

## WYTYCZNE PISANIA HISTORII CHOROBY PRZEZ STUDENÓW

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

Dane osobowe – zwykle wypełnia urzędniczka Izby Przyjęć lub pielęgniarka

Historia choroby (h.ch) składa się z następujących 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
    1. przebieg ciąży
    2. poród
    3. dotychczasowy rozwój dziecka
    4. żywienie
    5. szczepienia ochronne
    6. warunki mieszkaniowe
    7. choroby przebyte w tym zakaźne oraz kontakt w ostatnich 3 tygodniach z chorobami zakaźnymi
    8. wywiad rodzinny
- III. **Badanie przedmiotowe**
- IV. **Rozpoznanie wstępne**
- V. **Rozpoznanie różnicowe**
- VI. **Plan badań dodatkowych**
- VII. **Leczenie**
- VIII. **Obserwacje**
- IX. **Rozpoznanie ostateczne**
- X. **Epikryza czyli wnioski ostateczne**
- XI. **Zalecenie do domu dotyczące trybu życia, diety, leczenia.**

### I. **Główne skargi chorego.**

Pierwsze zdanie zwrócone do chorego, poza powitaniem, powinno brzmieć, z powodu jakich dolegliwości zgłosił się Pan(i) do szpitala, co Panu (i) dolega. 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 wysiłku, jakości i czasu przyjmowanych pokarmów, kaszlu, itp. ...

### II. **Wywiady (anamnesis)**

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

#### **a. 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.

#### **b. Dolegliwości ze strony poszczególnych układów (z ustaleniem zasadniczych cech 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
- Dolegliwości ze strony układu pokarmowego
- Dolegliwości ze strony nerek i dróg moczowych
- Dolegliwości ze strony układu płciowego
- Dolegliwości nerwowe ogólne i ze strony zmysłów, także bóle głowy
- Dolegliwości ze strony narządu ruchu
- Dolegliwości w zakresie skóry, tkanki podskórnej (także chudnięcie, tycie, gorączka, dreszcze)

Student powinien zadawać wszystkie pytania z każdego układu .

Notuje 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 przeszedł zapalenia wsierdza lub zapalenia stawów. Odróżnia się chorobę obecną, z powodu której chory szuka porady lekarskiej dzisiaj od chorób, które toczyć się mogą od tygodni czy lat i chory albo na nią leczył się lub leczy, albo nie przywiązywał do tych dolegliwości większego znaczenia. Niekiedy są one właśnie bardzo ważne w całym kontekście zaburzeń. Dolegliwości ze strony poszczególnych narządów stanowią 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 płciowego” u kobiet zapisuje się datę pierwszej miesiączki 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 płodowe należy pytać tylko wtedy, gdy tego wymaga przebieg choroby.

### **c. Wywiady dotyczące trybu życia i przeszłości chorego**

1. przebieg ciąży- zebrane istotne dane:
  - Z której ciąży, pod względem kolejności pochodzi badane dziecko
  - Przebieg ciąży, w którym miesiącu występowały ewentualne powikłania
  - Choroby matki w czasie ciąży, w którym miesiącu i jakie choroby
  - Leki stosowane przez matkę, jakie i w którym miesiącu
  - Praca matki w czasie ciąży, palenie papierosów oraz inne używki
  - Przebieg i jak się zakończyły poprzednie ciążę
2. poród- na podstawie rozmowy z matką oraz danych z książeczki zdrowia dziecka  
Istotne dane:
  - Gdzie odbył się poród
  - Termin porodu, czy na podstawie masy ciała, cech morfologicznych noworodka można uznać poród o czasie
  - Stan noworodka po porodzie i w okresie adaptacyjnym
3. dotychczasowy rozwój dziecka, oceniamy na podstawie rozwoju:
  - psychicznego ( pytamy w którym miesiącu dziecka zaczęło się uśmiechać, gaworzyć, wymawiać pierwsze słowa, , wymawiać najprostsze zdania) ,
  - motorycznego ( motoryka duża- podnoszenie głowy, obroty z brzucha na plecy, z pleców na brzuch, siadanie, wstawanie, chodzenie)
  - somatycznego dziecka (wyrastanie pierwszych zębów, przyrosty masy ciała).Jeżeli pacjent jest w wieku starszym pytamy o jego rozwój w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym ( przyrosty masy ciała i wzrostu, umiejętność zabawy z rówieśnikami) oraz szkolnym (łatwość uczenia, chęć chodzenia do szkoły, ewentualne trudności, nawiązywanie kontaktów społecznych, przyczyny trudności w nauce)
4. żywienie
  - Okres karmienia wyłącznie pokarmem matki
  - Dokarmianie, rodzaj mieszanki mlekozastępczej, leczenie mieszanie jak długo, wyłącznie mieszankami – jak długo i w jakiej objętości zjada mieszanki
  - Od kiedy wprowadzono pokarmy uzupełniające, jakie, ocena ich tolerancji

- Jeżeli dziecko jest na diecie eliminacyjnej- rodzaj diety, powód jej zastosowania
  - Suplementacja witamin
5. szczepienia ochronne- sprawdzamy wykonane szczepienia obowiązkowe i zalecane w „Książeczce zdrowia dziecka”, powody odroczenia szczepień.
  6. warunki mieszkaniowe
    - ważne zwłaszcza w chorobach stawów (wilgoć, zimno), serca (wysokie pietra bez windy), układu oddechowego, alergii itp.
    - Ilość izb, ilość mieszkających osób, czy dziecko ma swój pokój, miejsce zabaw czy nauki
    - Ocena stanu ekonomicznego rodziny , szczególnie w przypadku chorób przewlekłych, stosowania diet eliminacyjnych, konieczności specjalnej pielęgnacji dziecka.
  7. 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 przebył choroby, które 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.  
 Pytanie o kontakt z chorobami zakaźnymi w ostatnich 3 tygodniach przed hospitalizacją
  8. wywiad rodzinny- należy pytać o rodziców, rodzeństwo, na co chorowali (zmarli), czy są leczeni farmakologicznie, czy dietetycznie. Jeżeli jest to istotne w diagnostyce choroby pacjenta pytamy o zawód rodziców, hobby ( gołębie), nawyki rodziców, opiekunów

### III. Badanie przedmiotowe (status praesens)

Badanie przedmiotowe przeprowadza się: oglądaniem, obmacywaniem, opukiwaniem, osłuchiwaniem i mierzeniem (wzrost, masa ciała, ciepłota ciała).

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

Badania 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, sinica, wiek, wzrost, masa ciała: należna i rzeczywista, stan odżywienia, ciepłota ciała ogólna
- głowa, szyja, gałki oczne, źrenice, nos, jama ustna, język, gardło, migdałki, tarczycza
- klatka piersiowa, wygląd ogólny, symetria, ruchomość, badanie dotykiem, sutki
- układ oddechowy: opukiwanie porównawcze i szczegółowe, charakter odgłosu opukowego, dolne granice płuc, ich ruchomość. Osłuchowo: charakter szmeru oddechowego, szmery dodatkowe
- układ krążenia: okolice serca (oglądanie i badanie dotykiem) opukiwanie, osłuchiwanie
- naczynia krwionośne: 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,
- Rozpoznanie chorób toczących się w innych narządach
- Rozpoznanie przebytych chorób - data, na podstawie relacji chorego lub poprzednich kart Informacyjnych.

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

W rozpoznaniu wstępnym jest skrótowo zawarte rozpoznanie różnicowe.

#### V. Rozpoznanie różnicowe

Student powinien napisać rozpoznanie różnicowe w postaci tabeli opisującej minimum 3 do 5 jednostek chorobowych. W tabeli umieścić dane „za” i „przeciw” uzyskane z wywiadu, z badania przedmiotowego chorego, z wyników zleconych badań oraz efekt leczenia jednostki chorobowej uwzględnionej w diagnostyce różnicowej.

Jednostki chorobowe	Dane z wywiadu		Dane z badania przedmiotowego		Wyniki zleconych badań		Efekt leczenia	
	za	przeciw	za	przeciw	za	przeciw	za	przeciw
1.								
2.								
3.								
....								

#### 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, która 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**

Rozpoznanie ostateczne ustala się przed wypisaniem chorego do domu (w JĘZYKU POLSKIM)

### **X. Epikryza czyli wnioski ostateczne**

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 oddziale. Zapisuje się także własne wnioski.

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

### **XI. Zalecenie do domu dotyczące trybu życia, diety, leczenia.**

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

Piśmiennictwo:

1. Beck E.R., Francis J.L., Souhami R.L.(przekład 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. Szczeklik, A. Szczeklik: Diagnostyka różnicowa w chorobach wewnętrznych. Warszawa, PZWL 1975-1976.
5. E. Szczeklik, A. Szczeklik: Diagnostyka ogólna chorób wewnętrznych. Warszawa, PZWL, 1979.
6. A. Obuchowicz: Badanie podmiotowe i przedmiotowe w pediatrii. Warszawa, PZWL, 2007.