulica, pivnica, záhrada, osvetľovacím telesom okrem čelových lúčov a reflektorov vozidla Ambulancia sliepajúci 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 poznať pre ďalší postup a liečbu? Ako využiť slabiny odlišností prednemocničnej diagnostiky v prospech pacienta pri stanovení správnej diagnózy, ako sa vyhnúť hroziacim rizikám z nedostatku informácií, falošným príslubom klamných evidentných príznakov, ako obísť nedostatok prístrojov na diagnostiku, ako hľadať schované, ale dôležité údaje v anamnéze a skryté príznaky pri fyzikálnom vyšetrení?

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

Učebnica je určená prednostne nelekárskym zdravotníckym profesiám pracujúcim v prednemocničnej a nemocničnej urgentnej zdravotnej starostlivosti, ale nepochybujem na základe vlastných skúseností, že v nej nájdú užitočné informácie aj mladší lekári záchrannej zdravotnej služby a urgentných príjmových oddelení. Každý z nás, týka sa to najmä lekárov, začínal svoje praktické medicínske vzdelávanie až po promócii v lôžkovom nemocničnom zariadení, a to prevažne s pacientmi s chronickými chorobami. Praktické návyky z praxe počas štúdia sú útržkovité, nesystematické, náhodilé, povrchné a niekedy aj nie celkom správne. Lekári začínajú so systematickou praktickou prípravou až po zaradení na oddelenie toho odboru, v ktorom sa plánujú špecializovať. Pacienti k nim na posteľ prichádzajú po dlhšom časovom odstupe od vzniku alebo zhoršenia ochorenia, predliečení záchrannou službou, centrálnym príjmom, s príznakmi modifikovanými minimálne časovým odstupom, ak už nie priamou farmakoterapiou. Prichádzajú už s niektorými predbežnými pracovnými diagnózami, mnohí z nich už majú na oddelení chorobopisy z predchádzajúcich hospitalizácií. Na iných oddeleniach sú lekári často v rámci „cirkulácie“ len štatistikami bez reálnej zodpovednosti. Stávajú sa špecialistami vo vybranom odbore a vedomosti z iných špecializácií sú na úrovni poučeného laika a navyše zaťažované 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 vadí mu okolie. Odborne je pripravený. Ak sa ale dostane k pacientovi s ochorením inej špecializácie, nebude až tak doma 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 2390 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 urgentnej medicíne je treba, aby aj lekári, aj zdravotnícki záchranári 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 vyšetrení sú nasledujúce kapitoly. Učebnica nie je samozrejme o všetkom, podrobnosti treba hľadať v knihách príslušných špecializácií.

*doc. MUDr. Viliam Dobiáš, PhD.  
Bratislava, december 2012*

## 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 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 pri poďakovaní zabudnúť ani na recenzentky, ktoré precíznym posudzovaním rukopisu a komentármi knihu vylepšili.

# 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, koronarografia bola v začiatkoch, invazívne meranie tlaku vzácnosťou, vyšetrenie na acidobázu malým zázrakom v pár veľkých nemocniciach. Žiadny ultrazvuk, CT, NMR, pulzná oxymetria, prenosné glukometre. Tlakomery a teplomery len ortuťové, monitory s obrazovkou 10 × 5 cm a žeravenie trvalo minúty, EKG veľkosti pracovného stola, ktoré sa pokazilo pri pokuse o odtlačenie z vyšetrovne na patientskú 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 prispieje k diagnóze 50–70 %. Napriek prieniku techniky do diagnostického procesu táto téza platí, len ju neuplatňujeme tak často a dôsledne, ako by sme mohli.

## 1.1 Definície

Propedeutika (grécky pro paideuein = učenie predtým než...) je úvod do vedného odboru, základný kurz alebo predbežné vzdelávanie. Termín bol prvýkrát použitý v roku 1798.

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, detské choroby, prekonané ochorenia a úrazy v minulosti až po súčasnú ťažkosť, 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 záchrannnej zdravotnej službe alebo na oddelení urgentného prijmu. Pri akútnych ochoreniach a úrazoch by nemal byť podstatný rozdiel medzi anamnézou odobratou lekárom a nelekárom, pretože pri náhlych stavoch je množstvo otázok limitované z časových dôvodov. 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?“. Dôležité je prostredie, ktoré si ale nemôžeme vybrať, dôležitá je vzájomná a rovnocenná fyzická pozícia zdravotníka a pacienta, ktorú ale niekedy nevieme a nemôžeme zrealizovať. Dôležitá je vzájomná dôvera alebo aspoň dôvera pacienta smerom k zdravotníkom, ktorú však nemáme čas budovať.

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 zprávy z hospitalizácií a ošetrovateľské prepúšťacie zprávy, prípadne kompletnú zložku zdravotnej dokumentácie. Katamnéza je sledovanie stavu pacienta a vývoja ochorenia po liečbe, napr. po prepustení z hospitalizácie. Zdravotná dokumentácia však 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. Predovšetkým deti bývajú podceňované a ich údaje prepočítané 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. Niekedy však viac zdrojov anamnézy môže zmiasť.

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 od prostredia, veku a rodinného 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 takmer dospeléj 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 diskrétnosti 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:

- **dostatok času** – chorý musí mať pocit, že sa neponáhľame preč. Ani pri nedostatku času nedávame najavo, že sa ponáhľame. Netrepezlivosť, nesúhlas s postojom pacienta a rozhorčenie blokujú optimálnu komunikáciu.
- **záujem** – chorý musí mať pocit, že sa dokážeme vcítiť do jeho ťažkostí (empatia). Postoj, gestá, tón reči, očný kontakt – to všetko musí ukazovať záujem. Poznámky si robíme len úchytom, ak pacient hovorí niečo dôležité, položíme pero a počúvame. Pacienta zásadne oslovujeme menom, napr. pani X, pán Y, nikdy nie familiárne (ujo, babka, strýco 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 do 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...?“
- **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. Stavby 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: zväčšovanie 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 potiaže za omnoho vážnejšie a nebezpečnejšie). Hlavne v takýchto situáciách je potrebná dostatočná dávka skúseností, ale i citu a pochopenia pre motiváciu konania nemocného.

Odpovede pacienta zapisujeme jeho vlastnými slovami, nie odborným slangom. Nie „máva posturálnu hypotenziu“, ale „pri vstátí 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)“.

Odber 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 cieleňá 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 odber anamnézy, pri ktorom sa online elektronicky zadávajú odpovede na vopred pripravené otázky podľa ochorenia, alebo špecializácie lekára. Počítačom generovaný sled otázok je používaný v operačných strediskách tiesňových liniek.

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. Môže to byť ťažké a frustrujúce, keďže veľakrát nevieme vopred predpokladať, čo sa ukáže ako dôležité už krátko po našom odchode z miesta úrazu alebo vzniku náhleho ochorenia.

### **Limity odoberania anamnézy**

Poruchy sluchu: u starších sú časté, načúvacie zariadenie môže situáciu zlepšiť. Treba hovoriť zrozumiteľne a pomalšie, používať krátke vety, pozerať 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 perí, 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 neodznela. Ak odpoveď zapadne do kontextu, dostaneme falošnú informáciu, ktorá ale môže znieť vierohodne.

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 prítmie).

Mentálne poruchy – demencia: často prítomná aj u pacientov, ktorí sú na prvý pohľad fyzicky v dobrej kondícii, charakteristikami sú zabudlivosť, opakovanie a neadekvátne odpovede. Postupné zhoršovanie mentálnych funkcií rodina registruje a vie popísať.

### **Citlivé témy**

Mentálne zdravie – najprv otvorenými otázkami zisťujeme postoj k psychickým problémom a ochoreniam: „Mali ste niekedy citové (emočné) alebo psychické problémy?“. Nasleduje cielennejšia 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 kvôli psychickým problémom?“ Netreba podceňovať diskrétnu a skrytú narážku v reči pacienta na slabosť, únavnosť, stratu chuti do jedla a na hmotnosti, nespavosť a netypické telesné prejavy. Cielené úvodné otázky na duševné zdravie môžu znieť nasledovne: „Cítili ste sa v posledných 2 týždňoch na dne, depresívne alebo beznádejne?“ „Mali ste v posledných 2 týždňoch pocit, že sa vám nič nechce robiť a z ničoho nemáte radosť?“ 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 slovne 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 kladím 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.

### Iné kultúry a cudzinci

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 kočovníkmi žijúcimi 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 niekoľko 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. Častokrát ani nevieme zaradiť pacienta do konkrétneho spoločenského, kultúrneho a náboženského rámca, pretože ako oblečenie, tak ani 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 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