

A - 18005

HAIGETE UURIMISE ÜLDINE PLAAN JA SKEEM

Tartu Riikliku Ülikooli Teaduskonna Sisehai-
guste Kliiniku praktikantidele Vabariikliku
Tartu I Sisehaiguste Kliiniku baasil

Koostanud
Professor V. VADI

TARTU 1949

A-18005

HAIGETE UURIMISE ÜLDINE PLAAN JA SKEEM

Tartu Riikliku Ülikooli Teaduskonna Sisehai-
guste Kliiniku praktikantidele Vabariikliku
Tartu I Sisehaiguste Kliiniku baasil.

Koostanud
Professor V. VADI

TARTU 1949

HAIGETE UURIMISE
ÜLDINE PLAAN JA SKEM

Tartu Riikliku Ülikooli Teaduskonna Sise-
guste Kliiniku praktikantidele Vabariikliku
Tartu I Sisehaiguste Kliinika baasil

Koostanud
Professor V. VADI

TARTU ÜLIKOOLI
RAAMATUKOGU

TARTU 1949

I. ÜLDISED REGISTRATSIOONI- ANDMED.

Enne kinnilist uurimist koostatakse haige kohta tarvili-
kud registratsiooniandmed (kelle poolt haige saadetud,
vastuvõtu aeg, haige perekonna-, ees- ja isanimi, vanus,
rahvus, haridus, perekonnaseis, elukutse, töökoht, kutse-
afane töö, elukoht, saate diagnoos jne.), mis vastava NSVL
tervishoiu rahvakomissari määruse põhjal moodustavad
haigusloo esimese osa ja märgitakse haigusloo blanketi esi-
küljele. Samale leheküljele märgitakse hiljem haige haig-
last lahkumine (millal, kuhu), haiglas viibimise haigepäe-
vade arv, tööst vabastamine ja andmed töövõime kohta.
Seda osa haigusloost täidab registratuur.

II. HAIGE SUBJEKTIIVNE JA OBJEK- TIIVNE UURIMINE.

A. SUBJEKTIIVNE UURIMINE (KÜSITLEMINE). ANAMNEES.

1. Haige kaebused ja peamised häired.
2. Käesoleva haiguse kulg kuni haige uurimi-
seni (*anamnesis morbi*).
 - a) Millal, kuidas (äkki, pikkamööda) ja missuguste
nähtudega algas käesolev haigus? Algsümptoomid.
 - b) Kuidas kulges haigus seni, missugused olid haigus-
nähud ja missuguses järjekorras nad esinesid, kas
haigus progresseerus järjest või esines aeg-ajalt.

- c) Varem teostatud eriuurimiste tulemused (temperatuurikõver, kehakaal, laboratoorsed analüüsid, röntgeniprotokollid jne.), kui selliseid on olemas.
- d) Seni teostatud ravi (missuguseid menetlusi ja ravi vahendeid on kasutatud ja kuidas).
- e) Missugune on haige enese (resp. temale lähedalseisvate isikute) arvamus haiguse tekkepõhjuste kohta? Nakkuse ja külmetuse võimalused, toitlushäired, trauma, ülepingutus, ebanormaalne eluviis, professionaalsed haigused jne.

3. Organismi üldseisund täiendavate küsitluste järgi (*status functionalis*).

Peale haige enese poolt avaldatud kaebuste mitmesuguste haigusnähtude ja häirete kohta ei tule kunagi jätta haigele esitamata täiendavaid küsimusi organismi üldseisundi ja üksikute organsüsteemide funktsioonihäirete kohta vastavalt alljärgnevale skeemile.

- a) Haige üldseisund: 1) nõrkus, väsimus (alaline või ajutine), 2) kõhnumine, 3) palavik, 4) tursed.
- b) Närvikava seisund: 1) peavalud, 2) pearinglemine, 3) uni ja unepuudus, 4) nägemine ja kuulmine, 5) üldine närvilisus, ärritatus, 6) valud.
- c) Südame-vereringesüsteemi seisund: 1) südamepekslemine, 2) valud südamepiirkonnas (*stenocardia*), 3) hingeldus, 4) tursed.
- d) Hingamiselundite seisund: 1) hingamine nina kaudu (vaba, raskendatud), 2) köha, 3) röga, 4) hingeldus ja lämmastus (*asthma*).
- e) Seede-elundite seisund: 1) isu, 2) maitse, 3) neelamine, 4) röhitis, kõrvetis, 5) iiveldus, okse,

6) kõhupuhitus (meteorism), 7) roe, tema omadused, 8) valud.

f) Ekskreetoorsete elundite seisund: 1) higistamine, 2) kusepõis, kusemine ja kuse omadused.

g) Nahk ja nahaalune kude: 1) sügelemine, 2) ohatised, lööve, 3) haavandid, 4) higistamine, 5) nahaalused lümfinäärmed.

h) Liikumiselundite seisund: 1) luud, 2) liigesed, 3) lihased.

4. Haige anamnees (*anamnesis vitae*).

a) Eluloolised andmed: sünniaeg ja -koht (geograafilised, kliimaatilised faktorid), elukoha muutused, lapsepõlv ja kooliaeg, noorpõlv, perekondlik olustik, kus haige kasvas, sotsiaalne keskkond, kutsetöö iseloom (õppeaeg, iseseisev tööteenistus) täiskasvanu-eas ja vanaduses.

b) Pärilikkus ja pärilik dispositsioon haigustele. Teated isa ja ema vanemate kohta, isa ja ema ning nende õdede-vendade kohta; vennad ja õed; haige lapsed, lapselapsed. Teated nende vanuse, tervise, haiguste kohta ja surma puhul — kui vanalt ja mis haigusesse surnud.

Selgitada käesoleva sugukonna konstitutsionaalseid omadusi (kehaehitust, normo-, hüper-, asteeniline tüüp).

c) Varem põetud haigused (leetrid, sárlakid, difteeria, malaaria, tüüfused, tuberkuloos, süüfilis, gonorröa, kopsupõletik, pleuriit, áge reumatism, angiin jne.), missuguses elueas, komplikatsioonid ja tagajärjed. Muud varem põetud raskemad haigused.

- d) Perekonnaseis ja suguelu. Naistel — menstruaatsioonide algus, nende iseloom, rasedused, sünnitused, enneaegsed sünnitused, abordid, klimakteeriumi nähud.
- e) Igapäevane elu ja kodune olustik. Korter- ja toitlustingimused, puhkus, erilised harjumused ja harrastused. Kahjulikud harjumused — suitsetamine ja alkoholism.
- f) Kutsealane töö ja ühiskondlik tegevus. Töötingimused, kutsetegevusega seoses esinevad kahjustused (ühenduses tööprotsessiga, keskkonnaga, kasutatava materjaliga). Tegevus ühiskondlikes organisatsioonides.
- g) Haige siseelu (emotsionaalne-psüühiline) ja psüühiline seisund.

B. OBJEKTIIVNE UURIMINE. *STATUS PRAESENS.*

1. Üldine haige vaatlus (*inspectio*).

- a) Keha pikkus ja kaal, kehaehitus. Konstitutsionaalne tüüp (normosteeniline, asteeniline, hüpersteeniline-pükniline). Luustiku areng, haige toitumus, lihaste ja nahaaluse rasvkihi areng (konstitutsionaalne rasvumine). Vastavus vanusele (sugupoole tunnused, endokriinsed kõrvalekaldumised). Haabitus (*asthenicus, phthisicus, emphysematicus, apoplectic, kyphoscoliotic*).
- b) Haige üldseisund: Haige asend (aktiivne, passiivne, sunnitud). Keha seis (jõudlus, liikuvus), kõnnak. Haige näoilme (*facies*). Tajuvus (teadvus, *sensorium*), teadvuseta seisundid (teadvuse hämarus, *stupor, sopor, coma*), minestus (*syncope*).

2. Naha ja nähtavate limaskestade seisund. Naha turgor, elastsus, niiskus, higistamine. Naha ja limaskestade värvus näol, huultel, skleeradel

(kahvatu, ikteeriline, tsüanootiline, erilised pigmen-
tatsioonid). Lööbed (eksanteemid), verevalumid,
armid, nahaalused tursed. Kombeldavad nahaalused
lümfinäärmed.

3. **Pea uurimine.** Pea (kolju) kuju, seisund, liikuvus, juuksed. Silmad, nina, kõrvad.
4. **Suukoobas,** huuled, hambad, igemed, keel, kurgu-
ring, neelamine, hingekõri, hääl.
5. **Kaela uurimine.** Kaela kuju ja ümbermõõt,
veresooned. Kilpnääre (*struma*), lümfinäärmed, sülje-
näärmed (*parotis*).
6. **Käsi (käälabas).** Suurus, deformatsioonid, trummi-
pulk-sõrmed, Heberdeni sõlm. Käenahk, selle niis-
kus, värvus. Küüned, nende kuju, värvus.
7. **Liigesed.** Vaatlus (värvus, deformatsioonid), komp-
lus (valud), lokaalne temperatuur, liikuvus.
8. **Keha temperatuur,** palavik (*ferbis*), *hypother-
mia*, *hyperthermia*.
9. **Hingamiselundid.**
 - a) **Rindkere (thorax)** kuju, mõõdud, rangluu-
ülised ja -alused augud (*fossae*), rinnak (*sternum*),
roietevahemikud, ülakõhu (*epigastrium*) nurk. Rind-
kere deformatsioonid, asümmeetriline rindkere.
 - b) **Hingamisliigutused** (sagedus, sügavus, kor-
rapärasus), hingamistüüp. Hingamis-abilihaste tege-
vus. Rindkere mõlemate poolte liikuvus hingamisel.
 - c) **Kopsude koputlus (perkussioon).** Kopsu-
kõla muutused, kopsupiiride määramine, kopsu-
piiride liikuvus.
 - d) **Kopsude kuulatlus (auskultatsioon).**
Hingamiskahina muutused. Kõrvalkahinad, kuivad
räginad, niisked räginad (kõlavad, mittekölavad),

➤ krudisevad räginalad (krepitatsioon), hõõrdumiskahinalad (räginalad).

e) *Fremitus pectoralis, bronchophonia.*

10. Vereringe-elundid.

a) Südamepiirkonna vaatlus ja komplus. Pulsatsioonid südame, kaela ja ülakõhu piirkonnas. Südame tiputõuke asend ja omadused. Südamepiirkonna komplemine, „kassi nurrumine“ (*frémissement cataire*).

b) Südame koputlus ja kuulatlus. Südame relatiivse ja absoluutse tumestuse piirid (paremale, vasemale, üles). Südametoonid (tugevus, aktsentuatsioon), toonide lõhestumine, galopirütm (presüstoolne, protodiastoolne). Südamekahinalad (orgaanilised, süstoolsed, diastoolsed, presüstoolsed, funktsionaalsed, aksidentaalsed). Perikardiaalne hõõrdumiskahin.

c) Perifeersed arterid, veenid ja kapillaarid. Pulsi omadused (frekvents, täitumus, tugevus, pinevus, suurus, rütm, kuju). Arterite komplus ja kuulatlus (Duroziez' fenomen). Veeni pulss, kapillaaride pulsatsioon.

d) Arteriaalne ja venoosne vererõhk.

11. Seede-elundid.

a) Söögitõru, selle sondeerimine tarviduse korral.

b) Kõhukoopa elundite üldine uurimine. Kõhu vaatlus (kuju, suurus, kõhuseinte pinevus, nähtav peristaltika). Pinnaline ja sügav komplus (resistentsused, valutundlikkus surumisel, korisemine, loksumiskahin, *succussio*, fluktuatsioon), perkussioon (tumestused). Mao asendi ja suuruse määramine. Sooletrakti palpatatsioon ja auskultatsioon.

- c) Maksa suuruse ja asendi määramine, maksa ja sapipõie palpatsioon ja perkussioon.
 - d) Kõhunäärme (*pancreas*) uurimine. Vistserosensiiblid (Head'i) tsoonid kõhupiirkonnas. Vistseromotoorsed refleksid (*défense musculaire*).
 - e) Pärasoole uurimine. Pärakupiirkonna vaatlus, rektaalne uurimine tarviduse korral.
12. Põrna uurimine. Perkussioon, palpatsioon ja auskulatsioon.
13. Neerud ja kuseteed.
- a) Neerude piirkonna vaatlus, palpatsioon (sügav bimanuaalne), koputus (Pasternatski sümptom), perkussioon.
 - b) Kusepõie piirkonna vaatlus, palpatsioon, perkussioon, kusemishäired.
 - c) Väliste suguosade, kusetoru, *prostata* ja günekoloogiline uurimine vajaduse korral.
14. Närvikava.
- a) Teadvus, vaimne seisund, mälu, peavalud, pearinglemine, oksendamine, uni.
 - b) Pea närvide uurimine.
 - c) Silmaterad (pupillid), pupilli refleksid valgusele (Argyll-Robertsoni sümptom), nägemine, silmapõhi.
 - d) Kõrvad (kuulmine), maitse, haistmine.
 - e) Perifeersed närvid, liikuvuse, tundlikkuse, vasomotoorsed ja troofilised häired.
 - f) Kõõlusrefleksid (patellaarne, ahillese), patoloogilised refleksid. Rombergi, Babinski sümptoomid.

C. TÄIENDAVALD JA SPETSIAALSED UURIMISED.

Status praesens'ile järgnevad täiendavalt laboratoorsed, instrumentaalsed ja spetsiaalsed uurimised (vastavalt tarvidusele).

1. Veri.

- a) Biokeemiline uurimine. (Seerumvalk, jääklämmastik, veresuhkur, hemoglobiin, bilirubiin, kolesteriin, kusihape, naatrium, kaalium, kaltsium, kloor jne.).
- b) Füüsikalis-keemiline uurimine. (Erikaal, viskoossus, hüübimisaeg, verejooksu aeg, settereaktsioon, veregruppide määramine jne.).
- c) Morfoloogiline uurimine. Erütrotsüütide, leukotsüütide ja trombotsüütide arv, nende morfoloogilised omadused, leukotsüütide diferentsiaalpilt ja selle muutused (regeneratsiooni, degeneratsiooni suunas), erütrotsüütide resistentsuse määramine jne.
- d) Seroloogiline uurimine. Wassermanni, Vidal-Gruberi jne. reaktsioonid.
- e) Bakterioloogiline uurimine (külvid).

2. Kuse keemiline, füüsikalis-keemiline, mikroskoobiline ja bakterioloogiline uurimine. Funktsionaalsed proovid. (Zimnitski, Volhardi, kolme klaasi proov). Diastaasi määramine Wohlgemuth'i järgi.
3. Rooja (*faeces*) keemiline, mikroskoobiline ja bakterioloogiline uurimine. Funktsionaalsed proovid.
4. Mao ja kaksteistsõrmiksoole sisu uurimine.
 - a) Okse keemiline ja mikroskoobiline uurimine.

- b) Mao sisu keemiline ja mikroskoobiline uurimine Boas-Evaldi ja fraktsioneeritud proovieinete järgi.
- c) Kaksteistsõrmiksoole sondeerimine ja duodeenumi sisu keemiline ja mikroskoobiline uurimine Meltzer-Lyon'i katsu puhul.
5. Punktaatide (pleura, astsiidi, lumbaal-, liigeste) keemiline, füüsikalisk-keemiline ja mikroskoobiline (tsütoloogiline) uurimine.
 6. Rõga keemiline, bakterioloogiline ja mikroskoobiline uurimine.
 7. Endoskoopiad (oftalmoskoopia, oto-rino-larüngoskoopia, bronhoskoopia, torakoskoopia, gastroskoopia, tsüstoskoopia, rektoskoopia).
 8. Elektrokardiograafia, sfügmomanomeetria, flebotonomeetria.
 9. Röntgenoskoopia ja röntgenograafia (hingamiseldute, südame, veresoonte, mao ja sooletrakti, maksa, sapipõie, neerude ja kuseteede, kesk-närvisüsteemi, luustiku, liigeste).
 10. Funktsionaalsed proovid (südame, vere-ringluse, mao sekretoorse, seede- ja motoorse funktsiooni, sooletrakti seedefunktsiooni, maksa ja sapipõie funktsiooni, veebilansi, neerude funktsiooni).
 11. Allergilised reaktsioonid (tuberkuliiniga, mitmesuguste allergeenidega jne.).
 12. Põhikäive, ainevahetus.

Eeltoodud andmed ja uurimised moodustavad haigusloo II põhiosa. Nad peavad olema lõpetatud ja haigusloo blanketile sisse kantud hiljemalt haige kolmandal kliinikus viibimise päeval. Samal ajal kantakse haigusloo blanketi esi-

küljele kliiniline diagnoos, mis peab selgitama käesolevat haigusjuhtu kliinilis-anatoomiliselt, patofüsioloogiliselt, patogeneetiliselt ja etioloogiliselt seisukohalt.

Kliinilises diagnoosis tuleb eraldada: 1) põhihaigus ja selle kõrval 2) põhihaiguse tüsistused (kompliksatsioonid) ja 3) kaasnevad haigused.

III HAIGUSE KULG (*DECURSUS MORBI*) EHK PÄEVIK.

Kolmanda põhiosa haigusloost moodustab haiguse päevik, millesse iga päev kantakse sisse kõik muutused haiguse kulus, kõik täiendavad uurimised, ravimenetlused ja ordinatsioonid, dieet, hiljem toimunud eriuurimised, konsultatsioonid, operatsioonid ja patoloogilis-anatoomiline leid. On tähtis, et iga enam-vähem oluline haigusnäht oleks täpselt kirjeldatud ja jälgitud selle algusest kuni lõpuni. On oluline, et igapäevane sissekanne päevikusse oleks asjalik, loogiline ja faktiliselt seoses eelnevate nähtudega, mis annaks õige ja selge ülevaate haiges organismis tekkivatest muutustest ja haigusprotsessi dünaamikast.

IV EPIKRIIS.

Pärast haige paranemist enne tema lahkumist haiglast või surma juhul enne lahangut on raviva arsti kohustuseks koostada kõigi kliiniliste andmete ja tähelepanekute põhjal antud juhu kohta lõpp-kokkuvõte — epikriis, mis peab sisaldama vastuseid järgmistele põhiküsimustele:

1. Haiguse diagnoos ja selle arvatav etioloogia ning patogenees.
2. Haigusvormi iseloomustus — kerge, keskmiselt raske, raske; haiguskulu iseärasused; kompliksatsioonid ja kaasnevad haigused.

3. Kasutatud ravimenetlused, nende põhjendus, ravi tulemused ja hinnang.
4. Prognoos, nii lähem kui ka kaugem, täieliku paranemise suhtes (*prognosis quoad sanationem*), elu suhtes (*prognosis quoad vitam*), töövõime suhtes (*prognosis quoad laborem*).
5. Ravi-profülaktilised ettekirjutused edaspidiseks: töötingimuste muutmine, toitumine, dieteetiline režiim, puhkus, ravi — sanatoorne, kliimaatiline, füsioteraapia, medikamentoosne jne.

6. Teaduslik-praktilised järeldused.

Epikriisiga lõpeb haiguslugu. Haige surma juhul kujunevad aga haigusloo lõpposaks lahanguprotokoll ja patoloogilis-anatoomiline diagnoos ühes kliinilise ja patoloogilis-anatoomilise epikriisi võrdlusega.

Üliõpilaste-kuraatorite akadeemilistelt haiguslugudelt nõutakse, et nad sisaldaksid iseseisvate peatükkidena kirjalikud põhjendused antud haigusjuhu diagnoosi, etioloogia ja patogeneesi kohta ning antud haigusjuhu ravi plaani ja arvatava prognoosi.

LISAD.

Tarbe korral lisatakse haigusloole: 1) temperatuurileht, 2) mitmesugused kõverad, 3) graafilised joonised, 4) fotod jne.

На эстонском языке.

Общий план и схема исследования больных.

Trükikäitis „Tartu Kommunist“ Tartus, VIII 49. 1771. 1000. MB 05210.

A
18005

3707256

TÜ RAAMATUKOGU



1 0300 00370725 6