

WYTYCZNE PISANIA HISTORII CHOROBY PRZEZ STUDENTÓW

Historia choroby jest dokumentem lekarskim dydaktycznym, naukowym i prawnym. Aby spełniała te wszystkie zadania, musi być dokładna, napisana przejrzysto i logicznie.

Dane osobiste - zwykle wypełnia urzędniczka izby Przyjęć lub pielęgniarka

Historia choroby (h.ch.) zawiera następujące części:

- I. Główne skargi chorego.
- II. Wywiady:
 - A. Dotyczące obecnej choroby.
 - B. Dolegliwości ze strony poszczególnych układów (z ustaleniem zasadniczych cech każdej dolegliwości).
 - C. Dotyczące trybu życia i przeszłości chorego:
 1. choroby przebyte i ich powikłania,
 2. zawód,
 3. nawyki,
 4. odżywianie,
 5. warunki mieszkaniowe,
 6. wywiady rodzinne.
- III. Badanie przedmiotowe.
- IV. Rozpoznanie wstępne.
- V. Rozpoznanie różnicowe.
- VI. Plan badań dodatkowych.
- VII. Leczenie.
- VIII. Obserwacje.
- IX. Rozpoznanie ostateczne.
- X. Wnioski ostateczne, czyli epikryza.
- XI. Zalecenia do domu dotyczące: trybu życia,
diety,
leczenia.

Wyniki badań dodatkowych i wyniki konsultacji wpisuje się do specjalnych kart zbiorczych, w treść obserwacji lub wlepia na przedostatniej stronie historii choroby - zależnie od zwyczajów panujących w oddziale.

Wywiady (anamnezis)

I. Pierwsze zdanie zwrócone do chorego, poza powitaniem, powinno brzmieć, „z powodu jakich dolegliwości zgłosił się Pan(i) do szpitala, do Panu (i) delega”. Z jakiego powodu chory właśnie dzisiaj zgłosił się o pomoc do lekarza, czasem choruje od dawna, ale zgłasza się w jakimś określonym dniu. Pierwsze zdanie w historii choroby powinno być odpowiedzią na to pytanie i powinno brzmieć następująco: „Chory lat zgłasza się z powodu:” w jednym zdaniu należy wyliczyć wszystkie główne skargi chorego, oddzielając je przecinkami. Każdą z tych skarg rozwija się w II części h.ch., od kiedy się datują oraz ich cechy i zależności, np. od wyniku, jakości i czasu przyjmowanych pokarmów, kaszlu, itp..

II. Wywiady dotyczące obecnej choroby.

Kolejne zdanie h.ch. powinno brzmieć: „Obecna choroba rozpoczęła się....” Zbiera się wywiady za cały czas trwania choroby do dnia przyjęcia chorego do kliniki lub rozpoczęcia obserwacji (np. w ambulatorium).

Pomocne są następujące pytania:

1. Jak dawno wystąpiły pierwsze objawy choroby?
2. Czy choroba wystąpiła nagle, czy rozwinęła się stopniowo?
3. W jakiej kolejności wystąpiły po sobie objawy choroby?
4. W jakich okolicznościach powstała choroba? Te informacje mogą niekiedy ustrzec chorego przed następnym zachorowaniem.
5. Cechy omawianych objawów: stałość, natężenie, częstość, czas trwania objawy towarzyszące, itp. Stosowane leczenie: jakie, kiedy, z jakim skutkiem?
6. Czy kiedyś w związku z obecnymi dolegliwościami chory zasięgał porady lekarskiej, przebywał w szpitalu (przejrzeć karty informacyjne) lub w sanatorium?

Omawiana część wywiadów stanowi rozwinięcie głównych skarg. Lekarz od początku zbierania wywiadów przeprowadza w myśli różnicowanie; zadaje choremu pytania odpowiednie w danym przypadku, mające na celu stopniowe ograniczenie liczby chorób, w których występują podobne dolegliwości. Tak więc od samego początku rozmowy z chorym, lekarz zmierza do ustalenia rozpoznania.

Choroba przeważnie toczy się w jednym układzie. W tej części h.ch. należy wyczerpać wszystkie skargi, dotyczące tego układu, a także innych narządów, o których informacje są potrzebne do dopełnienia całości obrazu obecnej choroby. W dalszej części wywiadów, dotyczących dolegliwości ze strony poszczególnych narządów opuszcza się zbieranie informacji na wyczerpany już temat.

Ta część wywiadu musi być tak zebrana, żeby na jej podstawie można było z dużym prawdopodobieństwem ustalić rozpoznanie choroby podstawowej, tzn. tej, z powodu której chory zgłasza się obecnie do lekarza.

Dolegliwości ze strony poszczególnych układów (z ustaleniem zasadniczych cech każdej dolegliwości).

Choremu zadaje się pytania dotyczące każdego układu, wg schematu podanego przez podręczniki diagnostyki klinicznej w następującej kolejności:

- dolegliwości ze strony układów: oddechowego i krążenia,
- II II II układu pokarmowego,
- II II II nerek i dróg moczowych,
- II II II układu ścielowego,
- II nerwowe ogólne i ze strony zmysłów, także bóle głowy,
- II ze strony narządu ruchu,
- II w zakresie skóry, tkanki podskórnej (także chudnięcie, tycie, gorączka, dreszcze).

Student powinien zadawać wszystkie pytania z każdego układu.

Na te się twierdzące odpowiedzi chorego, a z przeczących tylko takie, które mają zasadnicze znaczenie dla rozpoznania, np. przy stwierdzonej wadzie serca, notuje się, że chory nie przechodził zapalenia wsierdzia lub zapalenia stawów. Odróżnia się chorobę obecną, z powodu której chory szuka porady lekarskiej dzisiaj, od chorób, które toczyły się mogą od tygodni czy lat i chory albo na nie leczy się lub leczy, albo nie przywiązywał do tych dolegliwości większego znaczenia. Niekiedy są one właśnie bardzo ważne w całym kontakcie zaburzeń.

Dolegliwości ze strony poszczególnych narządów stanowią jakby tło obrazu, którego głównym motywem jest obecna choroba.

Przedstawioną tu zasadę notowania skarg ujemnych (czyli takich, których nie ma) stosuje się zarówno przy zapisywaniu wywiadów, jak i wyników badania przedmiotowego.

W punkcie „dolegliwości ze strony układu ścielowego” u kobiet zapisuje się datę pierwszej w życiu i ostatniej miesiączki, regularność miesiączkowania, charakter krwawień (obfite lub skąpe), czas trwania, a także liczbę ciąż i/lub poronień (która ciąża i w którym miesiącu), występowanie lub brak upławów, dolegliwości wieku przekwitania.

Niekiedy konieczna bywa informacja na temat stosowania środków antykoncepcyjnych (np. w przypadku zatorowości płuc). O życie ścielowe należy pytać tylko wtedy, gdy tego wymaga przebieg choroby.

Wywiady dotyczące trybu życia i przeszłości chorego.

1. Zawód - należy dokładnie wypytać, co chory robi i w jakich warunkach pracuje lub pracował (fencista nie jest zawodem) - ze względu na działanie różnych czynników szkodliwych, alergenów i na choroby zawodowe.

Zamiatowania pozazawodowe (hobby) - czasem w tym leży przyczyna choroby (np. urzędnik - gołębiarz).

2. Nawyki - należy dokładnie wypytać, od jak dawna pali i ile papierosów dziennie; jeżeli rzucił palenie to od kiedy i z jakiego powodu; czasami to właśnie pytanie naprowadza na właściwy sąd o chorobę, podobnie jak pytanie, dlaczego przeszedł na rentę,
 - alkohol - od kiedy pije, w jakiej ilości i jak często.
 - inne nawyki szkodliwe: nadużywanie leków przeciwbólowych, nasennych, narkotyków, nadużywanie kawy.

W całej historii choroby pytania w każdym przypadku powinny być zadawane indywidualnie, w sposób nie sugerujący odpowiedzi i uwzględniając stopień wykształcenia i świadomości chorego.

3. Choroby przebyte i ich powikłania, a także ważniejsze leczenie (np. jakie leki i jak długo brał w czasie przebytej gruźlicy płuc), operacje - z zaznaczeniem daty lub okresu życia, np. w wieku przedszkolnym, w czasie służby wojskowej. Należy przez zadawanie pytań upewnić się, czy chory istotnie przeżył chorobę, którą podaje.

Pobyty w szpitalach: wpisać do h. choroby datę, rozpoznanie oraz skrót głównych badań dodatkowych z kart informacyjnych.

Chorzy często zapominają na co chorowali, trzeba im przypominać najczęściej zdarzające się schorzenia oraz te, które mogłyby być związane z obecną chorobą.

4. Odżywianie - ważne przede wszystkim w chorobach przewodu pokarmowego, w cukrzycy.
5. Warunki mieszkaniowe - ważne zwłaszcza w chorobach stawów (wilgoć, zimno), serca (wysokie piętra bez windy), itp..

Niekiedy z tych punktów wynikają wnioski na przyszłość co do konieczności zmiany zawodu, mieszkania, odżywiania, znalezienia zawodu u osób młodocianych.

U osób w podszym wieku niekiedy powinno zebrać się informacje na temat warunków życia w czasie wojny. Czasem potrzebne jest wypytanie chorego, dlaczego nie służył w wojsku, czy uprawiał sporty (np. wada serca).

Warunki klimatyczne, w których chory mieszkał lub mieszka - obecnie najczęściej niż w przeszłości ludzie zmieniają strefy geograficzne w celach zawodowych lub turystycznych. Środowisko, w jakim przebywał (wilgoć, zapylenie, pleśń, itp.). Wywiady rodzinne: należy pytać o rodziców, rodzeństwo, na co chorowali (zmarli); o współmałżonków i dzieci.

III. Badanie przedmiotowe (status praesens)

Badanie przedmiotowe przeprowadza się: oglądaniem, obmacywaniem, opukiwaniem, osłuchiwanem i mierzaniem (wzrost, masa ciała, ciepota ciała).

Najpierw przeprowadza się badanie ogólne (ogólny wygląd i zachowanie chorego, itp.) a następnie szczegółowe (narządowe).

Badanie szczegółowe rozpoczyna się od tych części ciała, które - jak się wydaje na podstawie zebranych wywiadów i badania ogólnego - powinny wykazywać największe odchylenie od stanu prawidłowego. Jednak w historii choroby znalezione zmiany zawsze notuje się w jednakowej kolejności:

- stan ogólny: budowa ciała, skóra, obrzęki, owłosienie, węzły chłonne; błona śluzowa jamy ustnej, śluznica, wiek, wzrost, masa ciała: należna i rzeczywista, stan odżywienia, ciepota ciała ogólna;
- głowa, szyja, gałki oczne, źrenice, nos, jama ustna, język, gardło, migdałki, tarczycy;
- klatka piersiowa, wygląd ogólny, symetria, ruchomość, badanie dotykiem, sutki;
- układ oddechowy: opukiwanie porównawcze i szczegółowe, charakter odgłosu opukowego, dolne granice płuc, ich ruchomość.
Osluchowo: charakter szmeru oddechowego, szmery dodatkowe;
- układ krążenia: okolice serca (oglądanie i badanie dotykiem) opukiwanie, osłuchiwanie;
- naczynia krwionośne i układ tętniczy i żylny;
- jama brzuszna: oglądanie, badanie dotykiem, opukiwanie, osłuchiwanie;
- układ moczowy i narządy płciowe;
- narząd ruchu;
- układ nerwowy;
- stan psychiczny.

Szczegółowy schemat badania przedmiotowego podany jest w podręcznikach diagnostyki klinicznej.

Jeżeli w badaniu przedmiotowym stwierdza się jakieś zmiany, o których w wywiadach nie wspomniano, to należy uzupełnić anamnezę, zadając odpowiednie pytanie.

Odwrotnie - mając pewne przesłanki z wywiadów należy badając, zwrócić specjalną uwagę i poszukać tych objawów (np. trudno słyszalny szmer tarcia osierdzia).

IV. Rozpoznanie wstępne (W JĘZYKU POLSKIM)

Pisze się kolejno, najlepiej każde zdanie od nowego wiersza:

- rozpoznanie obecnej choroby,
- II chorób toczących się w innych narządach,
- II przebytych chorób z datą, na podstawie relacji chorego lub poprzednich kart informacyjnych.

Rozpoznanie wstępne jest hipotezą, którą należy potem dowieść lub obalić za pomocą badań dodatkowych i obserwacji chorego.

W rozpoznaniu wstępnym jest skrótkowo zawarte rozpoznanie różnicowe.

V. Student powinien napisać rozpoznanie różnicowe w osobnym punkcie na podstawie podręczników omawiających choroby wewnętrzne.

VI. Plan badań dodatkowych - powinien być przemyślany odnośnie do różnicowania rozpoznania wstępnego.

VII. Proponowane leczenie.

VIII. Obserwacje.

Pierwsza obserwacja uwzględnia wszystkie dane dotyczące chorego, zaobserwowane przez lekarza dyżurnego; leki, które chory otrzymał i reakcje chorego. Należy także wpisać w tej obserwacji skrót istotnych badań dodatkowych, które chory ze sobą przyniósł lub też skrót istotnych danych z poprzednich kart informacyjnych z innych oddziałów, jeśli nie zostały zamieszczone w wywiadach. Po codziennym zbadaniu chorego, student zapisuje obserwacje. Obserwacje powinny zawierać w kolejności: dane dotyczące poczucia chorego, badania przedmiotowego, komentarz dotyczący badań dodatkowych, diety i leczenia.

W całej historii choroby można używać tylko takich skrótów wyrazów, jakie są powszechnie przyjęte w języku polskim. Historia choroby powinna być napisana językiem poprawnym.

IX. Rozpoznanie ostateczne ustala się przed wypisaniem chorego do domu (W JĘZYKU POLSKIM).

X. Wnioski ostateczne (Epicrisis).

Epikryza powinna zawierać logiczny skrót wywiadów, badania przedmiotowego, badań dodatkowych, tylko fakty, na których oparte jest rozpoznanie; leczenie, itd. dane uzasadniające rozpoznanie, łącznie z rozpoznaniem różnicowym oraz wszelkie trudności czy nietypowość przebiegu, wyniki leczenia, rokowanie, cały tok myślenia, który lekarz przeprowadzał od początku pobytu chorego w oddziale. Zapisuje się także własne wnioski.

Epikryza jest bardzo istotną częścią historii choroby, odzwierciedla wiedzę, doświadczenie, zdolność logicznego myślenia i zwarte formułowanie poglądów.

XI. Epikryza powinna być pomocą w czasie dalszego leczenia chorego przez lekarza rejonowego. Epikryzę kończy proponowany plan dalszego postępowania leczniczego dotyczący trybu życia, diety i stosowania leków.

Po zakończeniu ćwiczeń student - dla własnej korzyści - powinien po pewnym czasie zasięgnąć informacji od lekarza prowadzącego ćwiczenia, jakie były dalsze losy chorego. Jest to katamneza.

P i ś m i e n n i c i w o s t .

1. Beck E.R., Francis J.L., Souhami R.L. (przełożył z jęz.angielskiego B.Kamiński): Diagnostyka różnicowa w chorobach wewnętrznych, Warszawa, PZWL, 1986.
2. F. Bolechowski: Podstawy ogólnej diagnostyki klinicznej, Warszawa, PZWL, 1985.
3. W. Orłowski: Podstawowe metody badania fizycznego w chorobach wewnętrznych, Warszawa Książka i Wiedza, 1948.
4. E. Szczekliki, A. Szczekliki: Diagnostyka różnicowa w chorobach wewnętrznych, Warszawa, PZWL 1975-1976.
5. E. Szczekliki, A. Szczekliki: Diagnostyka ogólna chorób wewnętrznych, Warszawa, PZWL, 1979.

Opracowała: Doc. dr hab.med. Krystyna Orłowska
Warszawa, 1988-10-12.