

LÉKAŘ NA PŘÍJMU

**Příběhy
z místa,
kde rozhodují
minuty**



**Jan
Richter**

nastole

Lékař na příjmu

Vyšlo také v tištěné verzi

Objednat můžete na
www.knihynastole.cz
www.albatrosmedia.cz



Jan Richter

Lékař na příjmu – e-kniha

Copyright © Albatros Media a. s., 2026

Všechna práva vyhrazena.
Žádná část této publikace nesmí být rozšiřována
bez písemného souhlasu majitelů práv.

ALBATROS  **MEDIA**

PODĚKOVÁNÍ

Tyto řádky píšu díky své ženě Evičce. Poznali jsme se v roce 2012 na tom „nejskvělejší“ místě pro románky – na pitevně.

Celým dalším studiem mě pak vodila za ručičku, abych nezmeškal veledůležitou přednášku nebo stihl termín zkoušky. Před státnicí z chirurgie mi do časných ranních hodin předkousávala typy zlomenin. Vždycky když jsem se učil, tak jsem si představoval, že zkoušku musím udělat, abychom si pak spolu mohli užít volno.

Kdo ví, jestli bych bez ní vůbec dostudoval. Ona také může za můj návrat do nemocnice po mé kariéře ve farmafirmě.

Děkuji, Evičko.

Děkuji, mí rodiče, že jste mě vždycky podporovali. Jste mi skvělými vzory jako lidé i jako lékaři.

Děkuji, má sestřičko, jsi mi obrovskou inspirací.

Díky tam nahoru, babičko a dědo z Třebíče, za krásné dětství a za to, že jste ve mě vždycky věřili a ani na chvíli o mně nepochybovali.

Děkuji, babičko a dědo z Karviné, za ranní rohlíky a rozpravy o medicíně.

Děkuji pacientům za trpělivost s mladým lékařem.

Děkuji Juraji a Markovi za to, jaké skvělé prostředí jste vytvořili na naší interně v Nemocnici Milosrdných bratří. Speciálně vy dva jste těmi nejlepšími vzory pro každého lékaře.

Tuto knihu věnuji Agátce a Adámkovi. Snad se vám bude líbit, až si ji jednou přečtete. Budete pak vědět, co dělal táta, když večer nemohl být s vámi.

MOJE TERAPIE

Psát příběhy ze své každodenní praxe jsem začal v roce 2020. Nastoupil jsem tehdy do Nemocnice Milosrdných bratří jako lékař interního oddělení.

Měl jsem skvělé načasování.

Úplnou náhodou se to akorát překrývalo se světovou pandemií.

V předchozí práci ve farmafirmě jsem měl jedno hobby.

Nástěnkář.

Pro komunikaci v týmu a plnění zadaných úkolů jsme využívali jeden podnikový systém. Byla zde sekce hezky česky nazvaná „nástěnka“. Tu viděli všichni členové manažerského týmu.

No a na ni jsem často přispíval. Byly to převážně novinky ze světa léčivých přípravků z plazmy.

Po odchodu a nástupu do nové práce mi podobná činnost chyběla. V nemocnici žádný takový podnikový software totiž nepoužíváme.

Rozhodl jsem se tedy najít nějakou platformu, která by moje psaní akceptovala. Nejlépe sociální síť, kde bych mohl dostávat i zpětnou vazbu od publika.

Facebook je moc nepřátelský, obzvlášť vůči zdravotníkům. Odpovídat armádám trollů mě také moc nelákalo.

Instagram byl zase příliš vizuální a já nějakou fyzickou krásou zrovna nevynikám. Kdo by tam četl příběhy začínajícího lékaře pod amatérskou fotkou z nemocnice?

Bylo tedy jasno. Chce to pracovní síť. Zvolil jsem LinkedIn. Věděl jsem jen o jediném člověku, který na té síti je. A to byl můj kolega Petr Beneš z mé předchozí práce, který mi síť představil.

Nebyli tady skoro žádní zdravotníci.

Ideální.

Moje první příspěvky se zaměřovaly spíše na fundraising pro nemocnici. Občas chyběl nějaký přístroj, finanční výpomoc při zařizování pokojů na gynekologii, porodnická vana, ultrazvuk...

Současně s fundraisingem jsem začal popisovat i cestu mladého a nezkušeného lékaře.

Začal jsem psát příběhy z našeho interního oddělení. Jména pacientů a další skutečnosti z jejich osobního života jsem však vždycky záměrně pozměnil.

Nikdo konkrétní by se tak v mých textech neměl poznat, pokud jsem přímo nedostal svolení o něm příběh napsat.

Zjistil jsem, že příběhem si mohu znovu projít svůj medicínský postup a revidovat ho.

Neudělal jsem nějakou chybu?

Byl jsem na pacienta milý, když se ocitl v úzkých?

A konečně to nejdůležitější: příběhem si můžu danou situaci i znovu prožít.

Ve firmu práce na příjmu, kdy mi dojedou tři čtyři sanitky naráz, odbíhám psát na oddělení úmrtí a do toho mě volají k resuscitaci...

... nemám absolutně čas přemýšlet o pacientovi jako o lidské bytosti.

Emoce často musí stranou.

To se pak z lékaře stává jen bezduchý stroj. To já nechci!

Psaní mě zpomaluje, vrací mi odstup i lidskost. Je to moje psychohygiena.

MOJE POPRVÉ

Téměř všichni spolužáci to už měli za sebou. Některým se to povedlo v rámci praxe, některým dokonce na diskotéce nebo na pláži v Chorvatsku.

Jen já ještě nic.

Zkušenější kolegové mi říkali, že svoje poprvé si budu pamatovat navždy, ostatní už pro mě pak budou jen další rutinou. Měli pravdu.

Na ten deštivý podvečer totiž nikdy nezapomenu...

S Evkou jsme jeli na chatu. Byli jsme už celé čtyři dny opravdoví „MUDr.“. Začaly nám nejdelší a zároveň poslední prázdniny. V kufru bylo asi deset flašek vína. Celou cestu otravně cinkaly. Chtěli jsme to řádně oslavit.

Pár kilometrů za odbočkou z dálnice vidím blikat modrá světla. Když se blížíme, spatřím auto v příkopu a velký hasičský nákladák.

Zrovna vytahují řidiče z vozu. Auto není nabourané, vypadá, jako by jen sjelo do příkopu. Kolem pobíhá spolujezdkyně.

„Zastavím za hasičema,“ říkám Evce, která v tu chvíli ani nehlesla.

„Potřebujete pomoc? Jsme lékaři!“ křičím na velitele od dveří auta. Srdce mi mezitím málem vyletělo z krku.

V ten okamžik jsem strašně chtěl, aby mi řekli, že mají vše pod kontrolou, že můžeme jet dál, že je vše v pořádku, že řidič je při vědomí... Koneckonců jsem si dobře uvědomoval, že být doktor a lékař je úplně něco jiného. S Evkou jsme v té chvíli byli jen MUDr. Ta čtyři písmena před jménem z vás totiž lékaře nedělají.

„Jo, pojdte rychle sem!“ křičí na mě jeden z hasičů.

Běžíme k řidiči a hasičům. Pak už to jede na automat. Evka dělá technickou první pomoc a já jsem se dvěma hasiči u pacienta. Jedeme podle protokolu DR ABCD.

DANGER – zajistit bezpečí v místě zásahu, to už hasiči udělali.

RESPONSE – zjistit stav vědomí, řidič neodpovídá na zatřesení ani na bolestivý podnět.

AIRWAY – zprůchodnit dýchací cesty, zaklonit hlavu, co nejvíc to jde.

BREATHING – dýchání, řidič po deseti sekundách sledování nedýchá.

CIRCULATION – oběhový systém, nepřímá srdeční masáž.

Jeden z hasičů začíná ihned poté, co jsem zjistil bezdeší, resuscitovat. Je skvělý, má perfektní rytmus stlačování i dostatečnou hloubku. Musel to dělat už mnohokrát.

Slyším křupnutí. Hasič najednou nemusí vydávat ani tolik energie na stlačování.

Praskla žebra.

Mezitím Evka s dalším hasičem přináší AED¹ a ambuvak². Evka mi montuje masku s vakem k sobě. Druhý hasič u řidiče hned bere do ruky AED, lepí elektrody a následuje poslední bod.

DEFIBRILATION – výboj pro obnovení srdečního rytmu, defibrilátor vše provádí sám, stačí zapnout a nalepit elektrody.

„Výboj indikován, ustupte od pacienta. Zmáčknete oranžové tlačítko teď,“ naviguje nás AED.

Po výboji je pacient pořád v bezvědomí. Zpět k resuscitaci. Tentokrát už s dýcháním přes ambuvak v poměru 30 : 2, tj. třicet stlačení hrudníku na dva vdechy.

Za další dvě minuty další výboj. Hasič ještě začíná stlačovat, ale řidič už se rukama trochu brání. Vidím dýchací pohyby.

Přes to všechno jsem ani nevnímal rachot, který vydával přilétající vrtulník ZZS.

Pacienta předáváme s obnoveným srdečním rytmem.

Hasiči jsou frajeři.

Večer jsme si otevřeli víno, růžovku z Provence. Už to nebyla studentská oslava, ale přípitek na život, který se nám podařilo zachránit.

R

1 AED – přístroj, který při zástavě srdce může dát elektrický výboj k jeho obnovení.

2 Ambuvak – ruční vak k podpoře dýchání pacienta.

NÁDORY MOZKU

„Hmm, neurologické vyšetření bez provedení CT mozku. To je jak interní vyšetření bez EKG,“ brblám si nahlas a trochu rozmrzelý na naší příjmové ambulanci. Právě mi bez avíza dovezli pacientku z jiné nemocnice.

Když posílám pacienta na akutní vyšetření jinam, považuji za samozřejmé vždy předem zavolat přijímajícímu lékaři. Neurologa u nás nemáme k dispozici nepřetržitě, takže se často musím rozhodovat sám. A opakovaně zjišťujeme, že jako menší nemocnice musíme některá vyšetření zajistit v zařízení se širším zázemím – například magnetickou rezonanci.

Ale zpět k pacientovi.

Šlo o starší dámu, která mi popisovala následující:

„Nějak se mi od rána točila hlava, byla jsem jako přiočilá. Šla jsem do koupelny, kde mě prostě neudržely nohy. Sesunula jsem se k zemi a od té doby se nemohu pořádně zvednout.“

U starších lidí se setkávám s tím, že je přemůže i malá močová infekce. To vede k rapidnímu zhoršení mobility. To si nejspíš říkal i odesílající neurolog. V laboratořích také byla zvýšená zánětlivá aktivita, která reálně mohla odpovídat právě močové infekci.

V anamnéze však na mě rudě „svítila“ jiná věc. Prodělaná rakovina plic před osmi lety a pravidelné kontroly na onkologii.

„Uděláme ještě CT mozku, jen bez kontrastní látky bude stačit,“ říkám sestřičce.

Nádory plic totiž velmi často metastázuji do mozku. Takové rapidní zhoršení stavu ve mně budilo podezření, že právě to může být příčinou potíží.

Ve volné chvíli jsem prohlížel snímek ještě bez popisu od radiologa. Poznal jsem to i já.

Nádor v mozku. Radiolog pak jen potvrdil, že by se mohlo jednat o metastázu. Pacientku jsem poslal na oddělení.

Kolegyně pak nemeškala. Do dvou dnů jí zařídila léčbu na onkologii.

Ani ne dvě hodiny poté přijíždí další pacient. Jeho snacha mi referuje, že pán už čtrnáct dní leží jen na posteli a nemůže vůbec chodit. Snacha se starala příkladně. Muž absolutně není nijak zanedbaný. Musela se mu velmi věnovat, což není v těchto případech vůbec samozřejmostí.

Příbuzná mi dále popisuje, že se u něj poslední rok výrazně zhoršila demence. Neustále zapomínal. Stejnou diagnózu jsem četl i ve zprávě od praktického lékaře.

U diagnózy demence jsem však nikde neviděl datum provedení zobrazovací metody.

Demence totiž nemusí být samostatné onemocnění, ale i příznak jiných onemocnění.

Nebo také nádorů.

Svoje diagnostické rozvahy si říkám nahlas.

Sestřička Iveta už ví: „Takže zařídím CT mozku.“

„Ano,“ odpovídám stroze.

Bohužel i tentokrát jsem měl pravdu. Šlo o meningeom. Pomalu rostoucí nádor mozku, který začal utlačovat ostatní mozkové struktury. Rostl určitě roky. Předtím než měl pacient jakékoliv příznaky. Teď už však zabíral skoro čtvrtinu prostoru, který byl původně vyhrazen mozkové tkáni.

Proto ta demence.

R

SLINIVKA

Vždycky jsem obdivoval staré lékaře, kteří jak na pacienta koukli, hned poznali diagnózu. U nás v nemocnici je takovým Jarek. Pamatuji si, jak měl na starost nás mladé doktory a jen chodil okolo lůžek pacientů a házel diagnózy. Ani jednou neminul.

V některých případech už mi to jde také. Vidím pacienta, a už když přichází, udělám si pro sebe diferenciální diagnostiku. Styl chůze, otoky, dýchání, úlevová poloha při bolestech... nebo třeba kůže.

„Jak dlouho už to máte?“ dívám se na pacienta. Ani se ho vlastně neptám, proč přichází.

„Manželka si prvně všimla mých očí asi před čtrnácti dny. Nevěnoval jsem tomu žádnou pozornost. Jenže se to zhoršovalo. Postupně jsem začal celý měnit barvu. Moč mám navíc jak červené víno,“ odpovídá mi pacient.

Je celý žlutý.

Žlutá barva kůže je způsobena nahromaděním krevního barviva bilirubinu. To vzniká při odbourávání červeného krevního barviva hemoglobinu. Může jít o zvýšený rozpad červených krvinek nebo třeba překážku ve žlučových cestách.

Při příchodu do ordinace se nedrží za pravý bok.

Neskučí periodicky bolestí. Nemá vlastně vůbec žádné bolesti.

To je neblahé znamení.

„Odebereme vám krev a zařídím hned ultrazvuk břicha,“ říkám pacientovi.

Mezitím si беру do ambulance dalšího pacienta.

Když mám všechny výsledky z laboratoří a ultrazvuku hotové, zvu si ho opět do ordinace.

Na ultrazvuku je vidět přesně to, čeho jsem se obával.

„Chtěl bych vám říct velmi důležitou zprávu. Máte někoho, koho byste rád přizval sem do ordinace?“ ptám se.

„Ne, raději nikoho,“ odpovídá.

Ze začátku vždy pacientovi shrnu symptomy a provedená vyšetření, nakonec pak diagnózu:

„Jde o rakovinu slinivky břišní. Nádor je v části, která se nazývá hlava slinivky, utlačuje žlučové cesty. Proto jste zežloutl.“

„Slinivka, říkáte? To už znám. Zemřel na to můj strýc. Pár měsíců a byl pryč,“ říká.

V těchto okamžicích bych měl strašně rád na pacienta více prostoru. A chtěl mu říct, co všechno jej čeká, jaké jsou možnosti, jaká je prognóza, kam bude chodit...

Mám však jen deset minut. O pár minut svého času jsem nakonec ještě ochudil dalšího pacienta s méně závažnou diagnózou.

Nakonec mu objednáвам tzv. stagingové CT a zařizuji konziliární ambulanci na Žlutáku.

Jeho přežití po této diagnóze bez léčby je asi půl roku. S léčbou je to o pár měsíců navíc.

Rakovina slinivky v počátečních stádiích nemá většinou žádné příznaky. V pozdějších stádiích jde už však o nevyhléditelné onemocnění. Často vidím právě toto zežloutnutí, někdy jsou to bolesti zad nebo břicha, váhový úbytek, nechutenství nebo nově vzniklá či zhoršená cukrovka.

Dobrá zpráva je, že se dá odhalit již v „zárodku“ pomocí dvou vyšetřovacích metod: endosonografie³ a magnetické rezonance. Pokud se ve vaší rodině vyskytuje toto onemocnění nebo genetické predispozice k nádorovým onemocněním, měl by vás praktik poslat na genetické vyšetření. Poté byste měli být odesláni ke sledování do specializovaných center, jako je třeba MOÚ v Brně.

R

3 Endosonografie – ultrazvukové vyšetření prováděné endoskopem zevnitř trávicího traktu, které detailně zobrazuje stěnu orgánu a okolní struktury (např. slinivku a žlučové cesty).

GENETIKA

Některé diagnózy chodí v páru. Celé léto jsem to měl prakticky takto se střevními virózami. Nebylo dne, kdy by aspoň jedna nepřijela. Skoro bych řekl, že je to taková „pěkná“ nemoc. Jeden až tři dny je člověku špatně a pak přijde rychlé vyléčení. A hurá zpátky do života.

Tohoto pacienta také bolí břicho a občas má průjem. Tady ale končí veškerá podobnost. Tento pacient už nikdy zdravý nebude.

Jde o muže s rakovinou slinivky.

Diagnostiku již provedl kolega a posílá pacienta k došetření.

Dneska je to už můj druhý pacient s rakovinou pankreatu. Prvního jsem diagnostikoval asi před dvěma hodinami. I tento pacient je celý žlutý.

Kolega mu již zařídil endosonografii a FNAB. Jde o elegantní metodu, kdy se zavede ultrazvuková sonda do žaludku. Odtud se provede punkce nádoru slinivky přes stěnu žaludku a odeberou se vzorky k histologickému zhodnocení. Břicho pacienta se tak nemusí vůbec otvírat.

Miniinvaziva.

Aby se totiž mohlo začít léčit, je potřeba znát typ nádoru.

Pacient už ví, co to všechno znamená. Ví také, jaká bude jeho patientská cesta.

Probíráme tedy příjem. Procesní záležitost. Nejdříve je potřeba projít rodinnou anamnézu.

„Je pro mě velice důležité, abyste si vzpomněl na nějaké závažné onemocnění v rodině. Rakovinu nebo třeba brzké infarkty, cévní mozkové příhody, autoimunitní choroby,“ říkám pacientovi.

Tato část anamnézy je často velmi podceňovaná a opomíjená. Je to však ten nejlepší nástroj pro prevenci.

„Počkejte, tak to si vzpomínám moc dobře. Děda zemřel na rakovinu slinivky relativně brzo. Myslím v pětačtyřiceti letech. Jeho sestra někdy po padesátce. Na rakovinu slinivky. Na rakovinu slinivky mi

zemřela i máma. Manželka zemřela na melanom. Její sestra měla melanom v oku,“ odpovídá pacient.

Pacientovi to dochází až teď, když jsme to řekli nahlas.

Ta souvislost je jasná.

Nikdy moc nechodil k lékaři. Jeho doktor se ho na to možná také nikdy nezeptal. Ty důležité konsekvence mu však ještě unikají.

Možná by je jiný také přešel.

Já ne.

„Viděl jsem vás sem přijít se synem. Můžete ho prosím zavolat, aby přišel k nám?“ tážu se pacienta.

„Petře, mohl bys jít dovnitř?“ volá pacient na syna.

„Mám podezření, že jde u vás o dědičnou predispozici, a je možné, že to zdědily i vaše děti, případně vaši vnuci,“ říkám jim oběma.

„Prosím, dejte sestřičce vaše údaje. Zapišu si vás do systému a vystavím žádanku na genetické vyšetření,“ říkám synovi.

„Máte ještě další děti?“ ptám se pacienta.

„Ne, jen tady Petra,“ odpovídá.

Tu stejnou otázku pokládám i synovi, který upřesní, že má dvě děti.

Všichni by po osmnáctém roce věku měli jít na genetické vyšetření.

Synovi jsem vypsál žádanku na genetické vyšetření. Máme tu rizika dokonce ze dvou stran – melanom a rakovinu slinivky.

Syn si také rovnou přidává poznámku do svého kalendáře.

Vyšetřit děti po dosažení plnoletosti.

Pacienta už sice nezachráním, jeho syna a vnuky možná ano.



BUCKET LIST

„Tomáši, máte nějaký bucket list, se kterým bych mohl pomoci?“ ptám se svého kolegy a přítele, jehož čas se krátí.

Dokázal bych určitě pomoci se zařízením nějakých volných jízd ve sportovním voze na automotodromu. Zavézt ho do oblíbených hor, zařídit šéfkuchaře na privátní večeři...

„Chtěl bych letět na Měsíc,“ odpovídá bez přemýšlení.

Humor ho neopouštěl vůbec nikdy. Ani v těch nejtěžších okamžicích během pandemie.

„Víš, vždycky jsem chtěl být pilotem. Ne ale tím obyčejným linkovým. Chtěl jsem pilotovat stíhačky. Migy,“ pokračuje Tomáš.

„A proč jste se teda nakonec stal lékařem?“ ptám se.

„No, mělo to jeden takový prozaický důvod. Byl jsem moc vysoký. Do migu se vešel pilot do 185 cm, kvůli katapultu. Já měl přes dva metry,“ povídá.

V duchu si říkám, že to bylo velké štěstí. Tomáš byl jedním z nejlepších českých lékařů. Díky jeho výzkumu kardiovaskulárního systému to dotáhl na nejprestižnější lékařské pracoviště na světě – Mayo Clinic.

Kromě popsání patofyziologie spánkové apnoe se spolupodílel na vývoji několika srdečních stimulátorů. Díky němu také dnes stojí v Brně ICRC⁴. Škoda že mu nebylo přáno z toho udělat další Mayo Clinic.

Malí lidé.

Chybělo vlastně jen pár centimetrů a všechno by bylo jinak, smějeme se společně.

„Tomáši, fakt není nic, co bych pro vás mohl udělat? Let na Měsíc ani stíhačku s katapultem asi nezvládnou,“ říkám.

4 ICRC v Brně – centrum klinického výzkumu při FN u sv. Anny, zaměřené hlavně na výzkum onemocnění srdce, cév a mozku.

Tomáš mi vždycky připadal jako člověk, který totálně žije prací. Skoro každou službu jsem ho viděl odcházet jako posledního až dlouho po pracovní době. Někdy ještě o půlnoci, ve svém volnu, přicházel pacientům dávat speciální dechové přístroje proti spánkové apnoe. Neustále publikoval vědecké studie. Z naší malé městské nemocnice.

Měl jsem dojem, že v práci tráví celý svůj život.

Mýlil jsem se. Stejnou pozornost, jakou věnoval svým pacientům, dokázal věnovat i rodině. Jeho den měl podle mě čtyřicet hodin. Uka-
zoval mi fotky z dovolených a výletů s rodinou. Když byl s nimi, byl přítomný vždy na 100 %.

„Fakt nic?“ moje předchozí otázka zůstávala stále bez odpovědi.

„Jsem teď spokojený, že jste tu se mnou. Cení si každého okamžiku s dětmi, milovanou ženou a se svými přáteli. Po ničem jiném teď netoužím,“ odpovídá.

Tomáš zemřel již více než před rokem.

Na jeho slova často vzpomínám.

Pomáhají mi ukotvit se v tom, co je ve skutečnosti v životě důležité.

HEMATEMÉZA

„Pane doktore, rychle sem pojdte!“ volá mě naléhavě sestřička Lucka na odběrovou místnost.

Právě na příjmu vyšetřuji pacienta, u kterého došlo k ledvino-
vému selhání na podkladě dehydratace a infektu. Odesílám ho k hospitalizaci. Tohle ale asi taky nepočká. Lucka by jinak tolik nenaléhala.

Když docházím do odběrové místnosti, vidím bledou pacientku sedící v křesle. V rukou má sáček na zvracení. Je plný sytě červené tekutiny.

Ihned mám flashback.

Moje úplně první služba. Byl jsem v práci první týden. Pamatuji si, že jsem ani neuměl pořádně pracovat s informačním systémem a nebyl si jistý procesem psaní příjmových zpráv.

Slyšel jsem z oddělení podobný křik.

„Doktore, rychle sem!“ volala sestřička.

Srdce jsem měl až v krku, protože to znamenalo, že se děje něco špatného.

A taky že jo.

Pacient zvracel krev. Šlo navíc o velmi starého pána s bohatým seznamem diagnóz.

Vůbec jsem netušil, co mám dělat.

Zvracení krve je totiž známka krvácení do horního zažívacího traktu. Často se objevuje u pacientů s léky na ředění krve, při nadužívání nesteroidních antiflogistik (Ibalgin apod.) nebo u zánětu žaludku způsobeného infekcí *Helicobacter pylori*.

Člověk může do zažívacího traktu úplně vykrváct a zemřít.

Na tu první službu jsem dostal od staršího kolegy číslo na JIP a atestovaného lékaře.

„Když se něco pokazí, volej sem,“ řekl mi, jelikož jsem ani neznal čísla jednotlivých pracovišť.

Zvedl jsem tedy telefon a popsal situaci.

„To si neumíte poradit sám? Co já jako s tím?“ odbyla mě doktorka a zavěsila telefon.

Nutno podotknout, že tato lékařka u nás už roky nepracuje.

Nenechal jsem se odradit a zavolaal jsem ještě výš než na JIP. Rovnou na ARO.

Kolega Lukáš tehdy ochotně přišel. Poradil mi, jaké mám dát léky a jak postupovat.

Doteď ho vnímám jako svůj „medicínský otcovský vzor“. Lukáš je otcem dvou dcer a podělil se se mnou i o své zkušenosti s rodičovstvím.

Je o pár let později a já přesně vím, co mám dělat.

„Evi, tlak a saturaci na monitor. Verčo, zajistěte žílu. Lucko, připravte 2× dicynone a helcid 80 mg, všechno IV,“ řídím tým okolo sebe.

„Doktore, tlak máme 80/40, saturace 100 %,“ hlásí mi Eva.

„Lucko, tak ještě litr isolytu,“ reaguji na nízký tlak.

„Jdu zavolat na gastro. Lůžko a jedeme na endoskopii.“ Pacientku máme konzervativně zaléčenou.

Teď je potřeba ji předat k provedení urgentní gastroscopie a zastavení krvácení přímo v žaludku nebo jícnu. Její tlak naznačuje, že krevní ztráta bude vyšší.

„Pane doktore, podívejte se na její ruce a nohy,“ říká mi Verča, která jede se mnou.

Pacientka je naštěstí stále při vědomí, ale dostala křeče. Má drápotivě stažené ruce k sobě a křeče v nohách. Vnímám i její zrychlený dech a na monitoru vidím 100% saturaci.

Emitní pytlík jí přitlačuji více k ústům, aby vydechovala a vdechovala jen ze sáčku. „Soustředte se na svůj dech...“

Křeče rychle mizí. Šlo ještě k tomu o hyperventilační tetanii. Ta vzniká při rychlém a povrchním dýchání, kdy pokles oxidu uhličitého v krvi vyvolá křeče a brnění končetin.

Konečně dojíždíme na endoskopii a je načase předat pacienta kolegyni:

„Ahoj, Dášo, takže paní dneska přišla jen na odběr krve a pak začalo zvracení krve...“

Lékařka z gastroenterologie nakonec našla a zastavila aktivní krvácení z vředu žaludku.

R

ZÁVISLOST

„Nejsem dealer,“ ukončuji komunikaci s pacientem.

„To přece nemůžete...“

„Teď prosím odejděte,“ vyprovázím pacienta ven z ordinace a následně i z nemocnice.

Ukazuji ty nejstinnější stránky mé práce.

Zdraví si nevybírám.

Často mám v čekárně podnikatele z centra Brna a hned vedle něj sedí ta nejubožejší lidská bytost.

Začalo to nevinně.

„Pane doktore, potřeboval bych předepsat nějaké léky. Můj praktik není k zastížení,“ přichází pacient s obvyklým požadavkem.

Život na ulici si na něm vybral svou daň. Vypadá dost zuboženě.

„Dejte mi prosím občanku a já se podívám, co vám předepisují,“ říkám pacientovi.

„No mě ale okradli a nemám ji,“ odpovídá. Prohmatává si u toho kalhoty.

Je mi téměř jasné, že tu bude nějaký problém.

„Dobře, tak které léky byste potřeboval?“ ptám se.

„Valsacor na tlak a pak metformin na cukrovku,“ říká mi pacient.

Začínám tedy předepisovat e-recept. Po odeslání však má pacient další prosbu:

„A ještě bych potřeboval velké balení rivotrilu a kodein.“

První je benzodiazepin na zklidnění a druhý lék je opiát.

Tato taktika mi není neznámá. Četl jsem o ní na fórech pro praktické lékaře. Pacient nejdřív chce předepsat běžně dostupné léky a následně požaduje opiáty, léky na spaní nebo jiné benzáky.

„Bohužel, bez občanky vám je předepsat nemohu,“ povídám pacientovi.

„Ale, ale... vždycky mi je předepisovali ve fakultce,“ říká pacient.

Je jasné, že mu je tam také nechtěli předepsat, jinak by šel rovnou tam. Po slovním ping-pongu se pacient konečně přiznává.

„Byl jsem závislý na opiátech a musím teďka užívat ten rivotril...“ říká pacient.

„Zkoušel jste Podané ruce?“ ptám se na svou oblíbenou neziskovku, která se stará o ty nejnuznější z nejnuznějších.

Pacient však byl vždycky intoxikován i dalšími typy drog, takže mu v Podaných rukou nemohli pomoci – amfetamin, THC... Odpovídají tomu i záznamy z hospitalizací ve všech brněnských nemocnicích. Samá kombinovaná intoxikace.

„Doporučil bych vám tedy Psychiatrickou nemocnici, kde vám pomohou s odvykacím stavem,“ říkám pacientovi. To však pacient nechce.

„Musím kvůli těm lékům i krást. A to, pane doktore, snad nechcete mít na svědomí,“ vydírá mě.

„Nepředepíšu vám je. Víím, co vás však dneska v noci čeká, pokud vám došly. Skočím vám pro dvě tablety na oddělení. Ty vám pomohou přežít noc a zítra běžte na detox do Psychiatrické nemocnice.“

„Ale, ale...“

Po návratu z oddělení, kam jsem odběhl, mi sestřička Lenka říká:

„Normálně mi strčil nohu do dveří, jak jste tu nebyl. A říkal líbezným hlasem, abych mu ty léky vydala. Odstrčila jsem ho a zavřela.“

Mimochodem. Už jsem vám říkal, že sestřičky jsou ty nejsilnější bytosti na světě?

Podávám pacientovi dva prášky v lékovce.

„Ale, ale... to snad nemyslíte vážně? Jen dvě tablety? Vííte, co by se mi mohlo stát?“ povídá pacient.

„Vím, ale nejsem dealer...“

R

VŠICHNI LŽOU

Tak se jmenoval pilotní díl Dr. House. Lékařský tým u CT snímku mozku pacienta.

Foreman říká, že by se měli nejdřív pacienta zeptat a teprve potom uvažovat o diagnózách. Dodává: „Proto jsme se přece stali lékaři, abychom léčili pacienty.“ Dr. House mu kontruje: „Ne, lékaři jsme se stali, protože chceme léčit nemoci. Když se soustředíme jen na pacienta, je nám mizerně... a pacienti nám stejně lžou.“

Přesně na tuto epizodu jsem si vzpomněl u pacienta, kterého mi odeslal náš chirurg.

„Pane doktore, mám tu pána a je nějaký zvláštní, celý se třese a má nízký tlak. Mrkněte na něj prosím, jestli nemá třeba sepsi, možná i něco neurologického,“ dostávám referenci od kolegy.

Do ambulance mi za pár okamžiků přijíždí pacient na vozíku.

„Ráno mi bylo ještě úplně dobře, normálně jsem dojel vlakem na kontrolu po zlomenině prstu,“ referuje mi pacient. U toho se třese, má zvýšenou teplotu a je výrazně opoceny.

Bere pouze jeden prášek na vysoký tlak, je to kuřák a občas si dá panáka něčeho tvrdšího.

„To je určitě sepse, jaké chcete laboratoře? Hned to tam zanesu, aby mohl na lůžko,“ říká mi sestřička.

„Hmm, hmm,“ zamýšlím se a sestřičce říkám, ať tam zadá ještě vyšetření ETH.

„Strašně se mi točí hlava, vůbec nemůžu vstát z toho vozíčku,“ sděluje mi pacient, ještě než ho odváží sanitář na rentgen.

Netrvalo to ani dvacet minut a mám výsledky.

Rozstřelené jaterní testy a pozitivní ETH.

„Kolik vypijete denně alkoholu?“ ptám se.

„No, mám rád vodu. Někdy i tu půlku dám,“ přiznává pacient.

„A kdy jste naposledy pil?“ další moje skromná otázka.

„Už týden nic, pane doktore, přísahám,“ odpovídá.

„Máte v krvi 1,1 promile,“ vysvětluji mu nález ETH. Jde o etanol v krvi.

„To není možné. To je nějaká chyba. Fakt, musíte mi věřit,“ povídá mi pacient.

Nevěřím mu. Přímý důkaz mi ukazuje výsledek z laboratoře.

Léčím pacientovu nemoc. Dávám benzák a odesílám na psychiatrii k provedení detoxu.

„Případ vyřešen. Ale přesto mám uvnitř pocit marnosti.“

CELA PŘEDBĚŽNÉHO ZADRŽENÍ

„Pane doktore, máme tu cépézetku,“ oznamuje mi sestřička. Naše sestřičky mají smysl pro zvláštní poetiku – jde o vyšetření před celou předběžného zadržení.

„Jasně, nenechme pány čekat,“ odpovídám s úsměvem.

Do ambulance vcházejí dva policisté v „plné polní“ s jedním nešťastníkem. Nemůžu si pomoci. Vždycky mě strašně zajímá, co ten člověk provedl.

Tentokrát to však nemusím zbytečně mámit z nekompromisních policistů. Pacient mi to sděluje sám:

„Super, už jsem dva měsíce na svobodě. Navíc v té peněžence skoro nic nebylo.“

Před umístěním do cely musí pacient projít řádným vyšetřením, abychom zjistili, zda nemá zvláštní zdravotní potřeby nebo neužívá léky.

Do anamnézy tedy zapisuji:

„Osobní anamnéza: pacient udává, že nemá žádnou chronickou chorobu...“

„Berete nějaké léky?“ ptám se.

„Rivotril a pregabalin... na úzkosti,“ odpovídá mi zadržený.

„Je to zajímavá náhoda, že zrovna tyto dva léky,“ dodávám.

Vážení čtenáři, právě jste dočetli ukázkou z knihy Lékař na příjmu.

Pokud se Vám ukázka líbila, na našem webu si můžete zakoupit celou knihu.