

Nesprávna interpretácia klinických symptómov

MUDr. Táňa Bulíková, PhD.^{1,2}, doc. MUDr. Viliam Dobiáš, PhD.^{1,2,3}

¹Slovenská zdravotnícka univerzita Bratislava

²Záchranná zdravotná služba Life Star Emergency, Limbach

³LF UP Olomouc

Tento krátky článok mapuje najčastejšie nesprávne interpretácie klinických symptómov v praxi praktického lekára v podmienkach výjazdov posádok záchrannej zdravotnej služby. Závažné pochybenia sa týkajú najviac postupov diferenciálnej diagnostiky bolesti na hrudníku, dýchavice, kolapsových a kŕčových stavov, hypo- a hyperglykémie a akútnych stavov zmätenosti. Podľa našich skúseností, nesprávnu interpretáciu klinických symptómov najčastejšie spôsobujú tieto činitele: neúplný a nepozorný odber anamnézy, nedostatočné fyzikálne vyšetrenie a následne komplementárne vyšetrenie či už v ambulancii alebo v nemocnici, nedostatok znalostí a skúseností, nadmerné paušalizovanie, zovšeobecňovanie, sústredenie sa len na niektoré príznaky, chybný úsudok a nelogický záver. Autori vystopovali najčastejšie symptómy a príznaky, ktoré sú zdrojom diagnostických omylov v prednemocničnej praxi a uvedenú problematiku dokumentujú šiestimi krátkymi kazuistikami z vlastných výjazdov.

Kľúčové slová: symptómy, objektívne príznaky, chybná interpretácia, diferenciálna diagnostika.

Via pract., 2013, 10(6): 225–228

Motto: „Počúvajte svojho pacienta, hovorí vám svoju diagnózu!“

Úvod

S presvedčením, že sa rôzne choroby prejavujú podobnými príznakmi, po prvýkrát prišiel psychiater Emil Kraepelin v 90. rokoch 19. storočia. V 21. storočí, v ére atomizácie medicíny, existuje medicínska špecializácia prakticky na každý orgán v tele a poruchy jeho funkcie. Napriek tomu, základom pre prvotnú pracovnú diagnózu v teréne je práca lekára s pacientom, starostlivý odber anamnézy, celkové fyzikálne vyšetrenie doplnené dostupným prístrojovým vybavením, ako aj epidemiologické zohľadnenie (frekvencia výskytu danej diagnózy). Uvedené faktory sú kľúčové pre diferenciálnu diagnostickú rozvahú už v podmienkach prednemocničnej starostlivosti a podľa výsledkov ďalších komplementárnych vyšetrení (zobrazovacích a laboratórných) sa postupne upresňuje definitívna diagnóza.

Pod pojmom **symptóm** sa v medicíne rozumie subjektívny príznak, ktorý pociťuje pacient. Ak je tento subjektívny vnem, pocit viditeľný alebo merateľný, hovoríme o **objektívnych príznakoch**. Pre určenie diagnózy sú subjektívne a objektívne príznaky kľúčové, niektoré príznaky sú pre dané ochorenie alebo chorobný stav špecifické (patognomické). Vzťah medzi symptomatológiou a závažnosťou dysfunkcie toho ktorého postihnutého orgánu (srdca, pľúc, obličiek, atď.) môže byť chabý. Symptómy však môžu mať vzťah k prognóze, a to najmä vtedy, keď pretrvávajú aj po liečbe.

V medicínskej praxi sa stretávame s mnohými symptómami a objektívnymi príznakmi, ktoré sú spoločné pre rôzne ochorenia, čo vyžaduje od lekára značnú mieru znalostí a „umenia“ diferenciálnej diagnostiky.

Symptómy a objektívne príznaky v prednemocničnej praxi

Interpretácia ako výklad výsledkov pozorovania a porovnávanie nálezov pacienta je do značnej miery závislá od skúseností a vzdelania zdravotníka. Občas sa stáva, že nález sa nezohoduje s príznakmi predpokladanej choroby. Počas mojej niekoľkoročnej záchranárskej praxe sa stretávam s niektorými chybnými interpretáciami klinických symptómov, ktoré vedú k mylným diagnózam. Závažné pochybenia sa týkajú najviac postupov diferenciálnej diagnostiky bolesti na hrudníku, dýchavice, kolapsových a kŕčových stavov, hypo- a hyperglykémie, a akútnych stavov zmätenosti.

Osobitnou skupinou, kde často dochádza k zámene príznakov, sú starší pacienti. Zdravotné ťažkosti starých ľudí bývajú obvykle spôsobené viacerými príčinami. V dôsledku zníženej reaktivity starého organizmu, niektoré typické prejavy chorôb, ako je napr. horúčka, meningeálne dráždenie, peritoneálne dráždenie, chýbajú (oligosymptomatológia až asymptomatický klinický obraz – napríklad nemá ischemia myokardu). Často sa choroba prejaví symptomatológiou zo vzdialeného orgánu (najčastejšie akútnou zmätenosťou). Polymorbidita a komorbidita spôsobujú zámenu prejavov alebo chýbanie niektorých prejavov (napr. absencia klaudikačných alebo anginóznych bolestí u pacientov s osteoartrózou dolných končatín). Paradoxne, zdrojom diagnostických omylov sú aj také príznaky, ktoré sa ľahko dajú v prednemocničnej fáze objektivizovať. Príkladom je hypo- a hyperglykémia.

Hypoglykémia sa najčastejšie zamieňa za cievnú mozgovú príhodu, tranzitórny ischemický atak, epileptický záchvat, akútnu psychózu či

obyčajnú ebrietu. Ak by hypoglykémia nebola včas diagnostikovaná a liečená, môže končiť letálne.

Diagnostiku hypoglykémie možno robiť v teréne zmeraním glykémie alebo na základe deskriptívnej definície hypoglykémie (známej ako Whippleho triáda). Hypoglykemickú reakciu charakterizujú tri podmienky: prítomnosť typických klinických symptómov hypoglykémie, nízka hladina plazmatickej glukózy, vymiznutie prejavov hypoglykémie po podaní glukózy. Pokiaľ sa nedá rozhodnúť na základe klinickej symptomatológie a nie je k dispozícii glukomer na stanovenie glykémie, alebo ihla s diagnostickými prúžkami na vizuálne odčítanie, aplikujeme 20 – 60 ml 40 % glukózy i. v. a sledujeme ďalší priebeh. Veľmi často dôjde k rýchlemu reštaurovaniu vedomia a postihnutý sa budí ešte „na ihle“. Ak nedôjde k zlepšeniu klinického stavu, musíme pátrať po inej príčine poruchy vedomia. Glukózu nedávať pri bezvedomí následkom úrazu hlavy.

Cave! Absolútna hodnota glykémie môže byť u nesprávne kompenzovaného diabetika vyššia ako dolná hranica (3,3 mmol/l), aby sa prejavili typické klinické príznaky hypoglykémie. Na druhej strane, neprítomnosť príznakov nevyklučuje hypoglykémiu. U pacientov liečených inzulínom spravidla nerobí rozpoznanie hypoglykémie väčšinou problémy. U starších pacientov liečených perorálnymi antidiabetikami sa skôr zabúda na možnosť hypoglykémie.

Opakovaným zdrojom diagnostických omylov je **bolesť na hrudníku**, alebo diskomfort. Akútny koronárny syndróm (AKS) s chudobným klinickým nálezom býva u mladších žien, nemá ischemia u starších pacientov a diabetikov.

Za „**staženým dýchaním**“ sa skrýva v teréne celá paleta diagnóz od menej závažných hyperventilačných syndrómov cez chronickú obštrukčnú chorobu pľúc, dekompenzovanú ischemickú chorobu srdca, zápaly dýchacích ciest a pľúc, až po život ohrozujúcu pľúcnu embóliu, tenzný pneumotorax, či obštrukciu dýchacích ciest cudzím telesom. Oveľa zriedkavejšie je príčinou dýchavice porucha vodného a elektrolytového hospodárstva a acidobázickej rovnováhy s typickým acidotickým Kussmaulovým dýchaním. Pokiaľ dôjde k rozvoju metabolickej acidózy, kompenzujú pľúca tento stav zvyšovaním dychovej frekvencie a prehĺbeným dýchaním, aby zvýšili množstvo vydechovaného oxidu uhličitého (CO₂). Na tento typ patologického dýchania treba myslieť nielen v súvislosti s diabetickou ketoacidózou, ale aj pri iných stavoch, napríklad pri urémii, laktacidóze, intoxikácii salicylátmi. Aj jednoduchými vyšetovacími metódami v teréne (anamnéza, dôkladné fyzikálne vyšetrenie a vyšetrenie pomocou skromného technického vybavenia) môžeme stanoviť diagnózu, určiť priority terapeutického postupu a začať včas účinnú liečbu.

Ďalším zdrojom diagnostických omylov v prednemocničných podmienkach sú **akútne konfúzne stavy** (akútna zmätenosť). Vznik akútnej zmätenosti je podmienený kombináciou rôznych faktorov a príčiny vo všeobecnosti môžeme rozdeliť na primárne alebo sekundárne. Riziko diagnostickej nepresnosti vzniká vtedy, ak nie je pacient dostatočne vyšetrený a chýba anamnéza vzniku ťažkostí. Aj lekár v nemocnici pod tlakom ostatných kolegov môže pochybiť, ak napríklad privezený zmätený starý človek je chybné považovaný za sociálny prípad. Zo somatických príčin spôsobujúcich akútnu zmätenosť alebo nepokoj až agresívne prejavy sa najčastejšie vyskytuje hypoglykémia, hypoxia (môže byť dôsledkom srdcového zlyhávania alebo respiračnej nedostatočnosti), dehydratácia a úraz hlavy. Medikamentózna sedácia v uvedených prípadoch v teréne obľúbenými benzodiazepínmi môže mať fatálne následky. Pomoc akútne zmätenému pacientovi v ambulancii praktického lekára nemusí byť len symptomatická. Cílená, kauzálna liečba nastupuje vždy, ak máme podozrenie na akútny infarkt myokardu, cievnu mozgovú príhodu, úraz hlavy, hypoglykémii, dehydratáciu.

Diagnostickým problémom môžu byť aj **kŕčovité stavy**. Ak nie sme priamo svedkami svalových kŕčov, čo vo väčšine prípadov je bežná prax, potom sme odkázaní na dôslednú anamnézu o vzniku, priebehu kŕčov a ich trvaní od pria-

meho svedka. Najčastejšou príčinou kŕčových stavov je epilepsia, avšak kŕče podobné epilepsii sprevádzajú aj srdcovú synkopu. Tieto kŕče sú spôsobené mozgovou hypoxiou v dôsledku hypoperfúzie mozgu pri zníženom srdcovom výdaji a ich priebeh je odlišný od epilepsie s generalizovanými kŕčmi. Močová inkontinencia a retrográdna amnézia tradične spájané s epileptickým záchvatom nemajú v diferenciálnej diagnostike hodnotu, objavujú sa aj pri synkope. Diferenciálna diagnostika synkopy a epilepsie bola opakovane publikovaná vo *Via practica*.

Nesprávna interpretácia príznakov zo strany pacienta alebo svedkov tiež môže prispieť k mylnej pracovnej diagnóze. Napríklad obyčajný pád na zem u starších pacientov môže byť opisovaný ako krátká strata vedomia, prípadne až bezvedomie. Podobne muž ležiaci na lavičke v parku alebo na chodníku pri ceste je často hlásený na tiesňovú linku ako „bezvedomie“, pričom nahlasujúci svedok sa ani nepokúsil osloviť a zatiaľ s dotýčným za účelom zistenia reakcie na vonkajší podnet. Pri príchode posádky záchranej zdravotnej služby sa zistí, že ide o obyčajnú ebrietu a muž si zdriemol cestou z krčmy.

O rôznorodosti nesprávnej interpretácie klinických symptómov svedčia mnohé kazuistiky. Pre ilustráciu uvádzame výber šiestich krátkych kazuistik z vlastných výjazdov.

Kazuistika č. 1. Suspektný tranzitórny ischemický atak (TIA)

Operátor zdravotníckeho operačného strediska (ZOS) vyslal posádku rýchlej lekárskej pomoci (RLP) v neskorých večerných hodinách k pacientovi s pracovnou diagnózou: „Suspektná náhla cievna mozgová príhoda“.

Nahlasovateľka bola dcéra, ktorá posádke opisovala stav náhle vzniknutej zmätenosti u otca. Išlo o staršieho muža, ktorý v ranných hodinách bol dezorientovaný miestom, časom, príbuzní si všimli „huhňavú reč“. Uvedené príznaky v priebehu dopoludnia vymizli, preto nevolali záchranku. Až v neskorších večerných hodinách sa objavili tie isté príznaky. Išlo o 71-ročného hypertonika a diabetika 2. typu, ktorý asi pol roka užíval Glibamet 1 tabletku ráno.

Pri prvotnom klinickom vyšetrení lekár RLP zistil u pacienta zmätenosť, dezorientáciu časom, miestom, dysartriou. Postoj a chôdza neboli vyšetrené pre poruchu koordinácie. Pacient bol kardio-pulmonálne kompenzovaný, hodnota krvného tlaku bola 140/90 mmHg, pulz na periférii bol pravidelný s frekvenciou 90/min, glukomerom nameraná glykémia vykazovala hod-

notu 2,0 mmol/l. Po podaní 40 % Glukózy 60 ml do žily, všetky uvedené príznaky v priebehu pár minút vymizli. Lekár RLP doplnil fyzikálne vyšetrenie o orientačné neurologické vyšetrenie, ktoré nepreukázalo žiadne odchýlky od normálneho nálezu.

Pacient bol transportovaný na centrálnu príjmovú oddelenie (CPO) spádovej nemocnice a na internom oddelení bol hospitalizovaný pre hypoglykémii navodenú perorálnymi antidiabetikami. „Svoje“ príznaky hypoglykémie nespoznal, alebo necítil, pravdepodobne mal hypoglykémii po prvýkrát. Na hypoglykémii nemyslela ani dcéra, ktorá bola všeobecnou lekárkou pre dospelých a suponovala tranzitórny ischemický atak. Rovnako aj operátor ZOS sa „nechal zmiast“ prvotnou mylnou diagnózou volajúcej lekárky.

Kazuistika č. 2. Hypoglykémia verzus hyperglykémia

Posádka RLP bola vyslaná zdravotníckym operačným strediskom (ZOS) k 26-ročnej pacientke, diabetičke, pre kolapsový stav, „asi hypoglykémia“.

Pri prvotnom klinickom vyšetrení pacientky a odbere anamnézy od matky bolo zistené, že ide o diabetičku 1. typu liečenú inzulínom pomocou inzulínovej pumpy (3 roky). Posledné tri dni sa necítila dobre, je slabá, zvracia. Obvodná lekárka aplikovala Torecan 1 ampulku i. m. a na základe tvrdenia matky, ktorá doma merala glykémii glukomerom a vyhodnotila ju ako hypoglykémii, lekárka odporučila cukor pod jazyk a piť sladké nápoje. Nakoľko stav pacientky sa po uvedenej liečbe zhoršil, dcéra doma kolabovala, matka volala na „155“.

Pri vyšetrení lekárka záchranej zdravotnej služby nachádza somnolentnú pacientku, výrazne dehydratovanú, sťažuje si na celkovú slabosť a neurčité bolesti brucha. Je viditeľné tachypnoe, zápach z úst po acetóne. Obehové parametre – TK 90/50 mmHg, pulz 120/min, TT v norme. Napriek tvrdeniu matky, že dcéra mala nameranú hypoglykémii, lekárka RLP realizuje vyšetrenie glykémie. Nameraná hodnota „HI“ (v nemocnici hladina glykémie 38 mmol/l!!!). Napriek tomu, že pacientka má roky diabetes 1. typu liečený inzulínom a žije s matkou v jednej domácnosti, matka nesprávne interpretuje nález „HI“ na displeji glukomera a stav hodnotí ako hypoglykémii. Tento údaj aj referovala všeobecnej lekárke. Obvodná lekárka mala k dispozícii zdravotnú dokumentáciu aj s anamnézou opakovaných ťažkých dekompenzácií diabetu v minulosti v zmysle ťažkej diabetickej ketoacidózy

s kómou, napriek tomu neurobila vyšetrenie glykémie a ordinovala antiemetikum a cukor pod jazyk. Posádka RLP zahájila intenzívnu infúziu hydrataciou a transportovala pacientku do spádovej nemocnice na jednotku intenzívnej starostlivosti (JIS) s diagnózou diabetickej ketoacidózy.

Kazuistika č. 3. Vertebrogénny algický syndróm, dyspeptický syndróm verus AKS

Muž vo veku 60 rokov sledovaný neurológom pre bolesti lumbálnej aj hrudnej chrbtice. V deň infúznej spazmolytickej liečby cítil tlak na hrudníku v trvaní asi pol hodiny. Tento tlak bol iný ako doposiaľ bolesť chrbtice. V pokoji počas infúznej liečby došlo k ústupu tlaku, avšak mal nauzeu, závraty, ktoré doposiaľ nikdy nemal. Neurológ podal ešte Torecan 1 amp i. m. a odoslal pacienta domov. Po dvoch hodinách príbuzní volajú 155 pre pretrvávajúce ťažkosti. Lekár RLP natočil 12-zvodové EKG, kde nález svedčil o STEMI spodnej steny. Pacient bol okamžite transportovaný do kardiocentra. Počas transportu bola aplikovaná štandardná liečba AKS – Anopyrin 400 mg per os, Plavix 600 mg per os, Heparin 5 000 j bolusovo i. v. a Morphin 1 % 5 mg i. v.

Kazuistika č. 4. Hyperventilačný syndróm verus AKS

Posádka RLP bola vyslaná k pacientovi pre netypické bolesti horných končatín, sťažené dýchanie a slabosť.

40-ročný muž, tretí deň na dovolenke, ráno pred odchodom na rybačku cítil slabosť, bolesť oboch horných končatín, „akoby mu svaly išli odtrhnúť od kostí“. Ťažkosti trvali približne 1,5 hodiny. Prvotný fyzikálny nález bol v medziach normy, pacient mierne hyperventiloval, dýchanie bolo vezikulárne, bez vedľajších fenoménov, saturácia krvi kyslíkom 100 %. Pre úplnosť vyšetrenia lekár RLP nariadil natočiť 12-zvodový EKG záznam. Nález typických Pardeho vln na EKG prekvapil celú posádku RLP.

Kazuistika č. 5. AIM verus anafylaktická reakcia

V nočnej službe sme boli volaní na pohotovosť k pacientovi s náhle vzniknutou dýchavicou. Výjazd indikuje službukonajúca praktická lekárka k 40-ročnému pacientovi s diagnózou AIM.

Nakoľko výjazd bol priamo zo stanovišťa a pohotovostná ambulancia vzdialená 2 km, do 5 min sme boli v ambulancii. Pri príchode RLP pacient sedí na vozíku, výrazne dýchavičný, ne-

pokojný, sotva odpovie na otázky. Od pacienta zisťujeme, že necíti bolesti na hrudníku, ale ťažko sa mu dýcha, sťažené dýchanie vzniklo náhle, po zjedení sójovej tyčinky do pol hodiny. Pocítil aj nevoľnosť a búšenie srdca, na pohotovosť ho doviezli príbuzní. Má alergiu na viaceré lieky aj potraviny. V minulosti mal ťažkú anafylaktickú reakciu na vlašské orechy. Z pravidelnej medicíny má odporúčané iba lieky na vysoký krvný tlak.

Objektívne: erytém tváre a hrudníka, dýchanie spastické – piskoty a predĺžené expírrium bilaterálne, TK 100/60, pulz 140/min, pacienta polojujeme do polosedu, zaistujeme 2 žily plastovou kanylou, podávame adrenalín frakcionovane, do druhej žily hydrocortison 200 mg, prothazin 25 mg, FR 500 ml prúdom. Po podaní 0,2 mg adrenalínu v riedení 1 : 10 000 (1 mg adrenalínu v 10 ml striekačke s FR) dochádza prechodne k tachykardii s frekvenciou 160/min, po druhej dávke nariedeného adrenalínu ústup erytému a subjektívne zlepšenie dýchania. V priebehu 20 minút stav stabilizovaný.

Anafylaktická reakcia u mladého hypertonika „zaskočila“ svojim búrlivým prejavom službukonajúcu lekárku na pohotovosti, keď od dverí diagnostikovala AIM a privolala ihneď záchranku. Symptómy anafylaxie môžu byť rôzne, ale väčšinou zahŕňajú dýchavicu, hypotenziu a kožný prejav (erytém, opuch, angioedém). Ak je k tomu navyše aj pozitívna alergická anamnéza, diferenciálna diagnostika je jednoduchšia. Symptómy anafylaxie sa prejavujú rýchlo, v priebehu pár minút a bezčasnej liečby progredujú do zastavenia obehu. Preto pýtanie sa na alergiu, prekonanú alergickú príhodu v minulosti, ako aj ďalšie otázky, „čo sa stalo a ako?...“ smerované pacientovi, príbuzným a svedkom musia byť okamžité a odpovede na ne nám uľahčia postup hneď na samotnom začiatku.

Kazuistika č. 6. Sťažené dýchanie

V júni o 10.05 nás krajské operačné stredisko (KOS) vysiela k diabetikovi pre sťažené dýchanie a zvýšenú teplotu deň predtým.

Na adrese čaká príbuzná 49-ročného diabetika, ktorý jej ráno volal a v telefóne počula, ako ťažko dýcha, tak zavola záchranku. Pri príchode posádky RLP nachádzame pacienta ležať na chrbte na posteli, hyperventiluje, z úst cítiť zápach po acetóne, na otázky odpovedá s latentnou, je dezorientovaný, bolesti neudáva, ale pociťuje výrazný smäd, na otázku, kedy si pichol inzulín naposledy, nám neodpovedá.

Z vyšetrení: apatia, somnolencia, GCS 11, foto-reakcia spomalená, zrenice izokorické, priemer 3 mm obojstranne, TK 130/70 mmHg, pulz 106/min,

pravidelný, dobre hmatný, dýchanie prehĺbené, zrýchlené, dychová frekvencia cca 30/min, SpO₂ 100 %, auskultačne vezikulárne v celom rozsahu, bez vedľajších fenoménov, zápach z úst po acetóne, TT v norme, koža a sliznice výrazne suché, EKG – SR, fr 106/min, prevodové časy v norme, depresie ST v II, glykémia na glukometri ukazuje „HI“ (glukomer pri hodnotách nad 29 mmol/l nesníma), gangréna prsta ľavej nohy s flegmónou.

Osobná anamnéza (OA) dostupná len z diabetickej knižky: DM I na inzulíne, INZ – Rapid ráno – 24 j, obed – 20 j, večer – 13 j + ?

Anamnéza od príbuznej: alkohol nepije, nefajčí, v rodinnom dome žije sám, 2 mesiace po úmrtí matky sa „opúšťa“, pred týždňom hospitalizovaný na chirurgickom oddelení pre diabeticke gangrénu palca ľavej nohy, na preväzy nechodí.

Liečebný postup posádky na adrese: zaisťujeme i. v. linku, podávame FR 0,9 % 500 ml, v ľahu s eleváciou hlavy transportujeme pacienta na JIS s dg: diabeticke ketoacidóza, rozvrat vnútorného prostredia, DM I na INZ, gangrena diabetica hallucis pedis I. sin. Počas transportu monitorujeme vitálne funkcie, EKG, stav vedomia sa zlepšil, frekvencia dýchania sa spomalila, hĺbka dychoých exkurzií klesla.

Záver

Pojem diferenciálna diagnóza sa jednoznačne odlišuje od pojmu chybná diagnóza (nesprávna definícia ochorenia). Zároveň ju treba odlišiť od termínu pracovná diagnóza alebo predbežná diagnóza, u ktorej je od začiatku jasné, že definitívne stanovenie diagnózy bude ešte len nasledovať, a to na základe ďalších vyšetrení. Na podklade pracovnej diagnózy je teda možné začať s liečbou, i keď si je ošetrojúci lekár vedomý, že ešte môže dôjsť k zmenám stavu pacienta a terapeutického režimu. Včasná a správne rozpoznanie prvých príznakov je pri mnohých ochoreniach priamo úmerné prognóze alebo prežitiu pacienta. Ide o tie urgentné stavy, kde úspešnosť liečby priamo závisí od jej včasnosti, napríklad cievná mozgová príhoda, akútny infarkt myokardu, intrakraniálne krvácanie, atď.

Niekedy na prvý pohľad symptómy a „jednoznačné“ príznaky alebo syndrómy zvädzajú záchranárov a lekárov prvého kontaktu k urýchleným diagnostickým záverom, ktoré sa ukážu ako chybné. Ak chýba spätná väzba, zdravotník sa ani nedozvie o chybnéj diagnóze a teda ani o mylnom postupe, iba ak by bol prípad zdrojom sťažností, či už zo strany pacienta, alebo príbuzných. Závažné pochybenia v prednemocničnej etape starostlivosti sa týkajú najviac postupov

diferenciálnej diagnostiky bolesti na hrudníku, kolapsu, dýchavice, hypo- a hyperglykémie a synkop. Odporúčania na zamedzenie vzniku nesprávnej interpretácie klinických symptómov neexistujú. Zamyslime sa viac nad touto problematikou a pokúsme nájsť odpovede každý z nás na otázky: Robíme dôkladný a kvalifikovaný odber anamnézy? Chýba nám teoretická a praktická znalosť vedomostí najčastejšie sa vyskytujúcich interných, neurologických a psychosomatických ochorení? Chýba nám dostatočná prax na oddeleniach v nemocnici? Alebo sme jednoducho „len“ pohodlní a namiesto serióz-

neho diferenciálneho diagnostického postupu radšej voláme záchranú zdravotnú službu?

Literatúra

1. Raftery AT, Lin E. *Diferenciální diagnóza do kapsy*. Praha, Czech Republic: Grada, 2010; 520 s.
2. Bulíková T. *Od symptómu k diagnóze v záchranej službe. Kazuistiky*. Martin, Slovakia: Osveta, 2010:111–125.
3. Bulíková T. Bolest na hrudníku – akútny koronárny syndróm v kazuistikách. *Via practica*. 2009;6(1):269–272.
4. Bulíková T. Synkopy v prednemocničnej neodkladnej starostlivosti. *Urgentní medicína*. 2008;11(2):24–27.
5. Dobiáš V. *Prednemocničná urgentná medicína*. 2nd ed. Martin, Slovakia: Osveta, 2012; 737 s.
6. Dobiáš V. *Klinická propedeutika v urgentnej medicíne*. Bratislava: Grada Slovakia 2013; 207 s.

7. Jörgens V. *Mein Buch über den Diabetes mellitus: Ausgabe für Typ I Diabetiker*. 8th ed. Mainz: Kirchheim, 1994.

8. Moulton Ch, Yates D. *Emergency medicine*. 3rd ed. Malden, Massachusetts, USA: Blackwell Publishing, 2006; 441 s.

9. Vozár J, Kreze A, Klimeš I. *Diabetes mellitus*. Bratislava: SAP, Slovak Academic Press 1998:153–162.

MUDr. Táňa Bulíková, PhD.
SZU Bratislava, ZZS Life Star Emergency,
Limbach
tana.bulikova@gmail.com

