

PRAKTIKUM 1

ANAMNÉZA V REHABILITACI

Odkaz na výukový portál ke komunikaci ve zdravotnictví a jednoduché hravé cvičení k anamnéze: <http://imed-komm.jcu.cz/dir/26/cvic13.html>



Pamatuj: S ANAMNÉZOU NEJDÁL DOJDEŠ

„Ten kdo léčí bolest z funkčních poruch pohybového aparátu tam, kde ji pacient udává je většinou ztracen“ Prof. Lewit

Anamnéza – z latinského *anamnesis* – rozpomínání se;

Anamnéza je tzv. předchorobí, soubor informací o pacientovi. Tyto data se vyhodnocují a posuzují v kontextu s klinickým vyšetřením.

Dle prof. Koláře (2009) literatura uvádí, že lze správnou diagnózu stanovit až u 50 % pacientů.

Při vstupní části vyšetření používáme dvě vyšetřovací techniky, a to *vstupní pohovor (anamnéza)* a *aspekci (vyšetření pohledem)* (Véle, 2012). Otázky ve vstupním pohovoru jsou kladeny tak, abychom získali co nejvíce informací, avšak tyto otázky by neměly být zavádějící. Doplňující otázky a doptávání k doplnění anamnézy se často praktikuje také v průběhu terapie. Jednak dojde k většímu navázání kontaktu a spolupráce (adherence a compliance) k terapii a jednak se stav průběhu terapie mění, tudíž jsou následné otázky specifické a cílené dle aktuálních potřeb (Kolář, 2009).

Pacient přichází se vstupní diagnózou od lékaře často přímo s předpisem terapie. Vstupní diagnózu je potřeba rozšířit o podrobný *rozběr poruchy pohybového chování a porušených pohybových funkcí (KINEZIOLOGICKÝ ROZBOR* – Fyzioterapeutické vyšetření)* a získat informace o vzniku poruchy a její povaze. K získání informací a zvolení optimálního a vhodného individuálního vyšetřovacího a léčebného postupu je ideálem také získat informace o osobnosti postiženého – přicházejícího (Véle, 2012).

* *Specializované vyšetření prováděné fyzioterapeutem zaměřené především na funkční změny (patologie) pohybového aparátu. Obsahuje podrobné odebrání anamnézy s důrazem mimo jiné na pracovní a sociální část, ergonomické vyhodnocení, zhodnocení subjektivních obtíží s hlavním zřetelem k pohybovému aparátu. Vlastní*

kineziologické vyšetření zahrnuje objektivní vyšetření podle závažnosti postižení, s následnou diferencíálně-diagnostickou rozvahou, klinickou rozvahou a se stanovením cílů fyzioterapie.

Podle Véleho (2012): „vstupní pohovor vyžaduje psychologické i jazykové znalosti a probíhá jako **přátelská beseda**, nikoli jako výslech“. Anamnéza je první kontakt s nemocným a je prováděn metodou pohovoru v klidném a diskrétním prostředí. Měl by tedy začínat našim představením (případné podání ruky) a pokračovat otázkou co pacienta trápí, jaké má potíže nejen tělesné, ale také duševní. Začínáme rozhovor například: Co vás trápí? S čím Vám mohu pomoci? **Rozhovor usměřňujeme a řídíme konkrétními dotazy, ale necháváme nemocnému volný prostor na jeho subjektivní vyjádření přítomných obtíží** (*nepredikujeme cílenými dotazy interpretaci pacientových subj. obtíží, které by mohli vést k misinterpretaci*). Anamnéza obsahuje části o tělesném i duševním zdravotním stavu, prodělaných nemocech, úrazech, duševních traumatech i jejich léčeni, dále o rodinném a sociálním zázemí, studiu a zaměstnání, o současných pacientových obtížích, kvůli kterým přišel. Z taktických důvodů začínáme vést anamnézu dotazy na nynější onemocnění, abychom pacienta zbytečně nedeptali ihned zpočátku dotazy na patologické stavy a úmrtí v rodině (Gross, 2005; Véle, 2012).

Odběr *rodinné anamnézy* se zaměřuje na získání informací o vrozených vadách pohybového systému a hereditárních onemocněních příbuzných prvního a druhého řádu. Zjišťuje se přítomnost civilizačních chorob u rodičů, blízkých příbuzných a sourozenců a v neposlední řadě také příčiny úmrtí. V *osobní anamnéze* chronologicky zaznamenáváme všechna závažná onemocnění, úrazy, a operace. V záznamu má být uvedeno nejen co pacient prodělal, ale také způsob léčení, dřívější léčení a zda byla prodělaná terapie účinná či nikoliv. Při zaznamenávání uvádíme s údajem o onemocnění také rok, kdy ke zmíněnému stavu došlo. *Nynější onemocnění* je další složka při odběru anamnézy. V anamnéze zaujímá první místo. Zde zjišťujeme informace o charakteru obtíží, dobu jejich vzniku, pořadí, projevech a jejich vzájemné souvislosti. Významné postavení má informace o bolesti, kdy zjišťujeme její charakter, intenzitu, iradiaci, lokalizaci, zda je vyvolávána nějakým mechanismem či manévrem, jaký má vztah k nádechu a výdechu, a také naopak zjišťujeme, ve které poloze se bolest zmírňuje nebo zcela mizí. Antalgická poloha – poloha, jež zmírňuje nebo zcela eliminuje obtíže. *Farmakologická anamnéza* zahrnuje informace o krátkodobé či dlouhodobé farmakologické léčbě. Nedílnou součástí je také získání informací do *pracovní a sociální anamnézy*. Tato část zahrnuje údaje o typu práce, zda je fyzicky náročná či psychicky náročná. Ptáme se nejen na aktuální zaměstnání, ale také na minulé zaměstnání. Bere se v potaz také sociální situaci, místo bydliště a jeho bariery, členy rodiny, s kým bydlí atd. *Gynekologická anamnéza* nás zajímá především z pohledu užívání hormonální

antikoncepce, počtu porodů, abortů a průběhu těhotenství. V případě mužů naše dotazy směřují k informacím o poruchách potence a erekce. Informace jsou validní k získání povědomí a funkci pánevního dna. *Alergie a abúzus* obsahují informace o alergii na faktory prostředí a především na jedy a léky. Zajímá nás konzumace alkoholu, kouření cigaret a konzumace drog (Špinar a kol. 2008). *Fyzické projevy (Fyziologické funkce)* zahrnují schopnost mikce a vylučování stolice. Dále do této anamnestické skupiny zařazujeme kvalitu a kvantitu spánku, chuť k jídlu, pohlavní život, kvalitu či změnu zraku a sluchu a také informace o změnách nálad. Specializovanými oddíly specificky se zaměřující na pohybový aparát a činnostmi s ním souvisejícími jsou *sportovní a rehabilitační anamnéza*. *Sportovní anamnéza* obsahuje informace o profesionálně i rekreačně provozovaném sportu v minulosti i současnosti. *Rehabilitační anamnéza* je zdrojem informací o proběhlé rehabilitační a fyzioterapeutické léčbě. Kladené dotazy jsou směřovány k užitým metodám a konceptům. Také obsahuje informace o nutnosti užívání kompenzačních pomůcek, taktéž v minulosti užívaných či předepsaných (Špinar a kol. 2008; Marek a kol. 2001).

Vlastní vstupní pohovor – Anamnéza

Jedná se o jeden z prvních verbálních kontaktů s pacientem. Podání ruky (v kontextu kulturním ano/ne) a představení po pozdravu je samozřejmostí. V ideálním případě se snažíme o rozhovor ve vhodném prostředí v duchu přátelské besedy (v praxi však mnohdy těchto podmínek nelze dosáhnout).



!! Vhodný je také dotaz na to, jakou má pacient představu o následné terapii a jaký je jeho terapeutický cíl a co od terapie očekává!!

NEHODNOTIT CIZÍ TERAPEUTICKÝ POSTUP!!!!



Struktura:

Základní informace – Základní údaje o pacientovy, Stranová dominance

Rodinná anamnéza - RA

Osobní anamnéza - OA

Pracovní anamnéza - PA

Sociální anamnéza - SA

Sportovní anamnéza – SPA

Rehabilitační anamnéza - RHBA

Gynekologická anamnéza - GA

Farmakologická anamnéza - FA

Alergologická anamnéza – AA

Abúzus

Fyziologické funkce - FF

Nynější onemocnění - NO

Podrobný rozbor bolesti (součást NO):

- charakter bolesti (tupá, ostrá, píchavá, vyzařování, kontinuální, intermitentní)
- lokalizace (přesné lokalizovatelná, plošná)
- intenzita (např. skóre 1-10 kdy 10 je maximální intenzita)
- klidová, noční, po zátěžová...
- délka bolesti
- jaký pohyb irituje bolest, co zmírňuje bolest
- antalgická poloha
- přítomnost jiného fenoménu jako je ztuhlost, spasmus, vegetativní projevy apod.
- etc. (Calta, 2014)



Nejdůležitější body ANAMNÉZY dle Calty (2014) a poznámky navíc:

RA: postižení hybného systému v rodině ve smyslu dědičnosti dispozic, vzor sociálního chování, endokrinopatie

OA: u všech úrazů (především fraktur), operací a chronických onemocnění vždy uvádět datum jejich vzniku či provedení!!

Suspektní perinatální postižení s projevy ve smyslu malé mozkové dysfunkce, poškození kyčlí, M. Perthes etc.

Anginy, otitidy, TE, AE a další fokální infekce i zubní

Úrazy – okolnosti a mechanismus vzniku? končetiny? dopravní nehody? pády z výšky?

Sporty

Vojenská služba u mužů

Operace, například břišní poloha v narkóze jako zdroj blokády páteře

U žen gynekologické obtíže, insuficience funkce

Ektomie (operační vyjmutí celého orgánu) v oblasti pohlavních orgánů – vliv na psychiku a vazivo

Štítnice s vlivem na kostní metabolismus a lokálně na oblast krku a ramen (viscerovertebrální vztahy)

Glycidový metabolismus – potíže ze strany pohybového aparátu předbíhají manifestní projevy diabetu o několik let, nutné oGTT

Alergie – přesně zjistit s ohledem na možnost desinfekcí, LEPIDLA KINEZIOTAPU, alkoholové očištění pokožky, kremy, gely, chladivé přípravky, lokální anestetika

Změny váhy – změna postavení hlavně v LS oblasti (Calty, 2014)

KVALITA SPÁNKU:

- k posouzení bolesti (ruší či neruší ve spánku)
 - při pohybu ustane (edém, pasivní překrvení)
 - předčasné probuzení
 - chronické užívání léků
 - kontraceptiva, trimepranol, centrální myorelaxantia, antidepressiva, anxiolytika
- kortikoterapie

STRANOVÁ DOMINANCE – pravák, levák, ambidexter, přeučení – vhodné uvádět jako první v objektivním nálezu

PA:

- vzdělání vs. současná funkce
- délka vykonávání současného zaměstnání a předchozí zaměstnání (přechod z úřední na fyzickou práci a opačně, změna charakteru zaměstnání jako příčina vzniku obtíží)
- převážný charakter pracovní činnosti



- psychická zátěž – vždy zjistit – často převažující vliv na pohybový aparát

SA:

- Stav (ženatý, vdaný, rozvedeny apod.)
- U žen počet dětí a jejich věk (představa o zátěži „druhou směnou“)
- Pohybový režim pacienta!
- Ochota k výpovědi přímo úměrná kvalitě rodinného zázemí

NO:

- pozor na „naučené“ popisy obtíží, využívající převážně hodnocení jiných – nutno trvat na popisu obtíží, ne jejich příčin! Ne sdělených diagnóz!
- Časové údaje konkrétně!
- Okolnosti vzniku prvních obtíží a jejich popis, včetně postupu a úspěchu léčby
- Recidivy, rozšíření bolestivých oblastí, vliv zvýšeného břišního tlaku

Dosavadní léčba obtíží:

- medikamentózní efekt?
- fyziatrický a fyzioterapeutický efekt?
- PN (pracovní neschopnost) pro tyto obtíže, případně sociální úlevy (ZPS, DIČ, DI, ZTP etc.), lázeňské pobyty, u úrazů zda jde o pracovní úraz
- Charakter současných obtíží – popis, v případě dekompenzace chronických obtíží pátrání po příčině dekompenzace:
 - úlevová poloha, poloha během spánku
- antalgické držení, zhoršující a zlepšující faktory (Calta, 2014)



Bolest

Definice bolesti: „nepříjemný, smyslový a emoční zážitek spojený se skutečným nebo potenciálním poškozením tkáně nebo popisovaný výrazy pro takové poškození a je vždy subjektivní“ Malzac (Rokyta, 2012).

Lidé snášejí akutní bolest snáze, i když je intenzivnější, protože netrvá příliš dlouho. Chronickou bolest snášejí zpravidla hůře, protože trvá delší časové období a její důsledky bývají devastující. Jedná se zejména o bolest poúrazovou a pooperační. Chronická bolest ztrácí svůj význam signálu možného poškození organismu a navíc je-li vytrvalá a urputná, nedovolí nemocnému myslet na nic jiného a stává se nosologickou jednotkou, syndromem (Rokyta, 2012).

Klasifikace bolesti podle začátku a trvání:

Akutní bolest – začíná okamžitě a trvá méně než 3 měsíce, má ochranný/protektivní charakter, je chápána spíše v pozitivním smyslu

Subakutní bolest – vyznačuje se postupným, pozvolným začátkem a trvá taktéž méně než 3 měsíce

Chronická bolest – trvá déle jak 3 měsíce a začátek bolesti není podstatný, je vždy patologická, má přesah bio-psycho-sociologický

Recidivující bolest – je to bolest, která se vrací po určitém období bez symptomů

Intermitentní bolest – fáze bolesti se střídá s fází bezbolestnou

Klasifikace bolesti podle lokalizace a šíření:

Lokální bolest – bolest, která nevyzařuje a patologie této bolesti vzniká v důsledku přetížení lokálních struktur axiálního systému-svalů, ligament, intervertebrálních disků a kloubů (Kasík, 2002).

Pseudoradikulární bolest – místo vzniku této bolesti se nachází na periferní somatické tkáni a je převedena do odpovídajících myotomů a sklerotomů odpovídajícími míšními kořeny a periferními nervy; řadíme sem i bolesti při patologických stavech vnitřních orgánů, tzv. viscerosomatickou bolest; pseudoradikulární bolest zapříčiňují funkční poruchy kloubů pánevního kruhu, páteře nebo degenerativní změny intervertebrálních kloubů (Kasík, 2002).

Radikulární bolest – vzniká při poškození či dráždění míšního kořene s typickou projekcí do příslušných dermatomů; nejčastěji vzniká na podkladě výhřezů intervertebrálních disků (Kasík, 2002)

Diskogenní bolest – je to typická bolest při degeneraci intervertebrálního disku, jeho protruzí nebo herniací bez útlaku nervového kořene a je tedy bez typické radikulární symptomatiky; neprojevuje se tedy propagací bolesti do končetin; je lokalizována v zádech a je iritována zvýšením nitrobršního tlaku a při činnostech v předklonu; tento stav se při špatně vedené terapii může dekompenzovat a dojit k rozvoji komprese nervového kořene (Kolář 2009).



Zajímavé odkazy:

<https://anatom.cz/>

<http://www.thestudentphysicaltherapist.com/>

<http://atlas.brain->

[map.org/#atlas=1&plate=100960224&structure=549&x=5280.1904296875&y=3744.0000697544647&zoom=-3&resolution=11.97&z=5](http://atlas.brain-map.org/#atlas=1&plate=100960224&structure=549&x=5280.1904296875&y=3744.0000697544647&zoom=-3&resolution=11.97&z=5)



Doporučená literatura – zdroje:

1. CALTA, Jan. Anamnéza u postižení hybného systému se zvláštním zaměřením na myoskeletální, zejména vertebrogenní problematiku. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 2014, roč. 21, č. 3, s. 124-129. ISSN: 1211-2658.
2. VÉLE, František. 2012. *Vyšetření hybných funkcí z pohledu neurofyzologie: příručka pro terapeuty pracující v neurorehabilitaci*. Praha: Triton, 222 s.
3. KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, c2009, xxxi, 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
4. HALADOVÁ, Eva a Ludmila NECHVÁTALOVÁ. *Vyšetřovací metody hybného systému*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010, 135 s. ISBN 978-80-7013-516-7.
5. Přednášky z Propedeutiky v rehabilitaci I – prim. MUDr. Sosíková, Ph.D.

6. GROSS, Jeffrey M, Joseph FETTO a Elaine Rosen SUPNICK. *Vyšetření pohybového aparátu: překlad druhého anglického vydání*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2005, 599 s. ISBN 80-725-4720-8
7. KASÍK, Jiří. *Vertebrogenní kořenové syndromy: diagnostika a léčba*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, 224 s. ISBN 80-247-0142-1.
8. MAREK, Josef, Petr SUCHARDA a Zdeněk KALVACH. *Propedeutika klinické medicíny*. Praha: Triton, 2001, 652 s. ISBN 80-725-4174-9.
9. LEWIT, Karel. *Manipulační léčba v myoskeletální medicíně*. 5. přeprac. vyd. Praha: Sdělovací technika, c2003, 411 s. ISBN 80-866-4504-5.
10. ROKYTA, Richard. *Bolest: monografie algeziologie*. 2. vyd. Editor Richard Rokyta, Miloslav Kršiak, Jiří Kozák. Praha: Tigis, 2012, 747 s. ISBN 978-80-87323-02-1.
11. ŠPINAR, Jindřich. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 255 s. ISBN 978-80-247-1749-4.