

Λήψη ιστορικού και κλινική εξέταση

1

Από το πρώτο λεπτό που έρχεστε σε επαφή με τον ασθενή θα πρέπει να βρίσκεστε σε εγρήγορση. Χρησιμοποιείτε τις αισθήσεις σας: όραση, ακοή, όσφρηση και ψηλάφηση με συστηματικό τρόπο ώστε να συλλέξετε πληροφορίες από τις οποίες θα καταλήξετε στη διάγνωση. Η ικανότητα να εκτιμήσετε ως σημαντικό ένα ασύνηθες σχόλιο ή την ελάχιστη ανωμαλία, μπορεί να σας οδηγήσει στην σωστή διάγνωση. Αυτή η δεξιότητα ωστόσο, αναπτύσσεται μόνο μέσω της επιμελούς και συχνής εφαρμογής των «κλινικών ρουτινών» που επισημαίνονται σε αυτό το κεφάλαιο. **Πάντα να παρέχετε την αμέριστη προσοχή σας στον ασθενή και ποτέ μην κάνετε συντομεύσεις.**

Σε εξωνοσοκομειακές δομές, είναι προτιμότερο να προκαλέσετε τους ασθενείς να βαδίσουν στο εξεταστήριο για να σας συναντήσουν παρά να τους βρίσκετε ήδη μέσα ξαπλωμένους. Ο λόγος είναι ότι, κατά τη διάρκεια σωματικής άσκησης, είναι πολύ πιο εμφανή σημεία όπως γενική κακουχία, αδυναμία, δύσπνοια, κυάνωση και δυσχέρεια συγκεκριμένων κινήσεων.

Οι ασθενείς θέλουν να γνωρίζουν σε ποιον απευθύνονται. Πιθανά να αναμένουν να δουν ένα συγκεκριμένο ιατρό. Θα πρέπει να συστήνεστε και να τους εξηγείτε το λόγο της παρουσίας σας. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τους ειδικευόμενους χειρουργούς αλλά και τους φοιτητές.

Ο γονέας, ο σύντροφος ή ο φίλος που συνοδεύει τον ασθενή, συχνά μπορεί να σας δώσει πολύτιμες πληροφορίες αναφορικά με τις μεταβολές στην υγεία και τη συμπεριφορά του ασθενούς, που ο ίδιος δεν έχει παρατηρήσει στον εαυτό του. Να θυμάστε ωστόσο ότι αρκετοί ασθενείς ενοχλούνται με το να συζητούνται

τα προβλήματά τους παρουσία τρίτου προσώπου. Μπορεί να είναι επίσης δύσκολο αν ο συγγενής ή ο φίλος, έχοντας τις καλύτερες προθέσεις, τείνει συνεχώς να απαντάει εκ μέρους του ασθενούς. Όταν έρχεται η ώρα της κλινικής εξέτασης, ο συγγενής ή ο φίλος μπορεί να ζητηθεί να αποσυρθεί και περαιτέρω ερωτήσεις μπορούν να γίνουν στον ασθενή ιδιωτικά. Παρ' όλαυτά, υπάρχουν περιπτώσεις που είναι συχνά βοηθητική η παρουσία του κηδεμόνα του ασθενούς.

Να συζητάτε με τους ασθενείς, ή ακόμη καλύτερα, να τους αφήνετε να σας μιλήσουν. Στην αρχή, μπορείτε να κατευθύνετε την συζήτηση, αλλά μην την υπαγορεύετε. Να φέρεστε στους ασθενείς με σεβασμό, σκεπτόμενοι ότι, οι ασθενείς σας είναι λογικοί και ευφυείς άνθρωποι. Γνωρίζουν τι τους ανησυχεί καλύτερα από εσάς, αλλά επισκέπτονται τον ιατρό ώστε να λάβουν μια διάγνωση και εάν είναι αναγκαίο, την κατάλληλη θεραπεία. **Σε όλα τα στάδια, θα πρέπει να εξηγείτε στον ασθενή τι κάνετε και γιατί το κάνετε.**

Όλες οι ερωτήσεις θα πρέπει να απευθύνονται προς τον ασθενή σε απλή και σαφή γλώσσα, **αποφεύγοντας ιατρικούς όρους και ασυνάρτητη ομιλία**, χρησιμοποιώντας λαϊκές εκφράσεις κατά το περισσότερο δυνατό. Σε περίπτωση που κάποιος ασθενής δεν μιλάει ελληνικά με ευχέρεια, απαιτείται διερμηνέας. Όταν πραγματοποιείτε λήψη ιστορικού μέσω διερμηνέα, να χρησιμοποιείτε σύντομες και απλές ερωτήσεις. Να απαντάται και να μεταφράζεται μόνο μία ερώτηση τη φορά.

Δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείτε καθοδηγητικές ερωτήσεις. Να επιτρέπετε στους ασθενείς να επιλέγουν μόνοι τους τις απαντήσεις

που θα δώσουν. Για παράδειγμα, μην λέτε: «Ο πόνος κινήθηκε στην πλευρά του δεξιού χεριού;». Αυτή είναι μια καθοδηγητική ερώτηση, διότι συνεπάγεται ότι ο πόνος θα έπρεπε να έχει κινηθεί προς εκείνη την κατεύθυνση, και ένας συγκαταβατικός ασθενής θα μπορούσε να σας απαντήσει καταφατικά απλά για να σας ικανοποιήσει. Ο ασθενής θα πρέπει να ερωτάται εάν έχει μετακινούμενο πόνο. Όταν η απάντηση είναι καταφατική, η συμπληρωματική ερώτηση είναι: «Προς τα πού κινείται;». Αν παρόλα αυτά, ο ασθενής δεν κατανοεί την ερώτηση, μπορούν να προταθούν ένας αριθμός πιθανών απαντήσεων, οι οποίες στη συνέχεια μπορούν να απορριφθούν ή να επιβεβαιωθούν από τον ασθενή.

Να θυμάστε ότι μια ερώτηση που εσείς πιστεύετε ότι δεν είναι καθοδηγητική, μπορεί για τον ασθενή να μεταφράζεται λανθασμένα, αν δεν αντιλαμβάνεται ότι υπάρχουν περισσότερες από μία απαντήσεις. Για παράδειγμα: «Ο πόνος έχει αλλάξει;» μπορεί να είναι μια δυσλειτουργική ερώτηση, καθώς υπάρχει μια πληθώρα τρόπων με τους οποίους ο πόνος μπορεί να έχει αλλάξει. Μπορεί να αλλάξει σε φύση, βαρύτητα κ.α., αλλά ο ασθενής μπορεί επίσης να είναι τόσο ενοχλημένος από την ένταση του πόνου, που να σκέφτεται μόνο την βαρύτητα του πόνου και να ξεχνάει άλλα του χαρακτηριστικά, που πιθανά έχουν αλλάξει. Σε τέτοιες περιπτώσεις, συχνά βοηθάει να παραθέσετε πιθανές απαντήσεις με την ερώτηση: «Ο πόνος μετακινήθηκε ψηλά, χαμηλά, πλάγια στην κοιλιά σας ή κάπου αλλού;», «Ο πόνος σας βελτιώθηκε, χειρότερησε ή έμεινε ίδιος;» ή «Μπορείτε να περπατήσετε το ίδιο μακριά ή λιγότερο μακριά από όσο μπορούσατε πριν από ένα χρόνο;»

Ο ασθενής πρέπει να σας δώσει τη σωστή απάντηση, ώστε να θέσετε σωστά την επόμενη ερώτηση. Μην ανησυχείτε υπερβολικά για τις ερωτήσεις, αλλά να δίνετε έμφαση στις απαντήσεις του ασθενούς και αποδεχτείτε ότι κάποιες φορές θα χρειαστεί αρκετός χρόνος, υπομονή και επιμονή ώσπου να πάρετε ένα καλό ιστορικό.

Σε κάποιο βαθμό, θα διαβάζετε το συνοδευτικό σημείωμα αναφορικά με τον ασθενή, που μπορεί να προτείνει κάποια διάγνωση. Πάραυτα, είναι προτιμότερο να το διαβάζετε αφού έχετε πάρει εσείς το ιστορικό από τον ασθενή,

ώστε να μην επηρεάσει την ανεξάρτητή σας σκέψη.

ΠΩΣ ΝΑ ΠΑΡΕΤΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η λήψη του ιστορικού θα πρέπει να γίνεται με τη σειρά που περιγράφεται παρακάτω στον Συνοπτικό Πίνακα 1.1. **Προσπαθήστε να μην γράφετε και μιλάτε ταυτόχρονα στον ασθενή.** Είναι ωστόσο σημαντικό το να καταγράφετε ημερομηνίες, ιστορικό λήψης φαρμάκων και τις δόσεις με ακρίβεια, που ενδεχομένως να μην μπορείτε να ανακαλέσετε στην μνήμη σας μετά την κλινική εξέταση και αφού φύγετε από το θάλαμο του ασθενή. Συνεπώς, σύντομες σημειώσεις καθώς μιλάτε στον ασθενή είναι απαραίτητες.

Να επιβεβαιώνετε πάντα ότι γνωρίζετε και καταγράφετε το ονοματεπώνυμο, τη διεύθυνση, την ηλικία, το φύλο και το επάγγελμα του ασθενή. Κάθε φορά που γράφετε ένα σημείωμα για κάποιον ασθενή, είτε πρόκειται για μια σύντομη αναφορά θεραπευτικής προόδου, είτε για ένα πλήρες ιστορικό, να επιβεβαιώνετε ότι σημειώσατε στο έγγραφο την ημερομηνία που είδατε τον ασθενή.

Η παρουσία ενόχληση

Ξεκινήστε ρωτώντας τον ασθενή ποια είναι η κύρια ενόχληση και καταγράψτε την απάντηση. Ζητήστε από τον ασθενή να περιγράψει με δικά του λόγια τι ακριβώς βρίσκει προβληματικό στον εαυτό του και όχι τι του έχει επισημάνει κάποιος τρίτος, πιθανά ένας άλλος ιατρός. Αξίζει επίσης να ερωτηθεί «Ποιο είναι το πρόβλημα που θέλετε να διευθετηθεί από εμένα (δηλαδή το χειρουργό);». Εάν ρωτήσετε: «Ποιο είναι το πρόβλημα;», ο ασθενής μπορεί να απαντήσει αυτό που ο ίδιος πιστεύει πως είναι η διάγνωση, ή αυτό που του έχουν ήδη πει τρίτοι. Είναι προτιμότερο να μην γνωρίζετε ποια είναι η πιθανή διάγνωση κατά τον ίδιο τον ασθενή ή από άλλους ιατρούς (δείτε την προηγούμενη αναφορά σχετικά με τα συνοδευτικά σημειώματα) γιατί ενδεχομένως να μην είναι καμία από τις δύο σωστές. Να προσπαθείτε να εξαγάγετε τα προβλήματα και τις ενοχλήσεις του ασθενή για να καταλήξετε σε δικά σας συμπεράσματα!

Σύνοψη Ιστορικού (Συνοπτικός Πίνακας 1.1)

Συνοπτικός Πίνακας 1.1

Σύνοψη ιστορικού ασθενούς

Όνοματεπώνυμο. Ηλικία και ημερομηνία γέννησης. Φύλο. Οικογενειακή κατάσταση. Επάγγελμα. Εθνικότητα. Αριθμός Μητρώου Εισαγωγής

Παρούσες ενοχλήσεις ή προβλήματα

Είναι προτιμότερο να καταγράφονται ακριβώς όπως περιγράφονται από τον ασθενή.

Ιστορικό παρούσας ενόχλησης

Να συμπεριλάβετε σε αυτή την ενότητα τις απαντήσεις που δίνει ο ασθενής στις άμεσες ερωτήσεις που αφορούν στο σύστημα στο οποίο εντοπίζεται η παρούσα ενόχληση.

Άμεσες Ερωτήσεις ανά Σύστημα*(α) Πεπτικό Σύστημα και Κοιλία*

Όρεξη. Διατροφή. Βάρος. Ναυτία. Δυσφαγία. Αναγωγή. Μετεωρισμός. Οπισθοστερνικός Καύσος. Έμετος. Αιματέμεση. Δυσπεψία. Κοιλιακό άλγος. Ίκτερος. Διάταση κοιλίας. Συνήθειες εντέρου. Χαρακτηριστικά κοπράνων. Αιμορραγία από το ορθό. Βλέννη. Διάρροια. Πρόπτωση. Ακράτεια. Τεινεσμός

(β) Αναπνευστικό Σύστημα

Βήχας. Απόχρεμψη. Αιμόπτυση. Δύσπνοια. Βράγχος φωνής. Συρίππουσα αναπνοή. Θωρακικό άλγος. Άσκηση αντοχής

(γ) Καρδιαγγειακό Σύστημα

Δύσπνοια. Παροξυσμική νυκτερινή δύσπνοια. Ορθόπνοια. Θωρακικό άλγος. Αίσθημα παλμών. Οίδημα σφυρών. Ζάλη. Διαλείπουσα χωλότητα. Απόσταση βάδισης. Αλλαγές χρώματος άνω και κάτω άκρων

(δ) Ουρογεννητικό Σύστημα

Οσφυϊκό άλγος. Συχνότητα ούρησης συμπεριλαμβανομένης της νυκτερινής συχνότητας. Ολιγουρία. Σταγονοειδής ακράτεια. Επίσχεση ούρων. Δυσουρία. Έπειξη. Κατακράτηση. Άλγος κατά την ούρηση. Πολυουρία. Δίψα. Αιματουρία. Ακράτεια

Στους άνδρες: Προβλήματα με τη σεξουαλική επαφή και σεξουαλική ανικανότητα

Στις γυναίκες: Ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης. Καταμήνιος κύκλος. Ποσότητα και διάρκεια εμμήνου ρύσεως. Κολπικές εκκρίσεις. Δυσμηνόρροια. Δυσπα-

ρεύνια. Ιστορικό κυήσεων και πιθανών επιπλοκών. Πρόπτωση μήτρας. Ακράτεια κύστεως. Άλγος Μαστού. Έκκριμα θηλής. Διογκώσεις στο μαστό. Αλλαγές χρώματος δέρματος μαστού

(ε) Νευρικό Σύστημα

Αλλαγές στη συμπεριφορά και τον ψυχισμό. Κατάθλιψη. Απώλεια μνήμης. Παισιθήσεις. Ψευδαισθήσεις. Άγχος. Τρόμος. Λιποθυμικά επεισόδια. Απώλεια συνείδησης. Σπασμοί. Μυϊκή αδυναμία. Παράλυση. Διαταραχές της αισθητικότητας. Παισιθησία. Ζάλη. Αλλαγές στην όσφρηση, την όραση και την ακοή. Τετανία. Πονοκέφαλοι.

(στ) Μυοσκελετικό Σύστημα

Άλγος στους μύες, τα οστά και τις αρθρώσεις. Οίδημα σε αρθρώσεις. Περιορισμένη αρθρική κινητικότητα. Κλειδωμένη άρθρωση. Αδυναμία. Διαταραχές βάδισης

Προηγούμενο Ιστορικό

Προηγούμενα νοσήματα. Ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων και ατυχημάτων. Σακχαρώδης Διαβήτης. Ρευματικός Πυρετός. Διφθερίτιδα. Αιμορραγικές τάσεις. Άσθμα. Αλλεργική ρινίτιδα. Αλλεργίες. Φυματίωση. Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Τροπικά νοσήματα

Φαρμακευτικό Ιστορικό

Ινσουλίνη. Στεροειδή. Αντικαταθλιπτικά και αντισυλληπτικά χάπια. Κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών

Ιστορικό Εμβολιασμών

BCG. Διφθερίτιδας. Τετάνου. Τύφου. Κοκκύτη. MMR

Οικογενειακό Ιστορικό

Αίτια θανάτου στενών συγγενών. Οικογενειακά νοσήματα σε αδέρφια και τέκνα

Κοινωνικό Ιστορικό

Οικογενειακή κατάσταση. Σεξουαλικές συνήθειες. Συνθήκες διαβίωσης. Έκθεση σε βιομηχανικούς ρύπους. Ταξίδια στο εξωτερικό. Δραστηριότητες αναψυχής

Συνήθειες

Κάπνισμα. Κατανάλωση αλκοόλ. Αριθμός τσιγάρων ανά ημέρα. Μονάδες αλκοόλ ανά εβδομάδα

Οι ενοχλήσεις θα πρέπει να κατατάσσονται σε λίστα βάσει της βαρύτητάς τους και δίπλα

να καταγράφεται με ακρίβεια το πότε και πώς ξεκίνησαν. Όποτε είναι εφικτό, θα πρέπει να ση-

μειώνετε το γιατί ένας ασθενής είναι πιο ανήσυχος για μια ενόχληση έναντι μιας άλλης.

Ιστορικό της παρούσας ενόχλησης

Θα πρέπει να καταγράφεται λεπτομερώς το πλήρες ιστορικό της παρούσας ενόχλησης ή των ενοχλήσεων με ακριβείς ημερομηνίες εμφάνισης. Είναι επίσης μείζονος σημασίας να ανατρέχετε στο παρελθόν του ασθενούς αναφορικά με το τρέχον πρόβλημα. Για παράδειγμα, ένας ασθενής μπορεί να σας παραπονεθεί για πρόσφατη ξαφνική εκδήλωση δυσπεψίας. Εάν όμως περαιτέρω ερωτήσεις αποκαλύπτουν την ύπαρξη παρόμοιων συμπτωμάτων κάποια χρόνια πιο πριν, αυτά, θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στην παρούσα ενότητα.

Συμπληρωματικές ερωτήσεις αναφορικά με το πάσχον σύστημα

Όταν για παράδειγμα, ένας ασθενής παραπονειέται για δυσπεψία, είναι λογικό μετά από την καταγραφή του ιστορικού αναφορικά με τη δυσπεψία, να συνεχίσετε με περισσότερες ερωτήσεις που αφορούν στο πεπτικό σύστημα.

Άμεσες ερωτήσεις ανά σύστημα

Αυτές είναι άμεσες ερωτήσεις που πρέπει να θέτετε σε κάθε ασθενή, καθώς οι απαντήσεις που θα σας δώσει μπορεί να ενισχύσουν τη γνώση σας για την κυρίαρχη ενόχληση και συχνά αποκαλύπτουν την ύπαρξη άλλων διαταραχών που ο ασθενής αγνοεί ή τις θεωρεί μη σχετικές. Η απουσία σχετικών με την κυρίαρχη ενόχληση συμπτωμάτων είναι συχνά εξίσου σημαντική με τις θετικές απαντήσεις που μπορεί να δώσει ο ασθενής. Η καθιερωμένη ομάδα άμεσων και σημαντικών συμπληρωματικών ερωτήσεων περιγράφεται λεπτομερώς παρακάτω. **Είναι απαραίτητο να αποστηθίσετε αυτές τις ερωτήσεις γιατί είναι αρκετά εύκολο να ξεχάσετε να ρωτήσετε τον ασθενή κάποια από αυτές.** Όταν πρέπει να γυρίσετε πίσω στον ασθενή για να τον ρωτήσετε κάποια ερώτηση που ξεχάσατε νωρίτερα, η απάντηση συχνά αποδεικνύεται ιδιαίτερα σημαντική.

Ο μοναδικός τρόπος να απομνημονεύσετε τη λίστα των ερωτήσεων αυτών είναι μέσω εξάσκησης, που σημαίνει λήψη των περισσότερων δυνατών ιστορικών με πλήρη καταγραφή των δεδομένων.

Πεπτικό σύστημα

(βλέπε Κεφάλαια 15 και 16)

Όρεξη: Η όρεξη του ασθενούς έχει αυξηθεί, μειωθεί ή παραμένει η ίδια; Εάν έχει μειωθεί, αυτό οφείλεται σε ανορεξία ή επειδή αισθάνεται ότι κάθε φορά που τρώει προκαλείται πόνος;

Διατροφή: Τι είδους φαγητό καταναλώνει ο ασθενής και κάθε πότε; Είναι χορτοφάγος ή αποφεύγει κάποιες συγκεκριμένες τροφές;

Βάρος: Έχει αλλάξει το σωματικό βάρος του ασθενή, και εάν ναι, πόσο πολύ και μέσα σε πόσο χρόνο; Ορισμένοι ασθενείς δεν ζυγίζονται ποτέ, αλλά συχνά παρατηρούν στα ρούχα τους το αν τα αισθάνονται πιο στενά ή πιο χαλαρά. Παράλληλα, φίλοι μπορεί να τους έχουν μιλήσει για αλλαγές στη σωματική τους εικόνα που οι ίδιοι δεν έχουν παρατηρήσει.

Δόντια και γεύση: Μπορεί ο ασθενής να μασήσει την τροφή του; Φέρει τεχνητή οδοντοστοιχία; Αισθάνεται περίεργες γεύσεις και αισθήσεις στο στόμα του; Υπάρχουν συμπτώματα αιφνίδιας εισβολής υδαρούς ή όξινου διαλύματος στο στόμα; (αιφνίδια εισβολή σιέλου ή αναγωγή γαστρικού οξέος αντίστοιχα.)

Κατάποση: Έχει κάποια δυσκολία στην κατάποση (δυσφαγία); Εάν ναι, ρωτήστε τον ασθενή ποιο είναι το είδος της τροφής που δυσκολεύεται να καταπιεί. Για παράδειγμα, στέρεες τροφές, υγρά ή και τα δύο, καθώς και σε ποιο βαθμό αισθάνεται το φαγητό να κολλάει. Επιπροσθέτως, να τον ρωτήσετε για τη διάρκεια και την εξέλιξη των συμπτωμάτων, καθώς και για το αν αισθάνεται πόνο κατά την κατάποση.

Αναγωγή: Να ρωτάτε τον ασθενή αν έχει αναγωγές. Αυτό σημαίνει την παθητική παλινδρόμηση του γεύματος στη στοματική κοιλότητα. Διαφέρει από τον έμετο, ο οποίος αφορά σε εργώδη ακούσια σύσπαση του κοιλιακού τοιχώματος.

Αν όντως έχει αναγωγή, ποιο το περιεχόμενο της; Η τροφή έχει υποστεί πέψη ή είναι άπεπτη και αναγνωρίσιμη;

Πόσο συχνά έχει αναγωγή ο ασθενής; Υπάρχει κάποιος παράγοντας που την προκαλεί όπως το αν ο ασθενής ξαπλώνει, σκύβει ή σηκώνει βάρη;

Μετεωρισμός: Ο ασθενής έχει ερυγές συχνά; Οι ερυγές συνδέονται με κάποιο άλλο σύμπτωμα;

Οπισθοστερνικός καύσος: Πρόκειται για το αίσθημα καψίματος που βιώνει ο ασθενής, στην περιοχή πίσω από το στέρνο λόγω της παλινδρόμησης γαστρικού οξέος στον οισοφάγο. Ο ασθενής μπορεί να μην αντιλαμβάνεται ότι το παρόν σύμπτωμα προέρχεται από τον πεπτικό σωλήνα, και για αυτό θα πρέπει να τον ρωτάτε συγκεκριμένα για αυτό το αίσθημα. Εάν ο ασθενής αισθάνεται οπισθοστερνικό καύσο, πόσο συχνά γίνεται αυτό; Υπάρχει κάποιος παράγοντας που το προκαλεί, όπως το να ξαπλώνει ευθεία ή σε πρηνή θέση;

Έμετος: Πρόκειται για την εργώδη αποβολή του περιεχομένου του στομάχου ή του εντέρου μέσω του στόματος ως αποτέλεσμα ακούσιων συσπάσεων του οισοφάγου, του στομάχου και του κοιλιακού τοιχώματος. Εάν ο ασθενής αναφέρει ως σύμπτωμα τον έμετο, πόσο συχνά γίνεται; Προηγείται ναυτία του εμέτου; Ποια είναι η σύσταση και ο όγκος του εμέτου; Είναι αναγνωρίσιμες οι τροφές από προηγούμενα γεύματα, είναι διαλυμένη τροφή, είναι απλώς όξινο διάλυμα (δημιουργεί αίσθημα καψίματος) ή είναι χολώδες υγρό (πικρής γεύσης);

Προηγείται του εμέτου κάποιο άλλο σύμπτωμα όπως πόνος δυσπεψίας, πονοκέφαλος ή ζαλάδα; Ακολουθεί έμετος μετά από λήψη τροφής και πως σχετίζεται με την τροφή; Παρουσιάζει έμετο χωρίς αυτός να είναι εργώδης;

Αιματέμεση: Ορίζεται ως ο έμετος με αίμα. Πάντοτε να ρωτάτε τον ασθενή εάν ποτέ είχε αιματέμεση διότι αποτελεί ένα πολύ σημαντικό σύμπτωμα. Να θυμάστε ότι αίμα που είναι παλιό, μοιάζει με **κόκκους καφέ**.

Ορισμένοι ασθενείς έχουν δυσκολία να διαχωρίσουν τον έμετο με αίμα από την αναγωγή αίματος και το αίμα στα πτύελα κατά το βήχα

– **αιμόπτυση** (βλέπε Κεφάλαιο 2). Η αιμόπτυση συνήθως έχει ξεθωριασμένη ροζ, αφρώδη σύσταση.

Όταν ο ασθενής αναφέρει αιματέμεση, να τον ρωτάτε πάντοτε για πρόσφατη ρινορραγία. Μπορεί ο έμετος τους να είναι αίμα που προηγουμένως έχουν καταπιεί.

Οι ασθενείς σπανίως είναι σε θέση να μαντέψουν την πραγματική ποσότητα του αίματος στον έμετο τους, λόγω και της προσθήκης του γαστρικού υγρού στο περιεχόμενο του εμέτου. Συνοδός με την αιματέμεση κατάρρευση ή/και λιποθυμία σχετίζεται με αυξημένη απώλεια αίματος.

Δυσκολία πέψης ή κοιλιακό άλγος (δυσπεψία):

Το παρόν ορίζεται ως δυσκολία στην πέψη της τροφής και συνήθως συνοδεύεται από δυσανεξία ή κοιλιακό άλγος. Συχνά ακόμη συνοδεύεται από οπισθοστερνικό καύσο και ερυγές (δείτε πιο πάνω). Ορισμένοι ασθενείς χαρακτηρίζουν όλα τα κοιλιακά άλγη ως δυσπεψία. Η διαφορά μεταξύ της δυσανεξίας και του πόνου μετά από την κατανάλωση φαγητού μπορεί να είναι πολύ μικρή.

Συνεπακόλουθα, είναι προτιμότερο να συγκεντρωθείτε στην προσπάθεια να διευκρινίσετε τα σημαντικά χαρακτηριστικά του πόνου ή της δυσανεξίας, την εντόπιση τους, την ώρα έναρξης, τη βαρύτητα, τη φύση, την εξέλιξη, τη διάρκεια, την αντανάκλαση, την πορεία καθώς και τους παράγοντες που τα προκαλούν, τα επιβαρύνουν ή τα ανακουφίζουν.

Ίκτερος: Πρόκειται για την κίτρινη χρώση του δέρματος ως αποτέλεσμα αυξημένων επιπέδων χολερυθρίνης που συσσωρεύονται στο αίμα (βλέπε Κεφάλαιο 15).

Τα μάτια ή το δέρμα του ασθενή έχουν γίνει ποτέ κίτρινα; Πότε συνέβη αυτό και πόσο διήρκεσε; Υπήρχαν συνοδά συμπτώματα όπως πυρετός, κοιλιακό άλγος ή απώλεια της όρεξης; Είχε φαγούρα στο δέρμα (αίσθημα κνησμού); Έχει αλλάξει το χρώμα των κοπράνων ή των ούρων; Είχε πρόσφατα ο ασθενής πάρει κάποιο φάρμακο, έκανε κάποια ένεση ή κάποια μετάγγιση αίματος;

Κοιλιακή διάταση: Παρατήρησε ο ασθενής ότι η κοιλιά του έχει πρηστεί (διογκωθεί); Τι τον

ώθησε σε αυτή την παρατήρηση; Πότε ξεκίνησε και πώς εξελίχθηκε; Είναι συνεχές το πρήξιμο ή ποικίλει;

Ποιοι παράγοντες σχετίζονται με οποιαδήποτε διαφορά στην εικόνα της κοιλιακής διάτασης;

Η διάταση της κοιλίας συνοδεύεται από πόνο; Επηρεάζει την αναπνοή;

Ανακουφίζεται με ερυγές, έμετο, αποβολή αερίων ή κένωση;

Έχει χάσει ο ασθενής βάρος ή είχε κάποιο πρόβλημα με την ούρηση;

Ειδικά για τις γυναίκες, να ρωτάτε εάν υπάρχει ενδεχόμενο κύησης και τότε ήταν η τελευταία έμμηνος ρύση;

Κενώσεις: Πρόκειται για την αποβολή περιεχόμενου του εντέρου μέσω του πρωκτού (βλέπε Κεφάλαιο 16). Πόσο συχνά ενεργείται ο ασθενής ανά ημέρα; Υπάρχει κάποια παραλλαγή στις συνήθειες του εντέρου;

Ποια είναι τα χαρακτηριστικά των κοπράνων;

- **Χρώμα:** καφέ, μαύρο, ξέθωρο κίτρινο, λευκό, ασημόχρωμο, αιματηρό (δείτε παρακάτω);
- **Σύσταση:** σκληρά, μαλακά, αφρώδης ή υδαρής κένωση
- **Μέγεθος:** ογκώδη, δίκην σφαιριδίων, σαν κορδόνη-ταινία;
- **Σχετική βαρύτητα:** επιπλέει ή βυθίζεται;
- **Οσμή:** είναι ιδιαίτερα έντονη;

Να προσέχετε όρους όπως «**διάρροια**» (που είναι συχνή και άφθονη αποβολή υδαρών κοπράνων) και «**δυσκοιλιότητα**» (που είναι ασυνήθης ή εργώδης κένωση του εντέρου σκληρών κοπράνων). Αυτοί οι όροι συχνά παρερμηνεύονται από τον ασθενή. Συνεπώς, δεν θα πρέπει να τους καταγράφετε στις σημειώσεις σας αν δεν συνοδεύονται από την καταγραφή της συχνότητας των κενώσεων του ασθενούς και από τη σύσταση των κοπράνων (βλέπε Κεφάλαιο 16).

Αιμορραγία από το ορθό: Ο ασθενής έχει δει ποτέ αίμα στα κόπρανα;

Εάν ναι, το αίμα ήταν λαμπερά **ερυθρό ή σκούρο**; Η ποσότητα του αίματος ήταν μικρή ή μεγάλη, και πόσο συχνά έχει συμβεί;

Το αίμα ήταν αναμεμιγμένο με τα κόπρανα ή μόνο στην επιφάνειά τους ή εμφανίστηκε μόνο μετά την αποβολή των κοπράνων;

Αέρια ή βλέννη από το ορθό: Ο ασθενής έχει παρατηρήσει ότι διελαύνουν περισσότερα αέρια από τον εντερικό αυλό απ' ότι συνήθως ή ότι έχει αναστολή αερίων;

Ο ασθενής έχει βγάλει ποτέ από το ορθό βλέννη (σαν γλίτσα) ή πύον (κίτρινο/ πράσινο παχύρρευστο υγρό);

Πόνος κατά την αφόδευση: Ο ασθενής βιώνει πόνο κατά την αφόδευση; Εάν ναι, πότε ξεκινάει ο πόνος – πριν, κατά τη διάρκεια, μετά ή σε στιγμές διαφορετικές από την ώρα αφόδευσης; Υπάρχουν άλλοι επιβαρυντικοί παράγοντες ή παράγοντες που τον ανακουφίζουν;

Πρόπτωση και ακράτεια: Προβάλλει κάποια μάζα εκτός του πρωκτού όταν ο ασθενής σφίγγεται; Η μάζα αυτή επιστρέφει αυτόματα στην αρχική της θέση ή απαιτεί πίεση με το χέρι;

Ο ασθενής μπορεί να συγκρατήσει τα εντερικά αέρια και τις κενώσεις του; Εάν όχι, υπάρχει κάτι που προκαλεί την ακράτεια, όπως η ορθοστασία ή ο βήχας; Αντιλαμβάνονται ότι έχουν ακράτεια και αυτή σχετίζεται με επείγουσα έπειξη προς αφόδευση;

Έχει ο ασθενής ιστορικό από προηγούμενους τραυματισμούς ή χειρουργικές επεμβάσεις στον πρωκτό;

Εάν αφορά σε γυναίκα ασθενή, ποιο είναι το γυναικολογικό της ιστορικό;

Τεινεσμός: Ο ασθενής βιώνει συνεχή και επίμονη επιθυμία για αφόδευση (βλέπε Κεφάλαιο 16).

Αναπνευστικό σύστημα
(βλέπε Κεφάλαιο 2)

Βήχας: Πρόκειται για την απότομη/ εκρηκτική αποβολή αέρα από τους πνεύμονες μέσω των μερικώς κλειστών φωνητικών χορδών που προξενεί έναν χαρακτηριστικό ήχο και συχνά συνοδεύεται από την παραγωγή βλέννης (πτύελα).

Πόσο καιρό έχει ο ασθενής βήχα και πόσο συχνά βήχει; Ο βήχας εμφανίζεται ανά περιόδους;

Υπάρχει κάτι, όπως η αλλαγή στάσης σώματος που εγείρει ή ανακουφίζει το βήχα;

Ο βήχας είναι ξηρός ή παραγωγικός (με πτύελα);

Πτύελα: Πρόκειται για τη βλέννη/πύον που βγαίνει με το βήχα. Ποια είναι η ποσότητα των πτυέλων (π.χ. κουταλάκι του τσαγιού, κουταλάκι του γλυκού κ.τ.λ.) και ποια η χρώση τους (λευκό, δι-αυγές ή κίτρινο υγρό);

Αιμόπτυση: Πρόκειται για το αίμα που εξέρχεται με το βήχα (βλέπε Κεφάλαιο 2).

Ο ασθενής έχει παρατηρήσει κάτι τέτοιο; Τα πτύελα ήταν αφρώδη ή ροζ, γεγονός που πιθανολογεί διάγνωση καρδιακής ανεπάρκειας; Υπήρχαν κόκκινοι λεκέδες στη βλέννη ή πήγματα αίματος;

Ποια ήταν η ποσότητα; Πόσο συχνά συμβαίνει η αιμόπτυση;

Βράχυνση της αναπνοής/δύσπνοια (βλέπε Κεφάλαιο 2): Ο ασθενής λαχανιάζει; Υπάρχει δύσπνοια κατά την ανάπαυση; Ο ασθενής έχει συριγμό(ρόγχοι ή ήχος σφυρίγματος, ενδεικτικός άσθματος);

Πόσες σκάλες αντέχει να ανεβεί; Πόσο μακριά μπορεί να βαδίζει σε μια επίπεδη επιφάνεια μέχρι να εμφανίσει δύσπνοια και αν αυτή διακόπτει πλήρως το βάδισμα; Μπορεί ο ασθενής να βαδίζει και να μιλάει ταυτόχρονα;

Ο ασθενής έχει δύσπνοια όταν είναι καθιστός; Η δύσπνοια χειροτερεύει όταν ξαπλώνει; Η δύσπνοια που βιώνει ο ασθενής όταν είναι ξαπλωμένος σε ευθεία χαρακτηρίζεται ορθόπνοια. Πόσα μαξιλάρια χρειάζεται για να κοιμηθεί;

Η άπνοια τον ξυπνάει κατά τη νυχτερινή κατάκλιση –κατάσταση που καλείται νυχτερινή παροξυσμική δύσπνοια– ή η δύσπνοια του χειροτερεύει αν γλιστρήσει από τα μαξιλάρια του;

Η βαρύτητα της δύσπνοιας μπορεί να ταξινομηθεί αριθμητικά με τη χρήση εργαλείων αξιολόγησης (βλέπε Κεφάλαιο 2).

Η δύσπνοια προκαλείται ή επιδεινώνεται από εξωγενείς παράγοντες όπως αλλεργία σε ζώα, η γύρη ή η σκόνη; Η δυσκολία στην αναπνοή εντοπίζεται στη φάση της εισπνοής ή της εκπνοής;

Θωρακικό άλγος (βλέπε Κεφάλαιο 2): Ρωτήστε και επιβεβαιώστε την εντόπιση, τη βαρύτητα και τη φύση του πόνου. Ο θωρακικός πόνος μπορεί να είναι συνεχής, πλευριτικός (δηλαδή χειροτερεύει κατά την εισπνοή), συσφιγκτικός ή διαξιφιστικός.

Καρδιαγγειακό σύστημα
(βλέπε Κεφάλαιο 2)

Λαχάνιασμα/δύσπνοια: Οι έννοιες αυτές ορίζονται, χρησιμοποιώντας τις ίδιες ερωτήσεις που έχουν περιγραφθεί παραπάνω.

Ορθόπνοια και παροξυσμική νυχτερινή δύσπνοια: Αυτά τα συμπτώματα σχετίζονται με καρδιακή ανεπάρκεια (βλέπε Κεφάλαιο 2).

Πόνος: Ο πόνος καρδιακής αιτιολογίας – στηθάγχη τυπικά εντοπίζεται κατά μήκος της μέσης γραμμής πίσω από το στέρνο (οπισθοστερνικό άλγος). Μερικές φορές ωστόσο, ο ασθενής μπορεί να βιώνει πόνο στο επιγάστριο. Συχνά ο πόνος χαρακτηρίζεται ως συσφιγκτικός ή ότι είναι ένας πόνος που απλώνεται σαν εσάρπα. Θα πρέπει να ρωτάτε τον ασθενή εάν ο πόνος αντανακλά στον τράχηλο ή το αριστερό άνω άκρο; Επίσης, να ρωτάτε εάν ο πόνος επιδεινώνεται με την άσκηση ή τη συναισθηματική διάθεση ή εάν ο πόνος ανακουφίζεται με την ανάπαυση (όλα αυτά είναι ενδεικτικά στηθάγχης);

Αίσθημα παλμών: Είναι επεισόδια κατά τα οποία ο ασθενής αντιλαμβάνεται αιφνίδια φτερουγίσματα ή χτύπους της καρδιάς. Αυτά τα συμπτώματα είναι ενδεικτικά αρρυθμίας, αλλά μπορεί να είναι αποτέλεσμα έκτακτων συστολών.

Οίδημα σφυρών: Ο ασθενής παρουσιάζει οίδημα/πρήξιμο στους αστραγάλους ή στα κάτω άκρα; Πότε πρήζονται; Αλλάζει ή μετατοπίζεται το οίδημα κάτω άκρων αν ο ασθενής ξαπλώνει ή/ και ανυψώνει τα άκρα;

Είναι σημαντικό να λαμβάνετε υπόψη τη διάγνωση καρδιακής ανεπάρκειας σε ασθενείς με οίδημα σφυρών παρότι υπάρχουν πολλές διαφορετικές αιτίες οιδήματος σφυρών (βλέπε Κεφάλαια 2 και 10)

Ζάλη, πονοκέφαλος και θολή όραση: Αυτά είναι μερικά από τα συμπτώματα που σχετίζονται με υπέρταση και ορθοστατική υπόταση. Μπορούν επίσης να εμφανισθούν στα πλαίσια νευρολογικών, λαβυρινθικών ή οφθαλμολογικών διαταραχών (βλέπε Κεφάλαιο 3).