

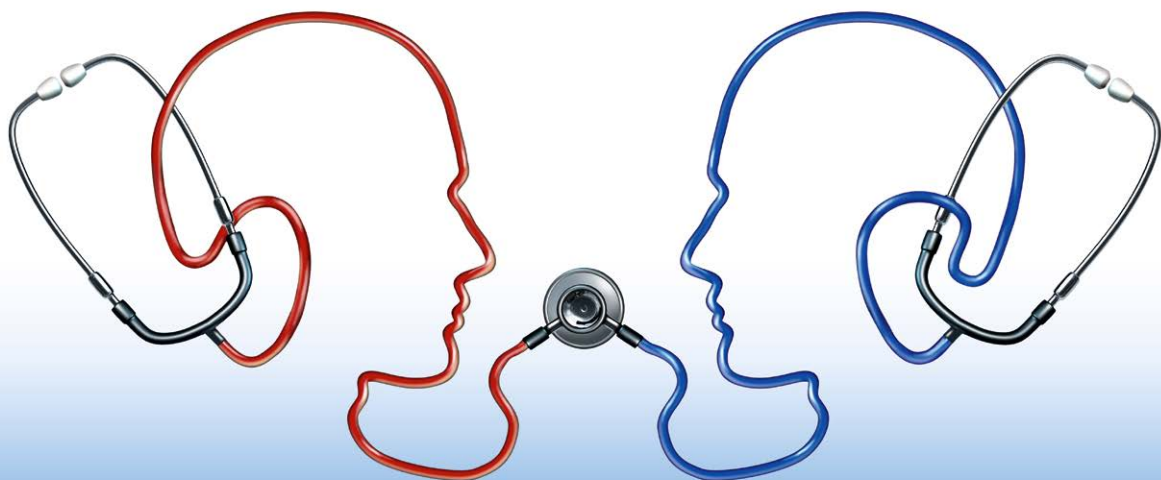
Ondřej Hloch

Interní propedeutika

praktická, přehledná,
multimediální



video a obrázky
v cloudu





Ondřej Hloch

Interní propedeutika

**praktická, přehledná,
multimediální**



**video a obrázky
v cloudu**

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno. Automatizovaná analýza textů nebo dat ve smyslu čl. 4 směrnice 2019/790/EU a použití této knihy k trénování AI jsou bez souhlasu nositele práv zakázány.

MUDr. Ondřej Hloch, Ph.D.

Interní propedeutika

praktická, přehledná, multimediální

Autorský kolektiv videozáznamů: doc. MUDr. Iva Hoffmanová, Ph.D., MUDr. Dagmar Holá, MUDr. Dana Mokrá, MUDr. Tomáš Šimonek, MUDr. Tomáš Hlinka

Recenze: MUDr. Petr Svačina

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

© Grada Publishing, a.s., 2026

Cover Photos © depositphotos.com, 2026 (3×) a © shutterstock.com, 2026 (4×)

Zdroje obrázků v knize: 6.15, 6.16 Madhero88; 8.3a, 8.4c, 8.11a, b, 8.12b–e, 8.13a, 8.14, 8.15b, 8.16b, c MUDr. Milan Odehnal, MUDr. Jakub Arendáč, MUDr. Květoslava Ferrová a MUDr. Jiří Malec; 8.7a, b MUDr. Aleš Tomek. Ostatní obrázky pocházejí z archivu autora, není-li u jednotlivých obrázků uvedeno jinak.

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 10751. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. Viola Těšínská

Sazba Jan Šístek

Počet stran 272

1. vydání, Praha 2026

Výtiskly Tiskárny Havlíčkův Brod a.s.

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

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

ISBN 978-80-271-8789-8 (pdf)

ISBN 978-80-271-5327-5 (print)

OBSAH

Úvodní slovo	11
1 Anamnéza	13
1.1 Základní údaje	14
1.2 Rodinná anamnéza	15
1.3 Osobní anamnéza	15
1.4 Farmakologická anamnéza	16
1.5 Sociální anamnéza	17
1.6 Alergická anamnéza	18
1.7 Gynekologická anamnéza	18
1.8 Abúzus	18
1.9 Nynější onemocnění	20
2 Vzorová anamnéza	23
3 Fyziologický fyzikální nález	25
4 Fyzikální vyšetření	27
4.1 Základní vyšetřovací techniky	27
5 Celkové vyšetření	33
5.1 Psychický stav	33
5.2 Vývoj a růst	37
5.3 Stav výživy	39
5.4 Poloha	43
5.5 Stoj a chůze	44
5.6 Abnormální pohyby	45
5.7 Řeč	47
6 Vyšetření kůže	49
6.1 Barva	49
6.2 Kožní eflorescence	56
6.3 Jizvy	62
6.4 Strie	63
6.5 Vlhkost	64
6.6 Turgor	65
6.7 Otok	65
6.8 Teplota	68
6.9 Kožní adnexa	68

7	Měření tělesné teploty	73
7.1	Typy teplotních křivek	73
7.2	Typy teploměrů	75
7.3	Místa měření tělesné teploty	75
8	Vyšetření hlavy	77
8.1	Pohyb	77
8.2	Třes	77
8.3	Vlasová pokrývka	78
8.4	Obličej	80
8.5	Oči a okolí	85
8.6	Nos	94
8.7	Rty	95
8.8	Dutina ústní	95
8.9	Ušní boltce	100
9	Vyšetření krku	103
9.1	Pohyb	103
9.2	Krční žíly	104
9.3	Štítná žláza	105
9.4	Lymfatické uzliny	108
9.5	Arteria carotis	110
10	Vyšetření hrudníku	113
10.1	Orientace na hrudníku	113
10.2	Tvarové varianty hrudníku	114
10.3	Dýchání	115
10.4	Hrudní chvění (fremitus pectoralis)	116
10.5	Poklepové hranice plic	119
10.6	Sklípkové dýchání	120
10.7	Trubicové dýchání	121
10.8	Vedlejší dýchací fenomény	121
10.9	Stridor	122
10.10	Pleurální třecí šelest	122
10.11	Hrudní hlas (bronchofonie)	123
10.12	Nejčastější fyzikální nálezy při onemocnění dýchacích cest	123
11	Vyšetření srdce	129
11.1	Auskultační místa na hrudníku	132
11.2	Srdeční ozvy	134
11.3	Šelesty	137
11.4	Nejčastější srdeční vady	140
11.5	Nejčastější vrozené srdeční vady necyanotické	146
11.6	Nejčastější vrozené srdeční vady cyanotické	148

12	Vyšetření prsou	149
13	Vyšetření břicha	153
13.1	Orientace na břiše	153
13.2	Břišní stěna	156
13.3	Barva kůže	156
13.4	Strie	157
13.5	Žilní kresba	158
13.6	Anasarka	158
13.7	Pooperační jizvy	158
13.8	Palpace povrchová	162
13.9	Palpace hluboká	162
13.10	Orgánová lokalizace nálezů (orientace)	163
13.11	Vyšetření orgánů	164
14	Vyšetření končetin	177
14.1	Svalstvo	177
14.2	Klouby	177
14.3	Otoky	181
14.4	Tepny	182
14.5	Žíly	188
15	Vyšetření páteře	193
15.1	Schoberova distance	194
15.2	Stiborova distance	194
15.3	Forestierova distance	195
15.4	Thomayerova distance	195
15.5	Pohyblivost krční páteře	196
16	Vyšetření mizních uzlin	197
17	Neurologické minimum	201
17.1	Meningeální příznaky	201
17.2	Vyšetření stoje	202
17.3	Nálezy u cévní mozkové příhody	203
PŘÍZNAKY ONEMOCNĚNÍ		205
18	Příznaky onemocnění oběhového systému	207
18.1	Bolest	207
18.2	Palpitace	208
18.3	Dušnost	208
18.4	Cyanóza	209
18.5	Otoky	209
18.6	Synkopa	210

18.7	Hemoptýza	211
18.8	Bolest břicha	211
19	Příznaky bronchopulmonálních onemocnění	213
19.1	Dušnost	213
19.2	Kašel	213
19.3	Stridor	214
19.4	Hemoptýza	215
19.5	Bolest na hrudi	215
20	Příznaky gastrointestinálních onemocnění	217
20.1	Ascites	217
20.2	Borborygmus	217
20.3	Břišní bolest	217
20.4	Dyspepsie	219
20.5	Dysfagie	219
20.6	Jaterní encefalopatie	220
20.7	Flatulence	220
20.8	Ikterus	221
20.9	Krvácení do gastrointestinálního traktu	222
20.10	Meteorismus	223
20.11	Nauzea	223
20.12	Pyróza	223
20.13	Singultus	223
20.14	Zvracení	223
20.15	Zácpa a průjem	224
21	Příznaky onemocnění uropoetického systému	227
21.1	Dysurie	227
21.2	Polakisurie	227
21.3	Strangurie	227
21.4	Nykturie	227
21.5	Polyurie	227
21.6	Oligourie	227
21.7	Anurie	228
21.8	Hematurie	228
21.9	Retence moči (reziduum)	228
21.10	Inkontinence moči	228
21.11	Ledvinová kolika	229
22	Příznaky onemocnění pohybového aparátu	231
22.1	Arterie	231
22.2	Věny	232
22.3	Lymfatické cévy	232
22.4	Klouby	232
23	Eponyma v interní medicíně	233

Použitá literatura a zdroje	237
Seznam zkratk použitých v knize	239
Seznam videí	241
Rejstřík	243
Souhrn	265
Summary	267

Důležité upozornění pro čtenáře

Kompletní galerii videí a obrázků naleznete na:



ÚVODNÍ SLOVO

Rád bych vám představil novou publikaci zabývající se propedeutikou vnitřního lékařství. Tento rozsáhlý zdroj informací vznikl na Interní klinice 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Motol a Homolka, pracoviště Motol, s cílem nabídnout studentům vnitřního lékařství ucelený, přehledný a moderně zpracovaný studijní materiál, který využijí při svém vzdělávání jak ve fázi pregraduální, tak i postgraduální.

Inspirací k této knize byl „Pracovní text z Interní propedeutiky“, vytvořený kolektivem autorů pod vedením doc. Jitky Zelenkové v roce 1999 (doc. MUDr. Jitka Zelenková, CSc., MUDr. Ing. Jan Vejvalka, as. MUDr. Dagmar Holá, MUDr. Jitka Segethová, Zuzana Pavelková). Textová část byla kompletně přepracována, rozšířena a nově uspořádána. Nově byla také vytvořena celá grafická část včetně obsáhlé fotodokumentace z archivu autora, praktických schémat, nákresů, tabulek a videí.

Tento materiál byl několik let doplňován a upravován ve své online verzi na webových stránkách www.propedeutika.cz a nyní se přesouvá do této interaktivní knihy. Cílem tohoto unikátního konceptu je nabídnout čtenáři kombinaci tištěné knihy, jejíž používání rozšiřují vložené QR kódy, a multimediálního obsahu v odpovídající kvalitě. To nám umožní obsah neustále doplňovat a rozšiřovat, čímž získáváte se svou knihou stále obsáhlejší a názornější dílo.

MUDr. Ondřej Hloch, Ph.D.

1 ANAMNÉZA

Anamnéza (*anamnesis* = vzpomínání) je souhrn údajů týkajících se zdraví vyšetřované osoby. Jejím cílem je získat co možná nejucelenější pohled na zdravotní obtíže, s kterými se vyšetřovaný léčil nebo léčí. Tyto informace získáme během rozhovoru s pacientem (anamnéza přímá) nebo s jeho příbuznými či blízkými (anamnéza nepřímá). **Správně odebraná anamnéza je pro lékaře při diferenciální diagnostice a plánování dalšího postupu zcela nepostradatelná.**

V umění komunikace a odběru anamnézy od pacienta se lékař rozvíjí a zdokonaluje po celý svůj profesní život.

Rozhovor se snažíme vést v klidném prostředí, kde nás neruší přítomnost jiných osob ani nadměrný hluk. Také přílišný spěch narušuje „důvěrný“ kontakt mezi lékařem a pacientem, který je velmi důležitý k získání často i choulostivých informací.

Základní pravidla prvního kontaktu s pacientem

- Při vstupu pacienta do ordinace povstaňte.
- Pacienta pozdravte a oslovte jménem: „Dobrý den, pane Nováku.“ Je to osobní a snáze si tak získáte pacientovu důvěru – dáte mu najevo, že není jen další v nekonečné řadě, že víte, kdo je.
- Představte se: „Dobrý den, jmenuji se Ondřej Hloch a jsem lékař.“
- Představte i další osoby v ordinaci, pokud tam jsou (kolegové, sestra atd.).
- Ukažte pacientovi, kde si může odložit věci a kam se má posadit.
- Posad'te se až s ním.

Základní pravidla odběru anamnézy

- Rozhovor vedeme v klidném prostředí, kde nás neruší další personál ani zbytečný hluk.
- Na pacienta si vyčleníme dostatek času, abychom se vyvarovali spěchu, který může vést jak k opominutí důležitých informací, tak ke ztrátě důvěry pacienta.
- Při rozhovoru udržujeme oční kontakt. Pokud při rozhovoru s pacientem čtete něco na monitoru počítače nebo v papírové dokumentaci, pacient neví, jestli ho posloucháte.
- Otázky klademe ve formě, kterou je dotyčný schopen pochopit, tj. přizpůsobujeme je jeho mentální úrovni.
- Při kladení otázek nepoužíváme latinské termíny ani jiné odborné výrazy.
- Otázky neklademe sugestivně. Otázka by neměla obsahovat zároveň i odpověď, kterou bychom tímto pacientovi podsouvali. Příkladem nevhodně zvolené otázky je: „Bolí vás to, jen když jdete do schodů?“ Vhodnější je se pacienta zeptat: „Kdy se tyto bolesti dostavují?“

- U otázek, které by mohly pacienta urazit nebo se mu zdát nepatřičné, se na úvod omluvíme (jde např. o dotaz, zda pacient ví, co je dnes za den, jaký je rok, kde se nacházíme).
- Po položení otázky necháme pacientovi dostatek času na odpověď. Někdy ho však naopak musíme usměrnit, protože někteří pacienti umějí mluvit o svých obtížích i hodiny.
- Pacientovy obtíže nikdy nebagatelizujeme, i když se nám zdají být z vlastního pohledu banální. Pacient může vnímat svoje obtíže zcela odlišně a mohlo by dojít ke ztrátě důvěry v lékaře.
- Laické výrazy zapisujeme do anamnézy v uvozovkách tak, jak je uvedl pacient. Nenahrazujeme je odbornými výrazy. Vždy se ujistíme, co přesně pacient těmito výrazy myslí a co si pod uváděnými pojmy představuje.
- Všimáme si „řeči těla“, která nám, aniž by pacient promluvil, může poskytnout cenné informace (výraz obličeje – mimika, způsob chůze, vyhledávání úlevové polohy, dýchání atd.).
- Pokud pacient není schopen informace poskytnout (např. je v bezvědomí), „skládáme“ anamnézu z dostupných zdrojů (předchozí dokumentace, lékový záznam, informace od příbuzných atd.). Tento fakt však nesmíme zapomenout na úvod anamnézy zapsat, např.: „Odebrat anamnézu od pacienta nelze – čerpáno z předchozí dokumentace.“

Jazyková bariéra – jak postupovat

Často se setkáváme s pacienty, kteří nehovoří naším jazykem ani žádným jiným, který ovládáme.

- Tlumočit mohou příbuzní nebo oficiální tlumočník.
- U příbuzných musíme počítat s rizikem, že některé informace upraví nebo pacientovi nesdělí (nepříjemné otázky, intimní dotazy apod.).
- Při rozhovoru s pomocí tlumočící osoby vždy mluvíme na pacienta (nikoli na tlumočníka) a opakovaně se ujišťujeme, že pacient porozuměl.

1.1 Základní údaje

Osobní údaje

Slouží k základní identifikaci pacienta. Zahrnují jméno, příjmení, rodné číslo, zdravotní pojišťovnu, adresu bydliště, občanství, telefonický kontakt, e-mailovou adresu.

Správné zadání těchto údajů do dokumentace má obrovský význam a je třeba mu věnovat patřičnou pozornost. Zvláště pak v dnešní „digitální“ době, kdy je dokumentace vedena v počítači v digitální formě, může např. špatně zadané rodné číslo pacienta vést ke ztrátě řady cenných výsledků vyšetření.

Důvod přijetí (v případě hospitalizace)

- Stručná informace o důvodech přijetí (např. bilaterální kardiální dekompenzace, akutní pyelonefritida, akutní renální selhání).
- Pokud je pacient hospitalizován opakovaně, uvedeme datum poslední hospitalizace. Tento údaj nám usnadní dohledání předchozí dokumentace k porovnání laboratorních výsledků, provedených vyšetření, podávané medikace atd.

Kontakt na nejbližší příbuzné

Raději zaznamenáme do dokumentace kontakty na více členů rodiny. Kontakty poslouží např. k zajištění hygienických potřeb hospitalizovanému pacientovi, k řešení další péče po propuštění, k informování rodiny o zhoršení stavu a bohužel i případném úmrtí.

1.2 Rodinná anamnéza

V rámci rodinné anamnézy (RA) zjišťujeme údaje o zdravotním stavu nejbližších příbuzných (rodiče, prarodiče, sourozenci [paternální, maternální, nevlastní], děti). Pátráme po výskytu chorob, které mohou mít vliv na zdraví vyšetřované osoby. Pokud příbuzní již zemřeli, uvádíme dožitý věk a příčinu úmrtí.

Aktivně se ptáme na rodinný výskyt těchto onemocnění:

- arteriální hypertenze,
- diabetes mellitus (DM),
- ischemická choroba srdeční (ICHS),
- infarkt myokardu (IM),
- cévní mozková příhoda (CMP),
- výskyt cévního onemocnění či úmrtí na cévní onemocnění (do 50 let u mužů a do 55 let u žen),
- vředová choroba gastroduodenální (VCHGD),
- duševní onemocnění (deprese, schizofrenie atd.),
- nádorová onemocnění,
- tuberkulóza (TBC), infekční hepatitidy,
- neurologická onemocnění,
- psychiatrická onemocnění.

1.3 Osobní anamnéza

Osobní anamnéza (OA) je chronologicky řazený výčet chorob, operací, úrazů a jejich komplikací, prodělaných od narození do současnosti.

 Data uvádíme pomocí letopočtu (např. stav po apendektomii v roce 1977) nebo věku pacienta (např. stav po apendektomii ve 45 letech). Nikdy nepoužíváme zápis „před xx lety“. Takto uvedený údaj může s odstupem let vést k omylům a chybám.

Nezapomínáme ani na prodělané **dětské infekční nemoci** (plané neštovice, spála, zarděnky, příušnice), protože při výskytu v dospělosti mohou mít komplikovanější a závažnější průběh než v dětském věku. Také údaje o častých respiračních infektech, opakovaných angínách nebo infekcích močových cest mají nezanedbatelný význam v mozaice informací vedoucích k vysvětlení aktuálních obtíží a nalezení optimálního řešení.

Podrobné informace o úrazech, jejich charakteru a četnosti mohou být vodítkem např. k vyslovení suspekce na poruchu denzity a architektiky kostní tkáně při osteoporóze.

Cíleně se ptáme na:

- **kardiální onemocnění** – ICHS, výskyt bolestí na hrudi, prodělaný IM, angina pectoris atd.,
- **úrazy a onemocnění centrální nervové soustavy (CNS)** – CMP, tranzitorní ischemická ataka, epilepsie, migrény,
- **arteriální hypertenzi** – kdy byla diagnostikována a jak je léčena,
- **endokrinologická onemocnění a související obtíže** – DM (jakého typu), způsob léčby (dieta, perorální antidiabetika [PAD], inzulin [inzulinová pumpa?]), dlouhodobá metabolická kompenzace, známé komplikace (neuropatie, retinopatie, nefropatie); tyreopatie (hypotyreóza, hypertyreóza, struma) atd.,
- **gastrointestinální obtíže** – biliární potíže, cholecystolitíáza, vředová choroba gastroduodena, infekční hepatitida (A, B, C...), průjmy, zácpa, patologické příměsi ve stolici (krev, hlen), zvracení atd.,
- **ledvinové a močové obtíže** – nefrolitiáza, renální koliky, dysurické potíže, polakisurie, hematurie atd.,
- **onemocnění dolních končetin** a) arteriální – ischemická choroba dolních končetin (ICHDK), b) žilní – chronická žilní insuficience, varixy, hluboká žilní trombóza, bérce vředy,
- **muskuloskeletální systém** – úrazy, fraktury, kloubní náhrady,
- **neurologická onemocnění,**
- **podání transfuzí.**

1.4 Farmakologická anamnéza

Farmakologická anamnéza (FA) obsahuje seznam všech užívaných léčivých přípravků.

Musí v ní být uvedeny:

- **lékové formy** – tablety (tbl), kapsle/tobolky (cps), prášek (plv), čípky (supp), mast (ung), krém (crm),
- **síla** (včetně jednotek, např. 100 mg),
- **dávkování** (udává se ve formátu ráno – poledne – večer, tj. jedna tableta ráno se zapíše 1-0-0, jedna ráno a jedna večer 1-0-1) (obr. 1.1).

V případě, že u pacienta došlo v posledních dnech ke změně užívaných léků, poznamenejme i tyto léky (např. nedávno dobraná antibiotika [ATB], vysazená antihypertenziva), protože právě změnami v medikaci mohou být vysvětleny některé obtíže (např. průjmy po dobrání ATB nebo hypoglykemie po změně antidiabetické terapie).

název léku

síla léku

léková forma

ráno
poledne
večer**Anopyrin****100mg****tbl****0-1-0**

Obr. 1.1 Příklad lékové anamnézy

Cíleně se ptáme i na oční kapky, antikoncepci, inhalátory, volně prodejné léky (všechny tyto skupiny pacienti často sami od sebe neuvádějí).

 Cenným zdrojem informací o užívaných lécích je **lékový záznam**. V něm si můžeme ověřit, které léky by měl pacient užívat nebo zda např. nemá předepsány dva léky ze stejné skupiny (jeden mu předepíše praktický lékař a druhý např. kardiolog).

1.5 Sociální anamnéza

Cílem sociální anamnézy (SA) je obeznámit se s podmínkami, ve kterých pacient žije a pracuje. Podrobná znalost životních poměrů nám může pomoci jak ve fázi diagnostiky a rozhodování o způsobu léčby (ambulantní vs. hospitalizace), tak před plánovaným propuštěním. Zvláště ve vnitřním lékařství, kde dominují pacienti vyššího věku, hrají tyto informace důležitou roli.

Například 90letý senior, který žije v domácnosti zcela sám, bude při průjmovém onemocnění s dehydratací vyžadovat krátkou hospitalizaci na interním lůžku. Naopak stejné obtíže seniora téhož věku žijícího u dcery, která se o něj stará, lze po dohodě s rodinou řešit ambulantně.

Základní údaje sociální anamnézy

- **Rodinné poměry.** Ženatý/vdaná, rozvedený/-á, vdovec/vdova, žije sám/sama, nejbližší příbuzní (např. dcera/syn). Nesoulad v osobním životě (např. probíhající rozvod, hádka s partnerem) může být zdrojem mnoha somatických obtíží.
- **Bytové podmínky.** Důležitý je údaj o poschodí, přítomnosti výtahu, typu vytápění (centrální, pacient musí sám topit), přístupu k domu, kvalitě bydlení (vlhkost, zima, plísňe), stavebních úpravách (držáky a madla v koupelně, vyvýšená toaleta apod.), dopravní dostupnosti (zastávky místní dopravy apod.) i další údaje.
- **Pracovní anamnéza.** Zvláštní pozornost věnujeme rizikovým faktorům jako nadměrná fyzická námaha, stres či práce se zdraví škodlivými látkami. Nezapomínáme na předchozí zaměstnání, kde mohlo docházet mnoho let ke kontaktu s uvedenými riziky. Druh vykonávané práce má vliv také na posouzení pracovní způsobilosti pacienta. V případě, že je pacient v důchodu, je nutné zjistit, zda jde o důchod starobní či invalidní (částečný/plný), od kdy ho má pacient přiznaný a co bylo důvodem jeho přiznání.

1.6 Alergická anamnéza

Při pátrání po alergiích pacienta (alergická anamnéza, AA) nesmíme opomenout cíleně se dotazovat na alergie související s podáváním léků nebo prováděním diagnostických a terapeutických výkonů.



I při zcela negativní alergické anamnéze je vhodné z forenzních důvodů explicitně uvést, že lékové alergie pacient neguje.

Cíleně pátráme po alergiích:

- **lékových** – název léku, typ alergické reakce a její klinické projevy (exantém, otoky, anafylaktický šok),
- **na kontrastní látky**,
- **pylových** (uvádíme konkrétní druhy rostlin – liší se typickými obdobími výskytu), **na prach**, **roztoče**,
- **potravinových** (vyjmenovat jednotlivé potraviny – při hospitalizaci je nutné se podávání těchto potravin vyvarovat),
- **kontaktních** – kovy, obvazový materiál (náplast),
- **na vosí/včelí bodnutí**.

1.7 Gynekologická anamnéza

U žen je gynekologická anamnéza nedílnou součástí vyšetření.

Neměly by chybět následující informace:

- **menstruační cyklus** – první menstruace (menarche), pravidelnost cyklu a délka jeho trvání, datum poslední menstruace. U žen ve fertilním věku je nutný dotaz na graviditu (např. odeslání těhotné pacientky na RTG by mohlo mít závažné forenzní důsledky),
- **užívání hormonální antikoncepce**,
- **porody** – počet porodů přirozených / císařským řezem, komplikace atd.,
- **potraty** – počet, spontánní/umělá přerušení těhotenství,
- **klimakterium** – pokud již nastalo, tak uvedeme v kolika letech a zda pacientka užívá hormonální substituci,
- **gynekologické operace** – kyretáž, hysterektomie, adnexektomie, císařský řez atd., jejich důvody (např. malignita), zda je pacientka sledována v onkogynekologické ambulanci.

1.8 Abúzus

Spotřeba alkoholu, nikotinu/tabákových výrobků a dalších návykových látek je spojena s enormním socioekonomickým zatížením společnosti. Souvislost mezi abúzem alkoholu a jaterními onemocněními je stejně zřejmá jako souvislost kouření s onemocněním dýchacích cest. Z těchto důvodů je třeba po užívání návykových látek systematicky pátrat a v diferenciální diagnostice onemocnění s nimi počítat.

Kouření

U kuřáka nás zajímá, jaký druh tabákových výrobků kouří (cigarety klasické/elektronické, dýmka, doutník), délka užívání (počet let), denní spotřeba (např. 20 cigaret za den). V případě, že dotyčný s kouřením úspěšně přestal, uvedeme, kdy k tomu došlo, dobu, po kterou kouřil, i příslušné množství denní spotřeby. Aktivně se ptáme na pasivní kouření (dlouhodobý pobyt v domácnosti nebo v práci s aktivním kuřákem).

 Dotaz na počet cigaret vykouřených za den můžeme záměrně začít návrhem vyššího počtu. Například: „Čtyřicet cigaret za den vám stačí?“ Pacient pak častěji přizná reálnou spotřebu, protože mu na základě dotazu nepříjde nikterak vysoká.

Alkohol

Vždy je nutné specifikovat kromě denní/týdenní dávky i typ alkoholu (destilát, víno, pivo).

 V případě, že pacient uvede negativní alkoholovou anamnézu, je třeba se jej cíleně ptát i na pití piva. Ze zkušeností totiž víme, že většina pacientů pivo za alkohol vůbec nepovažuje!

Káva

Zajímá nás množství kávy vypité za den, včetně typu kávy, protože v obsahu kofeinu je mezi jednotlivými druhy (espresso, rozpustná káva, turecká s lógreem) značný rozdíl.

Léky

Závislost na lécích je i díky časté polypragmazoni poměrně rozšířená. Mezi nejčastěji zneužívaná farmaka patří analgetika, benzodiazepiny, hypnotika a psychofarmaka.

Drogy

Na užívání drog, od tanečních přes konopí až po parenterálně aplikované drogy, se vždy cíleně dotazujeme a odpověď zaznamenáváme.

 Na užívání drog nás upozorní i vpichy na kůži, které odhalíme při fyzikálním vyšetření.

Jiné návyky

1.9 Nynější onemocnění

Nynější onemocnění (NO) lze s trochou nadsázky nazvat stručnou a výstižnou „slohovou prací“, která přehledně, podrobně a chronologicky popisuje obtíže předcházející vyhledání lékařské péče.

Od pacienta se na úvod snažíme zjistit důvody, které ho vedly k vyhledání lékařské péče (otázka: „Co vás přivádí k lékaři / do nemocnice?“). Pacienta necháme mluvit a snažíme se do jeho vyprávění nevstupovat (2–3 minuty). Na základě informací získaných z pacientova vyprávění pátráme po symptomech svědčících pro konkrétní onemocnění. Pacientem sdělené informace shrneme a klademe cílené dotazy k jejich upřesnění. Laické výrazy nenahrazujeme odbornými pojmy, ale zapisujeme je v uvozkách tak, jak je uvedl sám pacient.

U symptomů nás zajímá:

- **začátek** (kdy začaly, vyvolávající moment),
- **trvání** (nepřetržitě, s přestávkami, jak dlouho trvají),
- **vývoj v čase** (zlepšuje se, zhoršuje se),
- **co je spouští**,
- **úlevový mechanismus** (poloha, činnost, vztah k jídlu apod.).

Anamnestické údaje spolu s dosud známými výsledky vyšetření laboratorními a zobrazovacími metodami řadíme chronologicky a popisujeme je co nejpodrobněji. Ke stanovení správné diagnózy nám často pomohou i informace o chronických onemocněních a trvale užívané medikaci.

Na základě takto získaných informací stanovíme pracovní diagnózu, kterou konfrontujeme s výsledky fyzikálního vyšetření a vyšetření laboratorními metodami.

Bolest

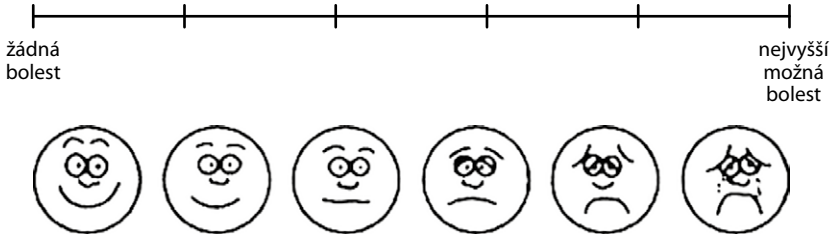
Častou a významnou informací v rámci nynějších onemocnění je údaj o přítomné bolesti. Při charakteristice bolesti je nutné popsat všechny její atributy.

Charakteristika bolesti

- **Typ.**
 - Tlaková, bodavá, svíravá, řezavá atd.
- **Lokalizace.**
 - Bolest je do značné míry specifická pro poškození jednotlivých orgánů a může nás nasměrovat v diferenciálně diagnostické rozvaze (např. pravé podžebří = žlučník, pravá jáma kyčelní = apendicitida).
 - Nechejte pacienta, aby vám místo bolesti ukázal.

- **Intenzita.**

- Ke kvantifikaci míry bolesti používáme vizuálně analogovou škálu (VAS) obličejů (obr. 1.2) nebo stupnici od 1 (nepřítomnost bolesti) do 10 (nejhorší možná bolest).



Obr. 1.2 Vizuálně analogová škála bolesti

- 💡 Vyzveme pacienta, aby číslem zhodnotil intenzitu bolesti. Číslo 1 představuje nepřítomnost bolesti a číslo 10 největší bolest, jakou si vyšetřovaný dokáže představit.

- **Propagace.**

- Vystřelování bolesti zad do dolní končetiny při kořenovém dráždění, šíření bolesti na hrudi po malíkové hraně levé horní končetiny při IM.

- **Délka trvání bolesti.**

- **Vyvolávající moment.**

- Bolest je přítomna v klidu, v souvislosti s pohybem, při nádechu, po jídle apod.

- **Úlevová poloha.**

- Je pro některá onemocnění specifická, např. pozice na všech čtyřech u akutní pankreatitidy nebo poloha na boku při stejnostranné pleuropneumonii.

- **Doprovodné příznaky.**

- Nausea, zvracení, dušnost atd.

2 VZOROVÁ ANAMNÉZA

Pacient: Novák Josef

R. č. 340611/099, bytem Praha 5, U Kotlářky 5, PSČ 150 00.

Telefon do bytu 248 780 001, pojišťovna VZP (111).

Důvod přijetí: bilaterální kardiální dekompenzace.

Hospitalizace druhá, poslední na Interní klinice 11/2022.

Příbuzní: manželka Dana, bydlí s manželem na stejné adrese.

RA

Otec zemřel v 60 letech na IM, DM 2. typu na inzulinoterapii.

Matka zemřela v 85 letech, příčinu pacient neví.

Sourozenci: bratr (82 let), DM 2. typu na inzulinoterapii.

Děti: syn (55 let) a dcera (64 let), zdraví.

OA

Na onemocnění v dětství si nevzpomíná, v dospělosti žádné závažné choroby neprodělal. **Ischemická choroba srdeční** od roku 2000, infarkt myokardu neguje, dle ECHO z června 2020 ejekční frakce levé komory 45 %. **DM 2. typu** od roku 2010, v úvodu léčen PAD, od roku 2020 na intenzifikovaném inzulinovém režimu, dlouhodobá kompenzace uspokojivá, bez známých orgánových komplikací. **Arteriální hypertenze**, od roku 2000 na terapii.

Další interní onemocnění pacient neguje.

Operace: po apendektomii v roce 1972, po endoprotéze pravé kyčle v roce 1996.

Úrazy: po fraktuře krčku vpravo (1996), jiné závažné úrazy neguje.

FA

Prestarium Neo 4mg tbl	1-0-0	(ACEI)
Concor COR 5mg tbl	1-0-0	(betablokátor)
Furosemid 40mg tbl	1-0-0	(kličkové diuretikum)
Anopyrin 100mg tbl	1-0-0	(antiagregační terapie)
Agen 5mg tbl	1-0-0	(kalciový blokátor)
Rosucard 20mg tbl	0-0-1	(statin)
Actrapid s.c.	10 j – 10 j – 10 j	(rychlý inzulin)
Toujeo s.c. ve 22 h	24 j	(dlouhý inzulin)

SA

Starobní důchodce, žije s manželkou v přízemním rodinném domě. Dříve pracoval jako projektant v kanceláři.

AA

Jahody – kožní exantém, jiné potravinové alergie neguje, lékové alergie neguje, kontaktní alergie na náplast.

Abúzus

Bývalý kuřák, od roku 2000 nekouří, do té doby od 18 let cca 20 cigaret denně, alkohol příležitostně (asi 1 pivo za týden).

NO

Pacient přichází z důvodu dva dny trvající klidové dušnosti. Zhoršení dechu pozoruje podle svých slov asi týden, kdy si musí dávat na spaní pod hlavu druhý polštář a spí v polosedu. Současně pozoruje zhoršující se otoky dolních končetin sahající až na stehna. Bolesti na hrudi neměl, palpitace nepocítuje. Medikaci užíval podle rozpisu. Kvůli bilaterální kardiální dekompenzací přijat k hospitalizaci na interní lůžko.

3 FYZIOLOGICKÝ FYZIKÁLNÍ NÁLEZ

TK, výška, váha, tělesná teplota, počet dechů za minutu, event. saturace kyslíkem (O₂) v procentech (%).

Celkový stav: vědomí bdělé, jasné; orientován místem, časem i osobou; spolupracuje, na dotazy odpovídá přiléhavě; řeč plynulá, srozumitelná; postoj vzpřímený, chůze pružná, volně souhyby končetin; poloha aktivní; habitus normostenický; kůže růžová, vlhká, teplá, elastická, bez poruchy kontinuity, bez ikteru a cyanózy, bez poruch pigmentace, bez kožních eflorescencí, kožní turgor v normě; hydratace přiměřená; klidově eupnoe, afebrilní.

Hlava: lebka mezocefalická, invence *n.* VII souměrná; poklep kalvy a nad paranasálními dutinami nebolestivý; výstupy trigeminu nebolestivé. **Oči:** obočí symetrické; víčka bez prosáknutí; oční štěrby symetrické; oční bulby ve středovém postavení, volně pohyblivé ve všech směrech, bez nystagmu; spojivky růžové; skléry bílé; zornice okrouhlé, izokorické, normální šíře, reagující na osvit i konvergenci. **Nos:** přiměřené velikosti a tvaru, symetrický, volně průchodný, bez sekrece. **Dutina ústní:** rty symetrické, růžové, hladké a vlhké; jazyk plazí ve střední čáře, vlhký, bez povlaku, bez známek pokousání; sliznice dutiny ústní růžové, vlhké, lesklé, bez zánětlivých změn; dásně růžové, pevné, bez krvácivých projevů; chrup plně vyvinutý, úplný; tonzily souměrné, normotrofické bez zánětlivých změn; patrové oblouky a uvula symetrická, zadní stěna hltanu klidná. **Uši:** běžné konfigurace, zevní zvukovod bez výtoků, tlak na tragus a poklep na *processus mastoideus* nebolestivé.

Krk: tvar a délka krku přiměřené tělesnému habitu, pohyb volný všemi směry, bez známek opozice šíje; náplň krčních žil nezvětšena; pulzace *a. carotis* hmatné symetricky, auskultačně bez šelestu bilaterálně; lymfatické uzliny nehmátne; štítná žláza nehmátná.

Hrudník: symetrický, při dýchání rovnoměrně se rozvíjející, běžné konfigurace; prsy symetrické, volně prohmatné, bez hmatné rezistence, kůže hladká bez vpáčenin a nerovností, dvorec a bradavka bez sekrece; axilární uzliny nehmátne; *fremitus pectoralis* symetrický; poklep plný, jasný; dolní hranice plic v parasternální čáře žebro č. 6, v medioklavikulární 6. mezižebří, ve střední axilární 8. žebro, ve skapulární 10. žebro, v paravertebrální vpravo trn Th₁₀, vlevo Th₁₁; dýchání čisté sklípkové, bez vedlejších poslechových fenoménů; bronchofonie symetricky běžné intenzity; maximum úderu hrotu mediálně od medioklavikulární čáry ve 4. nebo 5. mezižebří, srdce poklepově nezvětšeno, akce srdeční pravidelná, TF 80/min, ozvy 2 ohraničené, bez přidatných srdečních zvuků, šelest nediferencují.

Břicho: v úrovni hrudníku, souměrného tvaru; pupek vtažený, typicky lokalizovaný, dechová vlna postupuje bilaterálně symetricky až k tříselným vazům; poklep dif. bubínkový, palpačně měkké, nebolestivé; peristaltika klidná; stěna břišní pevná, hladká, poddajná; játra pod oblouk, jeví souhyby s dýcháním, okraj ostrý, povrch hladký,

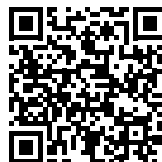
palpačně nebolestivá, šíře poklepem 8–12 cm v medioklavikulární čáře; slezina nehmatná. Tapotement bilaterálně negativní. Ingvinální uzliny nehmatné.

DK: symetrické, bez edémů a kožních změn, dobře prokrvené, volně pohyblivé; viditelné klouby ušlechtilého tvaru, volně pohyblivé; *aa. femorales* poslechem i pohmatem bez patologického nálezu, arteriální pulzace dobře hmatné až do periferie.

Per rectum: okolí anu klidné, tonus svěračů přiměřený, v dosahu vyšetření bez hmatné rezistence.

4 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Galerie:



4.1 Základní vyšetřovací techniky

Mezi základní metody fyzikálního vyšetření řadíme **pohled** (inspekci), **pohmat** (palpaci), **poklep** (perkuzi) a **poslech** (auskultaci). Klinický přínos jednotlivých metod se liší podle vyšetřovaného orgánu.

💡 Významným a často limitujícím faktorem jsou anatomicko-patologické poměry vyšetřovaného (např. monstrózní obezita, ascites).

Pohled (inspekce)

Nejvýstižnější charakteristiku vyšetření pohledem nabízí známý aforismus: Vidí, kdo zná.

Vyšetření pohledem začíná při vstupu pacienta do ordinace (eventuálně již při pobytu v čekárně) a pokračuje po celou dobu odebrání anamnézy a fyzikálního vyšetření.

Na úvod si všímáme obecných znaků, jako je konstituční typ, typ chůze, držení těla, stav výživy, výraz obličeje, barva kůže a další znaky. Teprve poté zaměříme vyšetření pohledem na jednotlivé orgánové systémy (bližší popis viz příslušné kapitoly).

Nejdůležitějším faktorem kromě kvality zraku vyšetřujícího je při vyšetření pohledem **kvalitní a dostatečné osvětlení**, nejlépe denním světlem.

💡 Například subikterus nemusí být patrný při umělém žárovkovém osvětlení.

Pohmat (palpace)

Pohmat nám umožňuje zhodnotit vlastnosti jak povrchu těla – kůže (teplota, turgor, vlhkost) a podkoží –, tak hlouběji uložených orgánů a tkání (játra, ledviny, patologické rezistence). Principem vyšetření je rozdílnost fyzikálních vlastností jednotlivých tkání (tuhost, pohyblivost, teplota, povrch atd.).

Při palpaci dbáme, aby ruce byly suché a teplé, nehty krátce zastřižené.

Techniky palpace

Palpaci jednou rukou používáme častěji při povrchové palpaci, kdy vyšetřující ruka současně vytváří tlak na povrch těla (obr. 4.1).

Obouruční palpace je citlivější, břiška prstů vyšetřující ruky jsou volně položené na vyšetřovaném a hloubku palpace určuje druhá ruka tlakem na ruku vyšetřující (obr. 4.2).