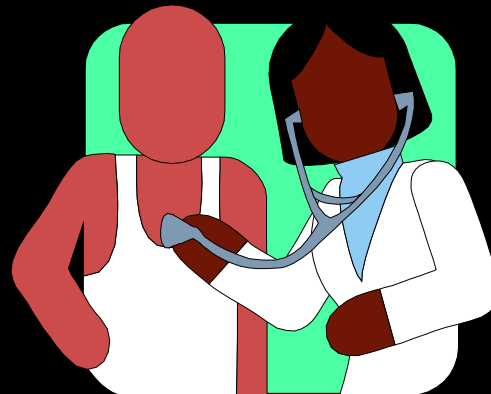
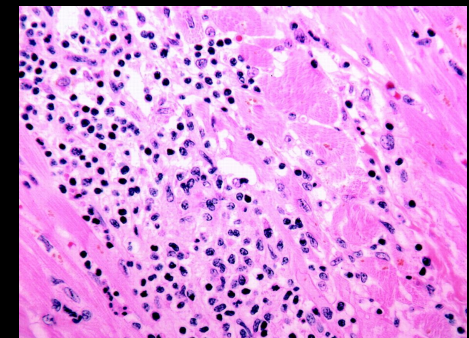
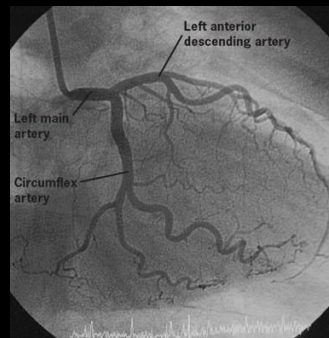
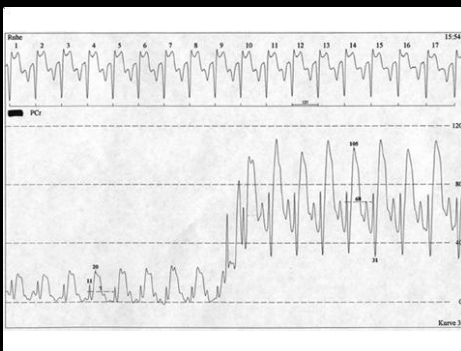
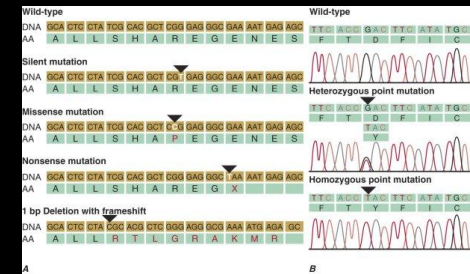
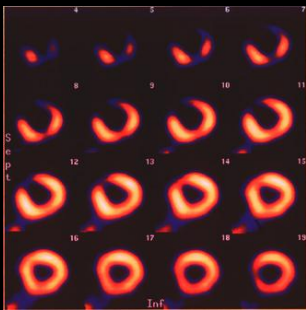
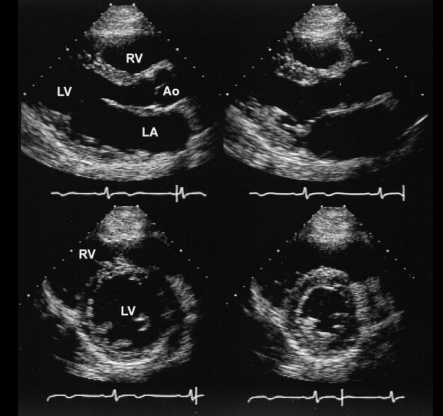
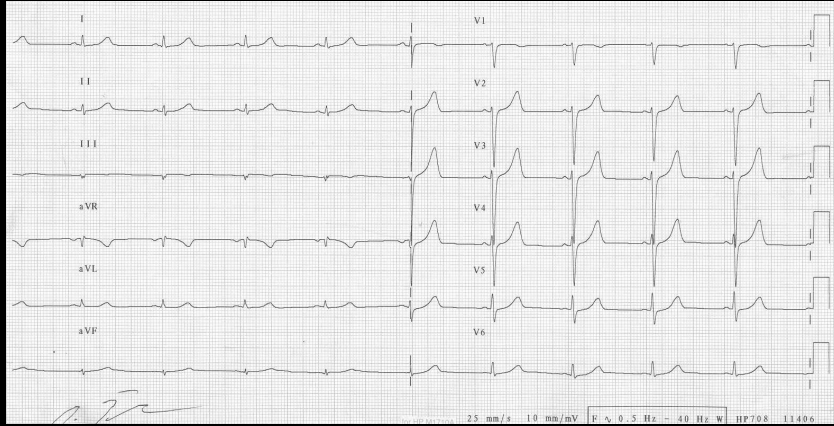


Klinická propedeutika



Klinická propedeutika



Anamnéza

(řec. ana = roz-, mnesis = paměť, tj. rozpomínání)

RA: pátráme dědičných postiženích či dispozicích (ICHS, CMP, náhlá smrt, vrozené vady, HT, nádory)

OA: dětská onemocnění a všechny závažnější choroby, včetně úrazů a operací

PA + SA: typ práce, v jakém prostředí, jak a kde bydlí:

GA: první menses, délka trvání, jaká AK, porody, potraty, klimax

NO: první příznaky, komplikace,

FA: jaké léky či doplňky

Návyky: kouření, alkohol, drogy

Alergie: kožní, dechové, GIT

Fysiol.fce: zrak, sluch, chuť, močení, stolice, hmotnost

Anamnéza přímá I

Přímou anamnézu získáváme přímou rozmluvou s nemocným.

Přímá anamnéza začíná obvykle otázkou: "Co vás přivádí, co se vám přihodilo, jaké máte obtíže?"

Pacient pak vykládá, lékař poslouchá a pozoruje vzhled, mimiku a gestikulaci nemocného. Posléze začne rozhovor řídit a klade doplňující otázky tak, aby mohl všechny potřebné údaje zapsat v obvyklém sledu. Otázky nesmí být sugestivní.

Anamnéza přímá II

Výpovědi nesmíme zkracovat a nesmíme je překládat do odborné terminologie. Zapišeme to, co nemocný vykládá. Vyplývá-li z líčení nemocného, že při rychlejší chůzi dostává bolestivé sevření za hrudní kostí, které po zastavení rychle mizí, nesmíme zapsat, že pacient má námahovou anginu pectoris, ale naopak jednotlivé znaky nepříjemného pocitu pečlivě rozebrat. Mluví-li pacient nespisovně, píší se věty v úvozovkách.

Anamnéza nepřímá

Nepřímou (objektivní) anamnézu u nemocných s porušeným vědomím bereme od provázejících osob, ať už jde o rodinné příslušníky nebo nahodilé průvodce či osádku ambulance
-využíváme též u psychopatů, narkomanů a vůbec v případě pochyb o správnosti údajů pacienta.

Anamnéza

Simulace je předstírání nemoci. Simulanti mohou vykládat příznaky velmi věrohodně, poučí-li se o nich v literatuře. Přece však v popisu dělají chyby a především chybí příslušný objektivní korelát.

Dissimulace je zastírání obtíží, buď vědomé nebo nevědomé, aby se oddálilo určení diagnózy s nepříjemnými následky (operace, nucené léčení apod.).

Anamnéza

Agravace je vědomé zhoršování obtíží za účelem prodloužení léčení, práceneschopnosti apod.

Neurotici mají velmi bohatou anamnézu a provázejí ji živou mimikou a gestikulací. Jejich obtíže jsou polymorfní a velmi proměnlivé

Anamnéza rodinná

Slouží ke zjištění nemocí, které se v rodině vyskytují nebo vyskytovaly. Jde zejména o choroby dědičné (např. hemofilie), dále o tzv. "civilizační" choroby, ke kterým se dědí dispozice (např. vysoký krevní tlak, ischemická choroba srdeční, otylost, peptický vřed, cukrovka, nádorová onemocnění, některá duševní onemocnění apod.), a nakonec o rodinnou expozici infekčním chorobám, např. dětské exantematické nemoci, tbc, hepatitis epidemica, AIDS atd.

Anamnéza rodinná

Ptáme se tedy, jakými chorobami trpí otec a matka nebo zda již zemřeli a na jakou příčinu. Víme, že rizikem civilizačních chorob je úmrtí rodičů ve věku do 60 r. Podobně se ptáme na sourozence a blízké příbuzné

Anamnéza osobní (předchorobí)

Zaznamenáváme všechny nemoci, alergie, úrazy, operace a jejich následky v chronologickém pořádku od narození pacienta až do nynějška. Někdy se stává nejobtížnější částí anamnézy, kdy musíme nemocnému dát prostor pro hovor ale musíme jen nenásilně usměrňovat.

Anamnéza pracovní

Pracovní anamnéza informuje o expozici škodlivinám infekčním (zdravotníci, veterináři, laboranti, pracovníci v tropech), onkogenním (radioaktivita), průmyslovým (jedy, prašnost), alergizujícím (prachy, pyly, potraviny) a stresujícím (hlučnost, duševní vypětí, další pracovní poměry).

Anamnéza sociální

Sociální anamnéza informuje o familiárních zvycích, zejména o způsobu života (aktivní a pasivní odpočinek, pohybová aktivita, koníčky, rodinné problémy, sexuální život) a o způsobu stravování (přejídání, alkohol, káva, koka, čaj) a kouření. Tyto faktory vytvářejí tzv. "životní styl", který se vysoce uplatňuje na manifestaci zděděných dispozic k určité chorobě.

Anamnéza gynekologická

Ptáme se na začátek menses, jejich pravidelnost a obtíže při nich, na poslední menses resp. na klimakterium či menopauzu. Žena může být poslána k rtg vyšetření nejdéle 10 dní po posledních menses! Počet porodů a potratů, jakou užívá antikoncepci

Anamnéza nynějšího onemocnění

U akutních onemocnění má být vyznačeno úplné datum začátku onemocnění, např.: "V neděli dne 29. října 1991 po obědě začala pacienta bolet hlava" a následuje rozbor dalších příznaků. U chronického onemocnění zjišťujeme začátek onemocnění méně přesně.

Anamnéza nynějšího onemocnění

Pokud chronické onemocnění exacerbovalo, odhalíme jeho začátek již v předchorobí, např.: "Nemocný udává, že má asi od r. 1985 vždy jedenkrát až dvakrát ročně, převážně na jaře a na podzim, trávicí obtíže.

Nyní začaly opět tyto obtíže koncem října 1991 a jsou nezvykle silné" a následuje rozbor příznaků.

Rozbor hlavních subjektivních příznaků

Rozeznáváme příznaky nespecifické neboli celkové, které jsou obecným dokladem nemoci, a příznaky specifické neboli místní, které se přímo váží k určitému orgánu nebo systému. Mezi nimi nabývá na důležitosti tzv. vedoucí příznak, který nemocného nejvíce obtěžuje nebo je nápadný a zaměřuje diagnostiku k určité klinické jednotce.

Nespecifické příznaky

ÚNAVA (ASTHENIE):

NESPAVOST (INSOMNIE)

NECHUTENSTVÍ (ANOREXIE)

HLAD (BULIMIE)

ŽÍZEŇ

Specifické příznaky

BOLEST (DOLOR)

DUŠNOST (DYSPNOE)

KAŠEL (TUSSIS)

BUŠENÍ SRDCE (PALPITACE)

ZÁVRAT, SYNKOPA

Bolest (dolor)

- 1) charakter,**
- 2) lokalizaci,**
- 3) vyzařování,**
- 4) provokaci,**
- 5) úlevové manévry.**

Bolest na hrudi 1.

Ischemické bolesti (z nedokrevnosti určité oblasti myokardu):

Stabilní angina pectoris

Nestabilní angina pectoris - je každá čerstvě vzniklá angina pectoris a horšící se chronická angina.

Infarktová bolest

Bolest z hrudních orgánů

akutní perikarditidy

aneurysma dissecans aortae

spontánní pneumothorax

esofageální bolesti

pleurální bolest

Bolest na hrudi 2.

Bolesti ze stěny hrudní –

vertebrogenní bolestivý syndrom při lézích (nejčastěji spondylartróza) obratlů C7 - Th6

herpes zooster, furunkl,

palpačně bolestivá žebra (fraktury, nádory),

mastodynie u žen aj.,

Tietzův syndrom – sternocostodynie; *entezopatie* jsou bolestivé úpony svalů a chrupavek na žebra.

Do hrudníku mohou ve střední čáře vyzařovat bolesti z horní etáže břišní gastroduodenální, biliární, pankreatické choroby).

Bolest břicha 1.

Bolest somatická (epikritická, parietální), která se vyznačuje přesnou lokalizací a ostrým charakterem, je provázena ohraničenou palpační bolestivostí a napětím břišní stěny. Vzniká drážděním pobřišnice.

Bolest viscerální (protopatická) je nepřesně ohraničená, tupá, často lokalizovaná v okolí střední čáry. Nikdy není provázena reflexním stažením svalů břišní stěny. Vzniká buď napětím pouzdra parenchymatosních orgánů dutiny břišní, anebo změnou napětí u orgánů dutých. Bývá rytmická, často provázena zvracením nebo průjmem.

Bolest břicha 2.

Viscerální syndrom s přenesenou bolestí je charakterizován pocitem trvalejší bolesti, s vyzařováním bolesti určitým směrem. Tento typ bolesti znamená vždy významnější anatomické postižení orgánu, např. pronikání vředu do hloubky žaludeční stěny, či kamének ve žlučových cestách s anatomickým postižením sliznice.

Kolika: kolísavé intenzity, biliární, renální kolika – průchod kaménku

Dušnost (dyspnoe)

je subjektivní pocit ztíženého dýchání až nedostatku vzduchu který nemusí mít vyjádřený žádný objektivní příznak.

Dušnost je závažným klinickým projevem srdečního, plicního či krevního onemocnění

Bušení srdce (palpitace)

Palpitace jsou nepříjemné, intenzivně vnímané projevy srdeční činnosti charakterizované zejména:

- krátkodobou nepravidelností tepu,
- "přeskočením"
- pocitem "krátkodobého zastavení",
- rychlým pravidelným bušením (paroxysmální tachykardie),
- rychlým nepravidelným bušením srdce (fibrilace síní).

Mohou být způsobené arytmiemi (extrasystoly, fibrilace síní, paroxysmální tachykardie), proto je nutné po jejich příčině pátrat.

Závrať (vertigo)

je pocit porušené rovnováhy - nejistota, zapotáčení, zatočení hlavy, v nejtěžších případech rotační závrať s upadnutím. Mezi hlavní příčiny patří onemocnění vestibulárního aparátu (Menierův syndrom), mozečku, mozková nedokrevnost, ale může se vyskytovat i u neurotiků.

Synkopa

Synkopa je krátkodobá ztráta vědomí trvající několik minut, způsobená nedostatečným prokrevním mozku.

Kardiální synkopa:

- z arytmie - extrémní tachy- a bradyarytmie způsobují náhlý pokles minutového objemu (Adams-Stokesův syndrom je označení synkopy vznikající při přechodné asystolii nebo komorové tachykardii),
- z aortální stenózy se projevuje při námaze nebo po jejím skončení; synkopa je způsobena omezeným průtokem krve stenózou,
- z obstrukce mitrálního ústí - myxomem nebo velkým trombem v levé síni; vznik synkopy závisí na poloze nebo na námaze.

Cirkulační synkopa:

- ortostatická - vzniká ve stoje v souvislosti s poruchou baroreceptorů; přispívajícími faktory jsou dehydratace, žilní varixy na dolních končetinách, medikamenty (diuretika, hypotenziva, nitráty),
- vazovagální - projevuje se obvykle u zdravých osob pod vlivem bolesti, strachu, hladu, dusna; synkopa vzniká rychle, po pádu nebo uložení do horizontální polohy se vědomí rychle upravuje,

Extrakardiální synkopa

- bývá způsobena arteriosklerózou, kašlem nebo hyperventilací, neurologická příčina

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

(řec. fysis = příroda, tělo, smysly) zahrnuje vyšetřovací metody, ke kterým lékař používá své smysly.

inspekce (adspekce)

palpace

perkuse

auskultace

vyšetření zrakem,

vyšetření pohmatem,

vyšetření poklepem,

vyšetření poslechem

vyšetření čichem –

dekomp.DM, alkohol

Vyšetření končí základním měřením (teplota, puls, krevní tlak, dech, výška, váha) a případně adspekci exkretů (moč, stolice, zvratky, sputum)

Celkové vyšetření

provádí lékař především adspekci, od prvního okamžiku setkání s nemocným. Hodnotí jeho vědomí, somatický stav, motilitu a změny na povrchu těla.

Vědomí

Je integrální funkcí centrálního nervového systému.

MDLOBA (SYNKOPA)

Je krátkodobá ztráta vědomí podmíněná přechodnou nedokrevností mozku z omezení účinného oběhu krve. Příčiny omezení resp. zastavení účinného oběhu krve jsou periferní nebo srdeční.

BEZVĚDOMÍ trvajícím vleže déle než 30", **NEHMATNÝ PULS** na 2 velkých tepnách, **ZÁSTAVA DECHU** uváděná "lapavými" agonálními dechy, **MYDRIÁZA** z anoxie mozkového kmene (cave morfin aj!),

Celkové vyšetření

KOMATÓZNÍ STAV

je dlouhotrvající bezvědomí podmíněné organickým (molekulárním až makroskopickým) poškozením mozku. Podle hloubky jej dělíme na **SOMNOLENCI** (pacient je spavý, ale probudný), **SOPOR** (pacient neprobudný, ale reaguje na bolestivé podněty), **LEHKÉ KOMA** (pacient v hlubokém bezvědomí, je zachován pouze korneální reflex), **TĚŽKÉ KOMA** (vymizel korneální reflex, hrozí smrt).

POSTOJ A CHŮZE

Parkinsonismus: Hlava a trup předkloněny, paže i dolní končetiny flektovány v loktech resp. kolenech. Propulzní chůze malými krůčky.

Hemiplegie: Na ochrnuté polovině těla je paže flektována a přitažena k tělu, dolní končetina natažena. Chůze se děje cirkumdukci, ochrnutá natažená dolní končetina se pohybuje obloučkem.

Kulhání: Jedna dolní končetina je zkrácena (po zlomenině, při nervové obrně).

Kolébavá chůze: U oboustranného onemocnění kyčelních kloubů.

Ataxie: Vrávoravá chůze o široké bázi (onemocnění mozečku, tabes dorsalis, opilost).

**SALUS AEGROTI
SUPREMA LEX
PRIMUM NON
NOCERE**