

# 1. Anamnéza

Anamnestické údaje, tedy údaje, které získá fyzioterapeut od pacienta přímým rozhovorem, jsou nedílnou součástí klinického vyšetření obecně.

V současné době při stále větší nabídce různých přístrojových vyšetření dochází k tomu, že se při stanovení diagnózy a určení terapeutického programu dostávají anamnestické údaje do sféry menšího zájmu.

Při bolestech pohybového aparátu, je důležitost získaných informací zvláště významná. Pacient se při popisování svých problémů často zaměřuje spíše na popisování aktuálních příznaků a je na terapeutovi, aby cílenými dotazy získal hlubší informace o vlastní etiologii obtíží. Ty mohou být důležité pro výběr léčebných technik a postupů. Otázky klademe tak, abychom získali co nejvíce informací. Nesmí být položeny zavádějícím způsobem. V některých případech je nutné pokládat stejné anamnestické dotazy několikrát během léčby nebo i kontaktovat nejbližší příbuzné (např. rodiče dětí). Stává se, že nejzajímavější a nejdůležitější informace získáme až po několika dnech.

## **Nejdůležitější oblasti, na které se v anamnéze zaměřujeme:**

- Vznik a průběh potíží: jak byly potíže vyvolány (např. prudkým pohybem, déle trvající polohou související s vykonáváním nezvyklé činnosti nebo naopak s činností známou), zda se jedná o potíže chronické, akutní nebo intermitentní
- Bolest: zajímáme se o charakter bolesti a iradiaci (ostrá, tupá, kam vystřeluje..), zda je ohraničená, vystřelující nebo trvale ohraničená do určitých částí těla.  
*Noční bolest:* zda se pacient budí v důsledku bolesti ze spánku při pohybu nebo v klidu. Bolest mezi 3.-4. hodinou ranní může ukazovat na zánětlivý proces v organismu (v této době je nejnižší hladina kortikoidů v krvi)  
*Bolest a alkohol:* při požití alkoholu a následné úlevě od bolesti můžeme uvažovat o event. funkční poruše, v opačném případě můžeme myslet na strukturální lézi.  
*Iradiace bolesti:* do jaké končetiny vystřeluje, zda je difusní nebo ohraničená, po jaké straně končetiny (tj. na vnitřní, zevní, zadní, přední), jestli vyzařuje nad či pod koleno, nad či pod loket.  
*Bolest a pohyb:* zjišťujeme závislost bolesti na pohybu, který bolest provokuje či mírní, závislost na kašli, kýchnutí, otřesech, změnách intraabdominálního tlaku
- Úrazy v anamnéze: pacient často považuje úraz pouze za děj, který vyvolává bezprostřední bolestivou reakci. Podceňují dobrá traumata, např. distorze, uklouznutí, pády na kostrč (důležité u žen!!). Mnohdy také zcela zapomenou na autonehody. Nezapomínat, že sebemenší náraz je provázen pohybem páteře, který ji může poškodit. Zcela zvláštní skupinou jsou úrazy hlavy a Cp. Zjistit Inko o způsobu léčení a ukončení léčby.
- Operace: jaké, a kdy. Zajímat se o pooperační průběh, způsob hojení jizev, bolestivost jizev!!

R.A., O.A., P.A, S.A., G.A., Sp.A., Reh.A.,F.F., Fa.A., Alergie, Abusus,N.O.

**Osobní anamnéza** – zjišťujeme údaje o chorobách, které pacient prodělal a pro které je v současné době léčen a sledován u praktického lékaře nebo v odborných ambulancích. Součástí osobní anamnézy jsou také údaje o operacích a úrazech.

**Rodinná anamnéza** – choroby nejbližších přímých rodinných příslušníků, ptáme se na onemocnění rodičů a sourozenců. U dětí zjišťujeme počet sourozenců.

**Pracovní a sociální anamnéza** – pacient co nejpřesněji popíše charakter zaměstnání, které vykonává, a pracovní prostředí. Je nutné vědět, zda jde o práci stereotypní nebo různorodou, jaká je nejčastější pracovní poloha, zda pracuje převážně ve stoji nebo vsedě a jaké pohybové stereotypy nejčastěji vykonává. Zjišťujeme, zda jde o fyzicky náročnou práci, zvedání břemen, statická práce ve vynucených polohách atd.

Důležité jsou informace o rodinných poměrech a partnerském vztahu pacienta, zjišťujeme spokojenost v partnerském vztahu a rodině, počet dětí, finanční situaci a hmotné zabezpečení pacienta a rodiny jako celku. Ptáme se pacientovy mimopracovní aktivity.

**Alergologická anamnéza** – zjišťujeme alergii na léky a kontrastní látky, typ alergické odpovědi – kožní reakce, dechové potíže až anafylaktický šok.

**Farmakologická anamnéza** – zjišťujeme, které léky pacient chronicky užívá. Ptáme se na název léku, dávkování, na to, zda lék bývá užíván pravidelně nebo podle potřeby, zda nebyla v poslední době změněna dávka léků. Ptáme se také na to, kdo lék indikoval.

Při hospitalizaci vždy pročíst chorobopis před návštěvou pacienta.

Pacient(ka) je vigilní, lucidní, spolupracující, orientovaná.....

*Vigilní* – osoba bdělá

*Lucidní* – jasné vědomí, plně při vědomí, schopna vnímat ,registrovat a přiměřeně reagovat

(viz. Neurologické vyšetření pro fyzioterapeuty, Jaroslav Opavský, 2005, Olomouc)

### **Pojmy:**

Orientace – autopsychická, allopsychická, somatopsychická

MMSE

Poruchy vědomí – kvantitativní (somnia, sopor, koma), kvalitativní (deliria, obnubilace, amentní stavy)

Afázie – motorická, senzorická, totální, amnestická

Agnózie

## Základy objektivního vyšetření – kineziologický rozbor

- pozorovat pacienta už při vstupu do ordinace, stereotypy atd.

**Anamnéza – objektivní, subjektivní**

**Objektivní vyšetření globální, status localis.**

**Aspekce** – aspekce patří mezi základní klinická vyšetření, podstatou je pozorování pacienta a jeho následné zhodnocení

1. vyšetření stoje – olovníci (v rovině sagitální: od zevního zvukovodu, v rovině frontální: od protuberantia occipitalis externa  
V rovině SAG: linie spojující zevní zvukovod, těla krčních obratlů, střed ramenního kloubu, střed trupu, trochanter major, bod mírně před osou kolenního kloubu a končí mírně před zevním kotníkem  
V rovině FRONT: v ideálním případě je vytvořena linie, která spojuje střed záhlaví, intergluteální rýhu a končí mezi vnitřními kotníky

Obecně můžeme říci, že optimální stoj je zaujat v případě, když jsou jednotlivé sektory harmonicky vyvážené a když potřebují minimální svalovou energii pro udržení nejlepší stability.

Pohled zepředu, zezadu, z boku....viz. další cvičení

2. Zad (pohyb aktivní + zkoušky) a pánve – anteverze, retroverze, laterální posun, zešíkmení, rotace, torze  
Pojmy: Michaelisova routa, SI posun, SI blokáda, fenomén předbíhání, spine sign, palpance bodů na pánvi

Modifikace stoje: stoj se zavřenýma očima, stoj na 1DK (Tredelenburgův příznak, Duchenuův příznak

3. Vyšetření chůze a modifikací
4. Vyš.svalů – hypertonus, svalové dysbalance, svaly posturální a fyzické
5. Vyšetření svalových stereotypů dle Jandy

**Palpace** – palpance je neoddelitelnou součástí reflexně terapeutických metod, které jsou prováděny ručně. Jedná se o složitou interakci mezi fyzioterapeutem a pacientem. Jedná se o děj, přístrojem nenapodobitelný. Právě proto je zásadní výtkou proti palpaci její subjektivnost. V dnešní době umění palpance bohužel upadá. Palpací můžeme zjistit hladkost kůže, pocení, napětí. Vnímáme kůži, svalstvo, pohyblivost tkání proti sobě.

**Vyšetření kůže, podkoží ...aspekce, palpance** (ochlupení, varixy, jizvy, potivost, atd)

**Vyšetření kloubů** – pohybem aktivním, pasivním a proti odporu

**Vyšetření svalů** – oslabených, zkrácených

**Vyšetření jizev** – posunlivost proti podkoží, bolest,....

**Vyšetření pohybových stereotypů (ergonomie!!)**

**Neurologické vyšetření** – reflexy, jevy iritační, zánikové,....

**Vyšetření stereotypu dýchání** – ve vzpřímeném stojí i v jiných polohách (v leže, v sedě), průběh dechové vlny, dýchání nosem nebo ústy???, délka nádechu a výdechu –stejná??, dýchání pravidelné?, s jakou frekvencí dechů za min)

Stanovení krátkodobého a dlouhodobého rehabilitačního plánu!!

### **Vyšetření na 2 vahách: význam na metodika (metoda pro kontrolu statiky)**

Lidské tělo se z hlediska biofyziky chová jako tuhé těleso v labilní poloze - spočívá na relativně malé opěrné bázi, tvořené kontaktem DKK s podložkou.

Zatížení 1. DK by mělo odpovídat zatížení 2.DK. Není-li to tak,lze usuzovat na:

1. Asymetrie somatická, strukturální – klínový obratel, dekompenzovaná skolióza, absolutní zkratek DK
2. Asymetrie funkční – relativní zkratek DK, porucha řídicích mechanismů statiky a rovnováhy (cerebrovestibulární dysfunkce, spinální dysfunkce, hemiplegie)

!!Fyziologická asymetrie strukturální – nepárové orgány, funkční – dominance DK!!

Metodika: 2 stejné osobní váhy bez společného dotyku, horizontální,pevná podložka. Pacient se postaví každou DK na střed váhy a zaujme vzpřímený postoj s HKK uloženými podél těla. Pohled směřuje v horizontální rovině očí, pacient stojí klidně a volně dýchá.

Norma: **dospělí – 4kg, děti do 15let - 2kg**

Vyšetření provádíme po vyšetření funkčních patologií pohyb.systemu, vyšetřujeme opakovaně, v dnešní době jsou modernější metodou posturomedy.

**Strukturální zkratek DK** . poúrazové stavy, pooperační stavy např. po exstirpaci velké cysty

**Relativní zkratek:** svalová nerovnováha (jednostranné zkrácení adduktorů, m.quadratus lumborum), asymetrické plochonozi, mimoosové postavení v oblasti DKK (např. kolen – jednostranná varozita DK zkrátí, valgozita 1DK prodlouží)

Zjistím-li se zkratek DK upravit funkční stav páteře a pánve, uprav svalovou dysbalanci.

Podložení zkratku DK pouze v případě zjištěné poruchy statiky. Podkládáme DK jen do té míry, než se dostaneme na 2 vahách k akceptovatelnému rozdílu (dospělí – 4kg, děti do 15let - 2kg)

- Hodnocení statiky v rovině frontální – ovlivněno zejména asymetrickým rozložením orgánů a jejich hmotností
- Hodnocení statiky v rovině sagitální – těžiště v sagitální rovině je dáno svalovou nerovnováhou. Orientujeme se olovnicí spuštěnou od středu zevního zvukovodu, padá 1cm před os naviculare.

