

II. Wywiad z chorym

Uzyskanie w trakcie rozmowy z chorym dokładnych danych z wywiadu jest jedną z najważniejszych umiejętności klinicznych niezbędnych w codziennej pracy lekarskiej. Często zdarza się, że wywiad chorobowy dostarcza użyteczniejszych przesłanek diagnostycznych niż samo badanie przedmiotowe i tylko na tej podstawie można pewnie ustalić rozpoznanie. Wartość wywiadu polega na zdolności gromadzenia istotnych danych. Zrozumienie pojęcia istotności informacji rośnie w miarę nabywania umiejętności powiązania zjawisk patofizjologicznych z obserwowanymi objawami chorobowymi i skargami pacjentów. Sposób prowadzenia wywiadu i następujące w jego wyniku działania stanowią podstawę do budowy zaufania pomiędzy lekarzem a chorym. Poniżej przedstawiono sprawdzoną praktycznie sekwencję pytań pomagających uporządkować dane przekazywane przez pacjenta. Standardowa lista pytań z wywiadu obejmuje:

- Obecne dolegliwości chorego.
- Dane dotyczące przebiegu tych dolegliwości.
- Dane na temat innych układów organizmu.
- Przeszłość medyczną chorego.

II. History Taking

The ability to take a precise medical history from a patient is one of the most important clinical skills and an essential part of clinical work. Often it is possible to make a diagnosis based on the history alone. An accurately taken history will usually provide more useful information for the diagnosis than the physical examination itself. The value of the history depends on the ability to obtain relevant information. The sense of what constitutes important data develops as you gain a greater understanding of the pathophysiology of disease through an increased exposure to patients and illnesses. The way you act when taking the history provides a basis for confidence and trust between you and the patient. There is a tested standard sequence which helps organize the information gathered from patients. The standard history framework contains knowledge about:

- Presenting complaint (PC)
- History of presenting complaint (HPC)
- Systematic enquiry (SE)
- Past medical history (PMH)

- Alergie.
- Stosowane leki (wszystkie).
- Dane o używkach:
 - alkohol
 - palenie tytoniu/inne
 - kawa
- Wywiad rodzinny.
- Dane odnośnie do statusu socjalnego.

Obecne dolegliwości chorego

Objemują one krótki opis najważniejszych dolegliwości chorego oraz przyczyn poszukiwania przez niego pomocy medycznej, opisanych jego własnymi słowami (np.: „Od godziny mam straszny ból za mostkiem”). Należy zadawać pacjentowi pytanie otwarte: „Co panu/pani dolega?”.

Dane dotyczące przebiegu obecnych dolegliwości

Po zgłoszeniu przez chorego dolegliwości czy objawu należy dokładnie ustalić, kiedy i w jakich okolicznościach wystąpiły oraz jaki miały przebieg do momentu zgłoszenia się do lekarza. Każdy z podanych objawów wymaga ustalenia:

- Umiejscowienia.
 - Początku (jak się zaczęły: gwałtownie, powoli; jeżeli występują od dawna, zapytać, dlaczego pacjent szuka pomocy właśnie teraz).
 - Częstości występowania i okresowości (stałe, okresowe; jak długo trwają).
 - Zmienności w czasie (poprawa czy pogorszenie).
 - Czynników zaostrzających i łagodzących (co powoduje pogorszenie lub poprawę).
 - Czynników i zjawisk towarzyszących.
- Do opisu dolegliwości stosuje się w języku angielskim ośmioliterowy, mne-

- Allergy
- Medication history
- Substance use:
 - Alcohol
 - Smoking
 - Coffeine
- Family history (FHx)
- Social history (SHx)

Presenting complaint

This is a brief description, in the patient's own words, of what has brought the patient to seek medical help (e.g., “Since one hour I have terrible chest pain”).

To obtain such information you should ask open questions (“What's your problem?”).

History of the presenting complaint

This is a detailed background to the presenting complaint: how and when it started, how this problem has progressed over time.

For each symptom you should establish:

- Its location.
- The onset (how it began: suddenly, gradually, if longstanding ask why the patient is seeking help now).
- Periodicity and frequency (constant, intermittent, how long it has lasted).
- Change over time (is it improving or deteriorating).
- Exacerbating and relieving factors (what makes the symptom better or worse).
- Associated symptoms.

The 8 aspects of a medical problem can be easily recalled using the mnemonic device **OLD CARTS** (Onset, Location/radiation, Duration, Character, Aggravating factors, Relieving factors, Timing and Severity).

motechniczny akronim **OLD CARTS** (patrz obok – tekst angielski)

Podobny akronim **SOCRATES** wykorzystuje się do oceny wszystkich cech opisujących ból:

Site? Central? (miejsce, środek)

Onset? Sudden? (początek, nagły)

Character (charakter)

Radiation (promieniowanie)

Associations (objawy towarzyszące, np. nudności, duszność)

Timing, duration (czas, okres trwania)

Exacerbating factors (czynniki zaostrzające, np. oddychanie lub ruch)

Severity (stopień nasilenia w skali do 10)

Dane dotyczące innych układów

Wywiad powinien obejmować wszystkie układy organizmu. Lista pytań powinna dotyczyć objawów ogólnoustrojowych i każdego narządu znajdującego się w określonych częściach ciała, np. klatce piersiowej czy brzuchu, oraz każdego układu organizmu.

Poniżej przedstawiono skróconą listę takich pytań:

Objawy ogólne – gorączka, osłabienie, zmiany masy ciała (spadek lub przyrost), zaburzenia apetytu (brak lub wzmożenie).

Układ oddechowy – kaszel, płwocina (ropna, krwioplucie), skrócenie oddechu, świsł oddechowy, ból przy oddychaniu.

Układ krążeniowo-naczyniowy – duszność spoczynkowa i wysiłkowa, napadawa duszności nocna, bóle w klatce piersiowej, kołatania serca, obrzęki kostek, nocne oddawanie moczu, chromanie przestankowe.

Układ trawienny – niestrawność, zgaga, zaburzenia polykania, nudności, wymioty, bóle w jamie brzusznej, zmiana

For pain histories, it can be helpful to use the mnemonic device '**SOCRATES**':

To make it easier to remember the sequence of direct questions:

Site? Central?

Onset? Sudden?

Character

Radiation

Associations (nausea, short of breath)

Timing, duration

Exacerbating factors (worse with respiration on movement)

Severity: out of 10

Systematic enquiry

This part of history-taking contains questions concerning all bodily systems. It consists of a list of questions grouped according to each organ system and designed to identify disease within that specific area. It is wise to prepare a list of symptoms (example is given below) to be used each time you take the history.

The shortened list is as follows:

General symptoms – weight change (loss or gain), change in appetite (loss or gain), fever, lethargy, malaise.

Respiratory system – cough, sputum, haemoptosis, shortness of breath, wheeze, chest pain.

Cardiovascular symptoms – shortness of breath on exertion, paroxysmal nocturnal dyspnoea, chest pain, palpitations, ankle swelling, orthopnoea, claudication.

Gastrointestinal symptoms – indigestion, abdominal pain, nausea, vomiting, a change in bowel habit, constipation, diarrhoea, blood-loss, dysphagia.

toru wypróżnień, zaparcia, biegunki, krew w stolcu.

Układ moczowo-płciowy – częstomocz, wielomocz, objawy dyzuryczne, krwinkomocz lub krwimocz, zaburzenia miesiączkowania, impotencja.

Układ ruchu – bóle i obrzęki stawów, sztywność stawów, zacerwienie.

Układ nerwowy – bóle głowy, zaburzenia równowagi, zaburzenia widzenia, zaburzenia chodu.

Układ wydzielania wewnętrzznego – rozstępły skórne, powiększenie tarczycy, wytrzeszcz gałek ocznych.

Zmiany skórne – grudki, guzy, owrzodzenia, wysypki, świąd.

Przeszłość medyczna chorego

Ten fragment wywiadu obejmuje informacje dotyczące przebytych przez pacjenta chorób i leczenia w dzieciństwie i dalszym okresie życia. Należy zapytać o:

- Poprzednie pobyty w szpitalu.
- Przebyte operacje lub wykonane badania.
- Choroby, takie jak: choroby serca, cukrzyca, astma, nadciśnienie tętnicze, zawały serca, udary, napady drgawek, gruźlica, czy przebyta gorączka reumatyczna.
- Wypadki i urazy (okoliczności!).

Alergie

Ważne jest odróżnienie rzeczywistej alergii od nietolerancji lub dokuczliwych objawów niepożądanych. Należy dowiedzieć się, jak pacjent reaguje na przyjmowane leki. Informacja o niebezpiecznych odczynach na leki występujących w przeszłości mogą mieć kluczowe znaczenie dla życia chorego! Dane takie powinny zostać zapisane

Genitourinary symptoms – urinary frequency, polyuria, dysuria, haematuria, nocturia, menstrual problems, impotence.

Locomotor symptoms – aches, pains, stiffness, swelling.

Nervous system symptoms – headaches, dizziness, visual disturbances, gait and balance disorders.

Endocrine system symptoms – striae, neck swelling (goitres), exophthalmos.

Skin symptoms – lumps, bumps, ulcers, rashes, itching.

Past medical history

This part of history-taking concerns the gathering of information about the patient's past illnesses and treatments. You should obtain information about:

- Previous hospital admissions.
- Past operations or investigations.
- Major illnesses, rheumatic fever, diabetes, heart disease, jaundice, hypertension, myocardial infarction, asthma, stroke, epilepsy, tuberculosis;
- Accidents and injuries (circumstances!).

Allergy

You should distinguish between a true allergy, intolerance and unpleasant side effect. Ask specifically about any "reactions" to drugs or medication. The knowledge of any dangerous reactions to a medication which has happened before may be crucial to the patient's life! The information should be written in a visible place in the patient's files.

Wywiad z chorym

w widocznym miejscu w dokumentacji pacjenta.

Stosowane leki

Należy w miarę możliwości uzyskać pełne dane odnośnie do wszystkich leków, jakie pacjent obecnie przyjmuje, a także ich dawek, częstości stosowania i postaci (tabletki, krople, czopki). Trzeba też zapytać o leki, które ostatnio przestał przyjmować lub rozpoczął. Warto sprawdzić, czy chory rzeczywiście przyjmuje deklarowane leki, we właściwych dawkach i czy jest w stanie to kontrolować (demencja, opieka). Konieczne jest ustalenie, czy pacjent stosuje jakieś inhalacje, krople do oczu, leki nasenne lub dowolne mieszanki ziołowe i doustne leki zapobiegające ciąży (wielu chorych nie traktuje tych środków jako leki).

Dane o używkach

Należy ocenić ilość **alkoholu** wypijanego przez pacjenta w ciągu tygodnia i ustalić, jak rozkłada się ona w czasie (równomierne czy np. tylko w weekendy).

Trzeba określić liczbę wypalanych **papierosów** w „paczko-latach” (1 paczko-rok – 20 papierosów codziennie przez rok). Jeśli pacjent zaprzestał palenia, ważne jest ustalenie, ile czasu palił i narażenie na tzw. palenie bierne.

Wywiad rodzinny

Powinien obejmować:

- Wiek i przyczyny zgonu rodziców.
- Informacje dotyczące stanu zdrowia rodzeństwa i dzieci.
- Dane o chorobach serca, nadciśnieniu, cukrzycy, astmie u krewnych.

Medication history

You should obtain a list of all medications the patient is presently taking and establish their dosages and frequencies.

Remember to inquire about any drugs that have been started or stopped recently.

Try to check the compliance.

Always ask specifically about: eye-drops, inhalers, sleeping pills, oral contraception, herbal remedies because many patients do not treat these as medications.

Substance use

Assess the amount of **alcohol** consumed per week and establish if consumption is spread over a week or concentrated into a lesser period of time.

You should always quantify the number of **cigarettes** in “pack-years”. 1 pack-year: 20 cigarettes per day for one year.

It is important to establish the time of previous smoking duration and also the exposure to passive smoking.

Family history

The family history should include:

- Causes and ages of deaths of parents.
- Details about the health of siblings and children.
- Information about heart disease, hypertension, diabetes, asthma in patient's relatives.

- Dane o rozpoznanych patologiach w rodzinie (w tym dziedzicznych).

Na podstawie tych informacji można wykreślić graf drzewa rodzinnego i sprawdzić, czy choroby nie mają podłoża genetycznego.

Dane dotyczące statusu socjalnego

Wśród informacji dotyczących stylu życia chorego, jego nawyków, środowiska, w którym żyje i pracuje, należy poszukiwać czynników ryzyka pojawienia się określonych chorób lub czynników mających wpływ na przebieg dolegliwości pacjenta. Aby ocenić poprawnie wpływ choroby na sytuację życiową pacjenta należy ustalić: zawód (wyuczony i wykonywany; także jeśli jest emerytem), stan cywilny, warunki zamieszkania (także ew. dodatkowe wyposażenie [np. dla niepełnosprawnych]), stosowanie pomocy przy chodzeniu (laska, chodzik, wózek), zainteresowania (hobby), orientację seksualną, ostatnio odbyte podróże (zwłaszcza w regiony klimatu gorącego i miejsca o niskim standardzie higienicznym!).

Bez uzyskania przedstawionych powyżej danych nie można dokonać pełnej i wyczerpującej oceny stanu i samopoczucia pacjenta. Należy pamiętać, że może istnieć związek pomiędzy różnymi chorobami a zawodem pacjenta, miejscem jego zamieszkania lub bezdomnością i brakiem pracy.

- Diagnosed conditions in family members.

Based on this information you should draw a family-tree to discover if there exists the possibility of hereditary disease.

Social history

You should search for all factors in the patient's lifestyle, environment and personal habits which could place them at risk from illness or have an influence on the established disease.

To assess the impact of the illness on the patient's functional status you should establish:

marital status, sexual orientation, occupation (previous one if retired), type of accommodation, presence of any aids or adaptation in the house, the use of any walking aids, the need of any day-to-day help, hobbies, recent travels.

Without these details it is difficult to take a holistic approach to the patient's condition and well-being. Keep in mind that an illness may be related to patient's occupation, to environmental factors, homelessness and/or being unemployed.