

METODISKĀS NORĀDES KLĪNISKĀS SLIMĪBAS VĒSTURES
UZRAKSTĪŠANĀ

Visas slimības vēstures sadaļas jāparāda izdalīti. Katru jaunu slimības vēstures sadaļu jāsāk ar jaunu lapu. Obligāti jābūt 4 cm platiem atkāpes laukumiem.

TITULLAPAS NOFORMĒŠANA

Rīgas Stradiņa Universitāte
Ķirurģijas katedra

Slimības vēsture ķirurģijā

Katedras vadītājs - prof. J.Gardovskis

Docētājs _____

Slimnieks _____

vārds, uzvārds, vecums

Diagnoze _____

Operācija _____

nosaukums, datums, operators, anestēzija, anesteziologs

Kurators

Students

grupa, kurss, fakultāte

Kurācijas laiks (sākums, beigas)

Pases daļa. Vārds, uzvārds, dzimums, vecums, profesija, datums un iestāšanās stunda klīnikas nodaļā.

Kas slimnieku nosūtījis?

Nosūtītājas iestādes diagnoze.

Diagnoze iestājoties.

Klīniskā diagnoze.

Galīgā klīniskā diagnoze:

a) pamatslimība;

b) pamatslimības komplikācijas;

c) blakusslimības.

Zaļu blakusiedarbība (nepanesamība).

Asins grupa; Rēzus faktors.

Ķirurģiskas operācijas, anestēzijas metodes un operācijas komplikācijas (anesteziologa, ķirurga uzvārds).

1. *Anamnesis morbi.*

Sūdzības iestājoties vai kurācijas sākumā – sīki aprakstīt sāpju raksturu, to lokalizāciju un iradiāciju, parādīšanās laiku, ilgumu, intensitāti, medikamentus, kas kupē sāpes. Traumu slimniekiem sīki aprakstīt vietu, laiku un apstākļus, kādos notikusi trauma, traumas mehānismu, kas un kad sniedzis pirmo palīdzību.

Slimnieka izmeklēšanas rezultāti līdz stacionēšanai vai līdz kurācijas sākumam. Ārstēšana līdz stacionēšanai vai līdz kurācijas sākumam.

2. *Anamnesis vitae.*

Pārciestās slimības (tuberkuloze, STS, nervu, psihiskās, akūtās infekcijas, cukura diabēts u. c.), traumas, operācijas (kādā vecumā tās bijušas). Sievietēm – ginekoloģiskā anamnēze.

Profesionālā anamnēze – kādā vecumā sācis strādāt, kur un cik ilgi strādājis, kur strādā patreiz, kādi ir darba apstākļi. Kaitīgie ieradumi. Medikamentozā anamnēze (zāļu nepanesība). Asins pārlišanas.

3. *Anamnesis familiae.*

Būtiskākās radnieku slimības, īpaši tuberkuloze, STS, onkoloģiskās, psihiskās saslimšanas, iedzimtas kaites.

4. *Slimnieka objektīva izmeklēšana (status praesens obiectivus).*

Kopējais stāvoklis:

Vispārējais stāvoklis (aktīvs, piespiedu, pasīvs). Ķermeņa uzbūve, augstums, svars, barojums. Ķermeņa temperatūra. Āda (krāsa, rētas, izsitumi), nagi, redzamās gļotādas. Zemāda (izteikta, vidēji un vāji attīstīta), tūskas.

Krūts dziedzeri.

Limfmezgli.

Vairogdziedzeris.

Muskuļi, kauli, locītavas.

Elpošanas orgānu sistēma:

Elpošanas tips, frekvence, krūšu kurvja forma.

Perkusija: plaušu robežas, ekskursijas, perkutorās skaņas raksturs.

Auskultācija: elpošanas raksturs, trokšņi, bronhofonija.

Sirds asinsvadu sistēma:

Sirds un lielo asinsvadu apvidus, kā arī kakla asinsvadu apskate. Ictus cordis. Pulsācijas un „kaķīša dzirnaviņas” sirds un lielo asinsvadu apvidū

Perkusija: sirds absolūtā un relatīvā pieslāpējuma un lielo asinsvadu pieslāpējuma robežas.

Auskultācija (vertikālā un horizontālā stāvoklī): toņi, akcenti, ritms, frekvence, trokšņi.

Pulss: frekvence, ritms, pildījums, pulsa deficīts.

Arteriālais asinsspiediens.

Perifērie asinsvadi: artērijas, vēnas (asinsvadu sienu stāvoklis, vēnu paplašinājumi, pulsācijas uz augšējo un apakšējo ekstremitāšu artērijām).

Greimošanas orgānu sistēma:

Mutes dobums, rīkles gals.

Vēders: forma, piedalīšanās elpošanā, līmenis attiecībā pret ribu loku, redzamie vēdera sienas izspīlējumi, to lokalizācija, forma (uzpūsts, ievilkts), simetriskums, rētas, fistulas uz ādas, to raksturojums. Varikozas vēdera sienas vēnu kolaterāles. Redzama zarnu cilpu un kuņģa peristaltika.

Palpācija: aknu, žultspūšļa, liesas un citu vēdera dobuma orgānu, kā arī patoloģisku veidojumu robežas, konsistence, sāpīgums. Vēdera sienas sāpīgums un sasprindzinājums. Peritoneja kairinājuma simptomi.

Perkusija: aknu robežas, liesas un citu vēdera dobuma orgānu un patoloģisku veidojumu robežas. Meteorisms, ascīts.

Auskultācija: zarnu peristaltika, urkšķēšanas un skalošanās simptomi.

Taisnas zarnas apskati studenti veic kopā ar ārstējošo ārstu vai pasniedzēju.

Ārējā apskate: ādas stāvoklis ap anus, hemoroidālo mezglu esamība. Sāpīgums ievadot pirkstu, sfinktera tonuss, sāpīgums un zarnas sienu nokāršanās ampulas saturs, palpējami veidojumi, priekšdziedzera raksturojums (vīriešiem): forma, lielums, konsistence, sāpīgums, sēklas pūslīšu stāvoklis.

Vēdera baltās līnijas (taisno muskuļu diastāze, trūces), nabas un ārējo cirkšņa kanāla gredzenu raksturojums. Ja trūce ir kā blakus slimība, jāapraksta trūces vārtu izmēri, trūces izspīlējums, klepus grūdiens, reponējamība. Ja trūce ir kā pamatslimība, to apraksta nodaļā "Status localis".

Uropoētiskā sistēma.

Uretra. Urīnpūslis. Nieres – vai iespējams sapalpēt, kustīgums, sāpīgums, palielināšanās. Ureteri – sāpīgums to rajonā pie palpācijas.

Ārējie un iekšējie dzimumorgāni. Šo izmeklēšanu studenti veic kopa ar ārstējošo ārstu vai speciālistu konsultantu.

Neiropsihiskais stāvoklis.

Kontakts ar apkārtējiem. Orientēšanās vietā, laikā, personā. Kritika, atmiņa, intelekts, emocionālā sfēra.

Meningeālie simptomi.

Veģetatīvā nervu sistēma (vazomotorā, atrofiskā, sekretorā funkcija).

5. Sīks orgāna vai ķermeņa daļas apraksts, kur atrodas patoloģiskas process (*status localis*).

Te apraksta ārējās vēdera sienas trūces, krūtsdziedzera un vairogdziedzera slimības. Ekstremitāšu patoloģiju, hemoroīdus, mīksto audu iekaisumu utt. ja šīs slimības ir kā pamatslimības.

6. Prelimināra klīniskā diagnoze un tās pamatojums (iestājoties vai kurācijas sākumā).

Uz sūdzību, anamnēzes un objektīvo datu pamata nosaka patoloģiskā procesa lokalizāciju noteiktā orgānu sistēmā vai kādā konkrētā orgānā. Jānodod procesa raksturojums (akūts, hronisks, progresējošs, izdziestošs; stadija, izplatīšanās, komplikācijas u.t.t.). Visi secinājumi izdarāmi tikai pamatojoties uz datiem, kas aprakstīt slimības vēsture līdz šim. Diagnoze jāformulē pamatoti.

7. Papildus izmeklēšanas plāns.

Jānorāda kādas laboratoriskās, instrumentālās, rentgenoloģiskās u.c. izmeklēšanas metodes nepieciešams veikt slimniekam diagnozes precizēšanai.

8. Laboratoriskās, instrumentālās un attēldiagnostikas izmeklēšanas rezultāti.

9. Klīniskā diagnoze. Diagnozes pamatojums.

- a) Pamatslimība (slimība, kuras dēļ slimnieks iestājies klīnikā; nāves gadījumā - slimība, kura ir nāves iemesls).
- b) Pamatslimības komplikācijas - slimība, kura attīstījusies kā pamatslimības sekas.
- c) Pavadoša slimība - slimība, kurai nav kopēja etioloģija un patoģenēzē ar pamatslimību.

10. Diferenciāldiagnoze.

Te jāatspoguļo sekojoši momenti: jādod īss klīniskās ainas raksturojums slimībai ar kuru diferencē; jāuzraksta, kāpēc šī slimība ņemta diferencēšanai. Kas ir kopējs kurējamā slimnieka slimībai ar diferencējamo slimību.

Jābalstās tikai uz to klīniku, kura ir kurējamam slimniekam, jāpamato kāpēc to vai citu slimību izslēdz; kādas te atšķirības. Jāizanalizē sīki sūdzības, anamnēzi, katru simptomu, laboratoriskie un citi dati.

Diferenciālo diagnozi izpilda ar visām līdzīgajām slimībām klīnisko simptomu un sindromu ziņā.

11. Ārstēšanas plāns.

12. Indikācijas un kontrindikācijas operācijai. Kurējamā slimnieka sagatavošana operācijai. Operācijas principi, plānojamā anestēzijas metode.

13. Dienas grāmata (*decursus morbi*). 3-4 dienas.

Pieraksta ikdienas, laboratoriskos izmeklējumu. Vislielāko uzmanību jāpievērš sistēmas un to orgānu aprakstam, kurus skāris patoloģiskais process vai to apdraud. Jāapraksta visi atklātie jaunie simptomi un jādod salīdzinājums ar novērotiem iepriekš t.i. slimības dinamika. Brūces apraksts (forma, izmēri, granulācijas, nekrozes) Apkārtējo audu stāvoklis (tūska, apsārtums, utt.

Atsevišķā ailē atzīmē ordinācijas: režīmu, diētu, medikamentus, fizikālās procedūras.

Kuratora paraksts

14. Operācijas apraksts.

Preparāta makroskopiskai apraksts. Materiāla histoloģiskās, bakterioloģiskās u.c. izmeklēšanas dati.

15. Pēcoperācijas diagnoze (ja nesakrīt pirmsoperācijas un pēcoperācijas diagnozes, jāpaskaidro iemesls.

16. Prognosis

- **quo ad vitam**
- **quo ar sanitationem completam**
- **quo ad laborem**

17. Rekomendācijas. Režīms, diēta, darba režīms pēc izrakstīšanās.

18. Epikrīze.

Īss slimības raksturojums. Pielietotās ārstēšanas raksturs, motivācija un rezultāti. Operācijas veids, pēcoperācijas perioda norise, pēcoperācijas sarežģījumi. Slimnieka stāvoklis izrakstīšanās laikā. Nepieciešamie tālākie pasākumi, piemēram, iekārtošanās darbā, kad slimniekam jāgriežas pie ārsta.

Ja iznākums letāls, jāraksta sekcijas protokols un jāsalīdzina sekcija dati ar klīniskiem datiem. Ja dati nesakrīt, jāizskaidro nesakrišanas iemesls.

Kuratora paraksts.

Pasniedzēja slēdziens.