

Dialog hematologa a internisty: problém specializace a informací v medicíně

R. Neuwirtová¹, P. Kessler², J. Lacinová³, J. Libiger⁴, M. Fričová⁵

¹ I. interní klinika 1. lékařské fakulty UK a VFN Praha, přednosta prof. MUDr. Pavel Klenner, DrSc.

² Oddělení hematologie a transfuziologie Nemocnice Pelhřimov, přednosta prim. MUDr. Petr Kessler

³ Interní oddělení Polikliniky Zahradní město Praha

⁴ Oddělení klinické hematologie Masarykovy nemocnice Ústí nad Labem, přednosta prim. MUDr. Jiří Libiger

⁵ Oddělení klinické hematologie FNŠP Košice, Slovenská republika, přednosta prof. MUDr. Elena Tóthová, DrSc.

Předneseno na XIII. sjezdu České internistické společnosti v Brně ve dnech 1.–4. listopadu 2006

Medicína se od 19. století stále více rozpadá na speciální obory. Do 19. století ovládal lékař celý obor kromě velké chirurgie, která byla reprezentována válečnou chirurgií a ranhojičstvím. Teprve s vývojem anestezie v polovině 19. století se začala profilovat nová chirurgie a její výuka v rámci medicíny na univerzitách. V druhé polovině 19. století dochází k prvním specializacím v interních oborech, kdy se odděluje psychiatrie a dermatologie; ve 20. století se osamostatňuje infekologie, neurologie a pediatrie. Postupně vznikají podobory interny: kardiologie, gastroenterologie, hematologie, endokrinologie, revmatologie, pneumologie, posléze nefrologie, onkologie, pracovní lékařství, a to jak s poliklinickými, tak později i s lůžkovými odděleními.

Ve 2. polovině 20. století však dochází k dalšímu fenoménu, a to rozpadu tentokrát uvnitř interních podoborů. V hematologii má svou samostatnou problematiku transfúzní lékařství, se kterým souvisí imunohepatologie. Se speciální klinickou problematikou krvácivých stavů a později s ještě klinicky širší problematikou trombofilií stavů se vyvíjejí nové laboratorní metody a vzniká velký, relativně samostatný obor – koagulace. V rámci klinické hematologie vzniká

silná disciplína – onkohematologie. Hematologie je závislá na speciálních laboratorních metodách, ve kterých dochází k bouřlivému vývoji. Takto by mohli odborníci různých podoborů interny vyjmenovávat své více či méně se oddělující specializační obory uvnitř vlastní interní disciplíny. Do všech podoborů interny pak zasahují vyšetřovací obory biochemické, molekulárně-biologické, imunologické a zobrazovací metody díky nesmírnému pokroku ve vědách přírodních a technických. Všechny obory vydávají své časopisy, kterých se specializací uvnitř oborů neustále přibývá. Neobyčejně tak vzrůstá množství odborných informací. Co z toho plyne pro praxi?

Tzv. pulverizace medicíny má přirozeně dopad na denní lékařskou praxi. Je stále obtížnější sledovat nejen novinky v jiném oboru, ale mít solidní klinické znalosti a řemeslné dovednosti v jiném než vlastním oboru. V současné době, kdy narůstá penzum nových poznatků nečekanou měrou, se nelze divit, že dochází ve spolupráci internistů či jiných lékařů se specialistou k některým projevům nespokojenosti. Jako příklad můžeme uvést vzájemné kritické připomínky internisty a hematologa. Z rozhovoru hematologů a internistů a jejich dlouhodobých zkušeností uvádíme, co vyčítá internista

hematologovi a naopak. Autoři tohoto článku si nečiní nárok na jednoznačnou platnost uváděných bodů, protože individuální zkušenost může být různá. Spíše jde o náměty k diskusi a hledání příčin disonancí v mezioborové spolupráci. Uvedených námitek internisty na adresu hematologa je méně, protože tuto stať píše hematolog.

Jaké námitky má internista:

- Internista dostává nedostatečně informativní zprávu o pacientovi od hematologa, což postrádá zejména tehdy, jde-li o vzácné nebo nově popsány syndromy.
- Ve zprávě (zejména v diagnóze a epikrizě) by neměly být používány zkratky, které mohou být běžné pro hematologa, ale nikoli pro lékaře jiné specializace.
- Zejména u nových způsobů léčby by měla být terapie podrobně vysvětlena s ev. informací, na co u pacienta zaměřit pozornost.
- U komplikovaných a závažných stavů by čekal internista nejen diagnózu, ale krátkou epikrizu, případně s telefonním spojením na hematologa.
- Hematolog někdy vyžaduje na internistovi zařizování speciálních vyšetření, která jsou povinností odborníka.

- Internista očekává větší kooperativnost hematologa při řešení akutních stavů.
- U hospitalizovaných nemocných je obtížné překládat hematologického pacienta z interního oddělení na hematologické lůžko.
- Zejména je obtížné hospitalizovat hematologického pacienta vysokého věku na hematologickém oddělení.
- U nových syndromů nebo u nově zaváděných laboratorních metod internista postrádá jejich současné srozumitelné vysvětlení a hodnocení.

Jaké námitky má hematolog:

- Žádost lékaře „nehematologa“ o hematologické vyšetření bývá lakonická, bez klinických dat, bez laboratorních nálezů (např.: žádáme o hematologické vyšetření: leukocytóza). Nutno poznamenat, že tomu tak bývá častěji u praktických lékařů než u internistů.
- Naopak nemocného s nejasným souborem příznaků, třeba i s nevelkou odchylkou v základním hematologickém nálezu, raději poslat hematologovi co nejdříve bez déle trávajícího pokusu o diagnózu. Např. u promyelocytární leukemie mohou o osudu nemocného rozhodovat dny, ne-li hodiny. Raději poslat nemocného zbytečně než pozdě, s tím ostatně musí hematolog počítat.
- Závažné, komplikované případy u hospitalizovaných nemocných jsou často odesílány z jiných lůžkových oddělení na hematologická lůžka v pátek.
- Interní lůžková oddělení nerada hospitalizují hematologické pacienty, a to i takové, kteří jsou vyšetřeni a přicházejí s navrženou léčbou, kterou je oddělení schopno splnit. Není přijatelné odůvodnění že „hematologický pacient je příliš drahý“.

Mírnou kritiku vznáší hematolog vůči jistě ne všem internistům v oblasti základních řemeslných dovedností, konkrétně v interpretaci laboratorních hematologických dat. Není běžné

známo maximální **využití i limity dat z moderních automatů**. V následujícím odstavci uvádíme některé připomínky k interpretaci hematologických nálezů, kde se setkáváme s nedostatky. Správné odečtení krevního obrazu může přinést internistovi informaci pro diferenciální diagnózu první linie.

- V hodnocení červeného krevního obrazu při podezření na anémii jsou nejdůležitější dvě položky: **hemoglobin a střední objem erytrocytů (mean corpuscular volume – MCV)**. Červený krevní obraz tedy posuzujeme v první řadě dle hemoglobinu, počet erytrocytů je informace až druhořadá. Např. při sideropnické anémii je hemoglobin snížený, ale počet erytrocytů (mikrocytů) může ještě být normální. Střední objem erytrocytů, tj. velikost erytrocytů, dává možnost udělat první diferenciální diagnózu anémie. Hodnocení RDW (red cell distribution width) lze ponechat hematologovi. Při polyglobulii je nejvýznamnější hodnotou hematokrit, neboť tato hodnota je v přímém vztahu s viskozitou krve a s rizikem možných trombotických a nepříznivých reologických komplikací. Podle hematokritu je určována indikace k venepunkci nebo erytrocytaferéze.
- V diferenciální diagnóze anémií se zapomíná na jednoduché vyšetření s velkou diagnostickou výpovědní hodnotou, a to jsou **retikulocyty**. U každé nejasné anémie se má žádat vyšetření retikulocytů. Dnes už pracujeme s automaty, které v rámci červeného krevního obrazu vyšetřují retikulocyty. Zvýšená hodnota ukazuje vesměs na hemolytickou anémii, u krvácení bývá zvýšení mnohem méně výrazné. Snížení nebo chybění retikulocytů svědčí pro aregenerační anémii při hypoplazii erytropoézy nebo pro inefektivní erytropoézu.
- Co se týče bílého krevního obrazu, automat nerozpoznává blasty ani další prekursor myeloidní řady

a erytroblasty, i když dobře seřízený pětipopulační analyzátor na ně může upozornit. V každém případě při podezření na patologii je bezpodmínečně nutné žádat **manuální diferenciální rozpočet** v mikroskopu.

- Opakovaně zjišťovaná lymfocytóza a monocytóza nejasného původu je důvodem k hematologickému konziliu, i když nemusí jít o hematologickou chorobu.
- **Falešnou trombocytopenii** mohou vysvětlit shluky destiček, na které může automat upozornit a které prokáže laborant při prohlížení barveného nátěru. Velké destičky (PMV – platelet mean volume) vesměs znamenají mladé aktivní destičky. **Trombocytemie** může být reaktivní při tumoru, zánětu a krvácení, nemusí vždy jít o primární myeloproliferativní syndrom.

V moderní medicíně se rozvinul v rámci hematologie obor, důležitý pro všechna odvětví medicíny, a to **koagulace**. Zahrnuje nejen krvácivé stavy, ale naopak trombofilní stavy, které v této disciplíně dominují. Přibýlo požadavků na různá koagulační vyšetření od základních koagulačních testů až po molekulárně-biologické metody. Platí, že:

- spolehlivý výsledek koagulačního vyšetření vyžaduje přesný odběr krve
- v předoperačním vyšetření APTT a Quickův test nahradil krvácivost a srážlivost, ale v anamnéze nesmí chybět dotaz na projevy jak krvácení, tak trombotických příhod
- pro sledování warfarinizace stačí INR, není nutný APTT
- při trombofilii z různých důvodů je dnes nutné komplexní koagulační vyšetření včetně molekulárně-biologických metod
- trombocytopenie nevylučuje možnost žilní trombózy
- při indikaci, výběru a monitorování či přechodného vysazení antikoagulační léčby je nutno se držet vypracovaných indikací a postupů.

V oblasti terapie se dnes už většina vzdělaných internistů či praktických lékařů nedopouští chyb, přesto se s některými chybnými postupy ještě setkáváme.

- U makrocytární anémie se automaticky podává vitamin B₁₂ nebo/a kyselina listová bez předcházejícího vyšetření, kterým by měla být alespoň hladina vitaminu B₁₂ a kyseliny listové v séru. Nejlépe je ale konzultovat hematologa, který vyšetří dřeň.
- Podobně se podává Fe u mikrocytární anémie bez důsledného hledání příčiny sideropenie.
- Zbytečně se podává Fe u anémie chronických chorob jen proto, že tu bývá sérové Fe snižené a tendence k mikrocytóze. Rozšíření nových poznatků o metabolismu Fe, týkající se úlohy hepcidinu, by tento chybný postup mělo odstranit.
- U leukopenií nebo trombocytopenií se nasazují kortikoidy bez bližšího vyšetření příčiny.
- Na nehematologických odděleních není vzácností podávání zbytečných transfuzí erytrocytů u pacientů s lehkým poklesem červeného krevního obrazu. S tím se však setkáváme někdy i mezi hematology.
- Rovněž se alibisticky indikují transfuze destiček trombocytopenickým nemocným bez známek krvácení, aniž se uvažuje o vytváření protilátek, které v budoucnu sniží efektivnost skutečně potřebných destiček.
- Naopak se lze setkat s tím, že transfuzní stanice nemůže připravit kompatibilní krev, ale informuje internistu, že je transfuze možná z vitálních důvodů, ale interní oddělení se ji neodvažuje aplikovat i při extrémním poklesu hemoglobinu.
- Podávání nákladné deleukotizované krve vyžaduje seriózní důvody; je lépe konzultovat hematologa z transfuzního oddělení. U pacientů s refrakterními anémiemi, kteří musí dostávat transfuze dlouhodobě, je deleukotizovaná krev indikována.

- Jakékoli vitaminy by měly být indikovány cíleně a ne nespecificky a v přiměřených dávkách. Např. 30 mg listové kyseliny denně je zbytečně vysoká dávka.

Co dělat, abychom se vystříhali chybných postupů v oborech, které nám nejsou vlastní, a aby byla spolupráce lékařů různých oborů co nejefektivnější? Nabízejí se dvě cesty. Jedna praktická, která je nasnadě, druhou zatím předkládáme k diskusi.

První cesta spočívá v seriózním vzájemném kontaktu a dialogu. Konkrétně to znamená, aby např. lékař vypracoval a neodbyl žádost o odborné vyšetření svého pacienta, aby uvedl vedle výtahu z anamnézy laboratorní nálezy a pokusil se o diferenciální diagnózu první linie. Stejně podrobnou zprávu aby mu zase poslal konzultující odborník, a to u hospitalizovaných i ambulantních nemocných. Když to případ vyžaduje, měli by si lékaři zvyknout zvednout telefon a domluvit se o problematice svých nemocných ústně. Zvyknou-li si na takový způsob kontaktu, má to nejen význam pro pacienta, ale i pro vzájemné odborné poučení lékařů. Navíc se zvedne i prestiž obou lékařů v očích pacienta. V době počítačů by neměl pacient přicházet s nečitelnou, rukou psanou žádostí o vyšetření. Počítače usnadňují sepsání relativně podrobné zprávy s laboratorními výsledky. Také je třeba ve zprávách nepoužívat zkratky, které se lékaři jiného oboru vůbec nemusí podařit dešifrovat. Nepřehledné vypisování množství laboratorních dat ve zprávách bez hierarchie jejich důležitosti je kontraproduktivní a lékaře časově zdržuje. Vzhledem k bouřlivému vývoji nových léků lékař ocení ve zprávě konziliáře komentovanou terapii hlavně u nových léků. Obsažná žádost internisty o konzilium naopak velmi usnadní práci hematologovi či jinému specialistovi u polymorbidních nemocných.

Druhá cesta není receptem na řešení problematiky mezioborového dialo-

gu v čím dále tím více se specializující moderní medicíně. Je spíše otevřením otázky, zda nedostatky ve vzájemných kontaktech lékařů nepramení z deficitu nových informací v různých lékařských oborech. Je-li tomu tak, pak je nutno si stále doplňovat informace o novinkách mimo vlastní obor. Dnes ale není problém v nedostatku zdrojů nových informací. Naopak, dnes je problém v tom, že těch informací je obrovské množství. Jsme zaplaveni stovkami odborných časopisů, firemních tiskovin, knih, manuálů, sjezdů s edukačními programy, desítkami nebo na velkých sjezdech stovkami přednášek a posterů, seminářů a různých doškolovacích kursů. Přibývá nových časopisů. Problémem je ale, kde má lékař najít čas na vyhledání a přečtení nebo vyslechnutí nových informací mimo svůj obor. Dnes je problém zůstat „up-to-date“ i ve svém vlastním oboru. Specialistovi to usnadňují specializované časopisy s vyčerpávajícími přehlednými články, sjezdy s edukačními přednáškami, ale odborníci jiných oborů nemají čas hledat přehledné články v řadě různých časopisů mimo vlastní obor.

Interdisciplinární informace musejí být koncipovány jinak. Měly by plnit dvě podmínky: jednak přinášet významné nové poznatky s dopadem do praxe, jednak nezatěžovat lékaře časově, tj. informace by měly být stručné, koncizní a dobře dosažitelné.

Zdroje interdisciplinárních informací lze řadit do tří skupin:

1. Mezioborové sjezdy, např. internistické, s edukačním programem.
2. Literární zdroje, které má lékař stále po ruce, jako jsou knihy, repertoria. Zatím však chybí speciální periodikum, které by plánovitě přinášelo informace ze specializovaných oborů medicíny ve formě stručných, ale srozumitelných přehledných článků – reviews s dobře zapamatovatelnými tabulkami a jednoduchými názornými obrázky, které nejsou pro čtenáře rébusem.

Takové reviews existují v řadě odborných časopisů, ale ty se nedostávají jinému odborníkovi do ruky.

3. Třetím (ne-li dle významu nejdůležitějším) zdrojem musí být dnes internet. Lékaři si už většinou zvykli hledat příslušnou informaci na počítači. Bylo by ale skvělé najít na internetu rubriku nejen o novinkách v patogeneze a terapii chorob, ale např. i novelizované diferenciálně diagnostické přehledy a návody, jak interpretovat a kdy indikovat nové vyšetřovací metody.

Jestliže jsme zmínili časopis s přehledy, pak by koncepce takového časopisu mohla spočívat v tom, že by nepřinášel originální články vůbec, ale jen přehledy a že každý obor by připravil jedenkrát za rok review o nejdůležitějších novinkách v oboru s dopadem do praxe. Otázka je, kdo by se měl organizace takového úkolu ujmout, ať už by šlo o informaci pro časopis

souborných referátů nebo o další informace pro internet. Periodikum s přehlednými články z jednotlivých oborů by mohlo mít elektronickou podobu. Za obsah, kvalitu i stručnou formu a nejdůležitější literární odkazy by musela odpovídat odborná společnost a zodpovědnost by měla i zastřešující internistická společnost. Ostatně důklad potřeby ušetřit čtenáři v záplavě článků čas přináší např. v hematologii nejprestižnější časopis Blood: začal předkládat na prvních stránkách výtahy s krátkým komentářem z asi 8 až 10 nejdůležitějších článků z celkových zhruba 40 příspěvků publikovaných na více než 400 stránkách (Blood vychází 2krát měsíčně). Americká hematologická společnost začala vydávat samostatný časopis Hematologist s několika krátkými referáty o důležitých článcích z nejrůznějších časopisů. Četba takových krátkých sdělení je velmi příjemná. Stručně podané novinky z celé oblasti medicíny přiná-

šejí různé firmami sponzorované tiskoviny, nejde ale o publikace se systematickým tematickým plánem obsahu.

Jestliže by se osvědčil časopis (v písemné i elektronické formě) přinášející pravidelné koncizní, maximálně stručné přehledy novinek z různých oborů medicíny, ušetřil by se lékařům čas a dal jim pocit větší jistoty, že je toho méně, co nevědí. Dialog mezi lékaři jiného oboru a specialistou by pak spíše řešil organizační, méně odborné otázky. Velkou pomocí by byla péče odborných společností nebo univerzitních a jiných odborných pracovišť o dobře vymyšlené rubriky o nových vyšetřeních a způsobech terapie a jejich snadné vyhledávání na internetu.

doc. MUDr. Radana Neuwirtová, CSc.

www.vfn.cz

e-mail: neuwirtova.radana@vfn.cz

Doručeno do redakce: 22. 12. 2006

www.urologickelisty.cz