

A SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁSBAN SZÉDÜLÉssel JELENTKEZŐ BETEGEK ADATAINAK ELEMZÉSE

VARGA Csaba¹, NAGY Ferenc¹, DRUBITS Katalin¹, LELOVICS Zsuzsanna¹, VARGA GYÓRFI Krisztina², OLÁH Tibor¹

¹Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár

²Gyalán Egészségügyi Szolgáltató Kft., Kaposvár

ANALYSIS OF PATIENTS APPLYING FOR EMERGENCY TREATMENT WITH VERTIGO RELATED SYMPTOMS

Varga Cs, MD; Nagy F, MD; Drubits K, MD; Lelovics Zs, MD; Varga Gyórfi K, MD; Oláh T, MD
Ideggyogy Sz 2014;67(5-6):193-200.

Kapcsolódó



klikk online

Célkitűzés – A sürgősségi betegellátásban szédüléssel mint főpanasszal egy év alatt megjelenő betegek vizsgálati adatainak elemzése a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház Sürgősségi Betegellátó Centrumában.

Módszer – Retrospektív vizsgálatban azon betegek adatainak feldolgozása, akik a vizsgálatok elvégzése után a BNO-rendszer szerint szédüléssel kapcsolatos diagnózist kaptak.

Eredmény – A 2010. évben sürgősségi ambulancián közel 18 000 beteg jelentkezett, ebből 471 érkezett szédülés miatt, ami az összes eset közel 3%-a. A szédülés miatt érkezettek 46%-át mentő hozta. A betegek között kétszer több volt a nő, mint a férfi (71% vs. 29%). A szédüléssel panasszal érkező betegek 19%-a osztályos felvételre került, míg 81%-a az ellátás után 24 órán belül távozott a sürgősségi ambulanciáról. A szédülést a betegek kikérdezése alapján négy típusba soroltuk. A felosztás szerint a szédülés 37%-ban vertigo („forgó jellegű szédülés”), 33%-ban „diziness”, 12%-ban ájulásszerű elesésérzés (praesyncope), 9%-ban szédülékenység (általános gyengeségérzés, más betegség okozta szédülés, light headedness) fordult elő, 9%-ot pedig nem tudtuk besorolni. Koponya-CT-vizsgálat 207 esetben (44%) készült, ebből azonban csak két esetben adott magyarázatot a szédülés okára.

Következtetés – A szédülés gyakori panasz a sürgősségi osztályon, ugyanakkor ritkán jelez súlyos betegséget. A szédülések háttérében álló súlyos betegségek felismerésében az anamnézis alapján történő típus szerinti beosztás és a koponya-CT diagnosztikus értéke megkérdőjelezhető. Tapasztalatunk szerint a sürgős ellátást igénylő esetek felismerésében a betegágy melletti neurológiai vizsgálat és a szédülés, rosszulleté körülményeinek pontos tisztázása adhat segítséget.

Kulcsszavak: szédülés, sürgősségi betegellátás, vertigo, diziness, epidemiológia

Objective – Analyzing the medical record data of patients with the main symptom of vertigo in “Kaposi Mór” Hospital’s Emergency Department.

Method – Retrospective evaluation of patients’s medical history with vertigo related diagnoses according to BNO classification.

Results – In the year of 2010, 18 000 patients were presented to ED. In 471 cases the symptoms were vertigo related which makes up 3% of the total. Almost half, 46% of these patients were brought in by ambulance medical car. The ratio of women was twice as high as of the men. One fifth, 19% of patients with vertigo gained admission to the ward and 81% of them were discharged in 24 hours. According to the interviews, 4 types of vertigo have been identified: “whirling style” vertigo in 37% of the cases, diziness in 33% of the cases, presyncope in 12% and „light headedness” in 9%. The remaining 9% couldn’t be classified.

Conclusion – Vertigo is common presenting symptom in emergency department, however it rarely indicates severe condition. The diagnostic value of vertigo classification based on history and brain CT result in identifying the severity of the background condition is questionable. We found that in recognizing the cases which need prompt intervention, thorough neurological examination and the clarification of the vertigo’s circumstances proved to be helpful.

Keywords: vertigo, emergency treatment, diziness, epidemiology

Levelező szerző (correspondent): Dr. VARGA Csaba, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház; 7400 Kaposvár, Tallián Gyula u. 20–32. Telefon: (06-82) 501-300, e-mail: varga.csaba@kmmk.hu

Érkezett: 2013. március 13. Elfogadva: 2013. augusztus 26.

www.elimed.hu

Hazánkban nem áll rendelkezésre pontos, hivatkozható epidemiológiai adat a szédülésre vonatkozóan, mindazonáltal a szédülés a klinikai orvoslásban az egyik leggyakrabban elhangzó tünet és panasz¹. A szédülékenység népegészségügyi jelentőségét az adja, hogy a szédüléssel orvoshoz forduló betegek száma nagy², a vertigo egyéves prevalenciája 48,3%, az egyensúlyzavaré 39,1% és a dizziesség 35,6%³. Ezen panaszok megjelenésének valószínűsége 40 éves életkor felett az életkorral exponenciálisan nő⁴, 75 év felett pedig az egyik leggyakoribb ok. Szakirodalmi adatok szerint járóbeteg-rendeléseket a betegek 3–8%-a^{5–7}, a sürgősségi osztályokat pedig a felnőttkorú betegek 4%-a keresi fel szédülés miatt². A szédülékenység hátterének gyors tisztázása és adekvát ellátása a sürgősségi feladatokat ellátó osztályok számára problémákat vethet fel, miután az akut ellátás során az észlelő orvos általában nem specialista (például neurológus vagy fül-orr-gégész szakorvos)². A sürgősségi ellátás során a vizsgáló elsődleges feladata az, hogy a szédülés hátterében kiszűrje azokat az okokat, melyek esetén az osztályos felvétel vagy az akut beavatkozás elmaradása fatális következményekkel járna (például neurológiai tüneteket nem okozó térfoglaló cerebellaris infarktus). Erre vonatkozóan számos törekvés van szerte a világban, mint például az egyik amerikai munkacsoport által alkalmazott pontrendszer vagy a szakirodalomból ismert, a Semmelweis Egyetem egyik klinikáján bevezetett kérdőív^{8,9}.

Célkitűzés

Vizsgálatunkban a következő kérdésekre kerestük a választ. Mely vizsgáló eljárásokat alkalmazzák sürgősségi osztályon szédülés esetén? Milyen értéke van az elvégzett vizsgálatoknak a súlyos esetek kiszűrésében? Milyen megoszlást mutatnak a szédülő betegek a triage (sürgősségi betegosztályozási rendszer) szerint? Kiszűrhető-e a súlyos, életveszélyes szédüléssel járó kórképek a sürgősségi osztályon, és ha igen, hogyan? Melyik vizsgálóeljárásnak vagy mely tünetnek van prediktív értéke a szédülés hátterében álló súlyos betegségre?

Felmérésünk eredménye alapján célunk támpontot adni arra vonatkozóan, hogy szédülés esetén mely képzővizsgálatok szükségesek feltétlenül, mely által a nagy sugárterheléssel járó vizsgálatok száma és költsége is redukálható. Eredményeinket az orvos-beteg találkozáskor egyik leggyakrabban elhangzó panasz vizsgálatával tervezzük hasznosítani úgy, hogy a diagnózis felállításának hatásfokát

és biztonságát a vizsgálatokra fordított idő és anyagi teher növekedése nélkül javítsuk.

A vizsgálat alanyai és módszer

Retrospektív, keresztmetszeti, kvantitatív kutatásunk a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház Sürgősségi Betegellátó Centrumában készült 2010. január 1. és december 31. között, a BNO-rendszerben meghatározott szédüléssel kapcsolatos diagnózisokkal (*Meniére-betegség; Benignus paroxysmalis pozicionális vertigo; Vestibularis neuronitis; Egyéb, perifériás eredetű szédülés; Központi eredetű szédülés; Egyensúlyzavarok, k. m. n.; Szédüléssel szindrómák máshová osztályozott betegségekben; Szédülékenység*) vizsgált és kezelt betegek körében. A vizsgálatban azon betegek dokumentumait dolgoztuk fel, akik a megadott időszakban a szédüléssel mint „főpanasszal” jelentkeztek, vagy a panaszok kikérdezésekor a szédülést a beteg rákérdezés nélkül, spontán felsorolta. Nem vontuk be azokat a betegeket, akiknek érkezőkor a szédülés nem volt a főpanasza, továbbá azokat sem, akik a szédülést említették ugyan a többi panasz között, de a diagnózisban ez nem került feltüntetésre. Kizárási kritériumként határoztuk meg a betegek azon csoportját, akik súlyos értelmi és érzékszervi károsodásban, illetve az anamnéziszfelvételkor súlyos eszmélet- és tudatzavarban szenvedtek. Vizsgálatunk során 471 beteg dokumentációját (29% férfi és 71% nő) tanulmányoztuk át.

A szédüléssel járó panaszok részletesebb vizsgálatára a *Drachman*¹⁰ által leírt csoportosítást használtuk, ami a betegek beszámolója alapján a szédülést négy típusba sorolja. A csoportosítás bizonytalanságának csökkentése érdekében többször módosították, hatékonyságát megvizsgálva egyes tanulmányokban pontos besorolásra nem találták megbízhatónak¹⁰. A besorolás egyszerűsége és praktikusága miatt mindezek ellenére elterjedten alkalmazzák. Magyar nyelvű közleményekben a beosztás nem tűnik fel gyakran, a betegek elkülönítésére mi mégis ezt a csoportosítást használtuk¹¹.

1. A vertigót, mely forgó jellegű mozgás illúzióját jelenti, fiziológiásan is átélhetjük például gyors forgás után hirtelen megállva vagy körhintáról leszállva¹². A szédülő beteg álló helyzetben a környezet vagy saját maga illuzórikus forgását érzi. Irodalmi adatok alapján vestibularis zavarokra jellemző panasz.

2. A praesyncope ájulásszerű érzést jelez, mely hirtelen felálláskor, tartós hajolás után néha egészségeseknél is érezhető. Gyengeségérzésnek vagy

„elsötétedik a világ”-nak is mondják a betegek. Cardialis eredetű agyi perfúziócsökkenés vagy vegetatív zavar következtében fellépő vérnyomás-szabályozási zavar okozta agyi perfúziócsökkenés állhat a háttérben.

3. Az egyensúlyzavarral járó diziness a harmadik szédüléstípus, leginkább forgás nélküli szédülésnek fordítható. Ebbe a szédüléstípusba tartozik a dysequilibrium, a posturalis imbalansz és az unsteadiness. A betegek az érzés szubjektív leírásakor az egyensúly megtartásának bizonytalanságáról számolnak be. Ez a panasz kelti leginkább a neurológiai eredetű szédülés gyanúját.

4. A negyedik szédüléstípus a „bizonytalanság-érzés” light headedness, mely leginkább a pszichogén és a más (például anyagcsere-) betegség okozta szédülések okozta komplex élmény leírására használatos. A betegek gyakran élnek olyan hasonlatokkal, mint: „mintha könnyebb lenne a fejem”, „bizonytalan vagyok”, „mintha húzna valami”, „mintha szivacson járnék”, „mintha berúgtam volna”.

A betegek sürgősségi osztályozása (triage) az ötfokozatú CTAS (Canadian Triage and Acuity Scale) szerint történt, mely panaszok, tünetek, vitális paraméterek, korábbi és ismert betegségek szerint határozza meg a betegellátás megkezdésének időbeli sürgősségét. Az 1. kategóriába sorolt beteg azonnali („resuscitative”) ellátást igényel; a 2. kategóriába sorolt kritikus („emergent”) esetben 15 percen belül szükséges a betegellátás megkezdése. A 3. kategóriába a sürgős ellátást igénylő („urgent”, 30 percen belül); a 4. kategóriába a kevésbé sürgős („less urgent”, 60 percen belül), míg az 5. kategóriába tartozik a beteg, ha ellátásának megkezdése halasztható („non-urgent”, 120 percen belül)¹³.

Valamennyi szédülés miatt jelentkező beteget a sürgősségi ellátásban általánosan használt ABCDE-metodika alapján vizsgáltuk¹⁴. A vitális paraméterek mellett (légzés, keringés, RR, SpO₂, hőmérséklet) részletesen rögzítettük a tudatállapotukat (Glasgow-kóma-skála, GCS) és neurológiai státusukat. A diagnosztikai vizsgálatok közül minden esetben készültek EKG- és laboratóriumi vizsgálatok (ionháztartás, vérkép). A sürgősségi osztályon a CT-vizsgálat folyamatosan elérhető volt.

A betegeket az idős kor orvosi szempontból felállított határa alapján két csoportba soroltuk, a fiatalokat és a középkorúakat a 60 év alattiak (n=233), míg az ennél idősebbeket a 60 éves és az e feletti korcsoportjába (n=238).

A statisztikai elemzéshez SPSS (13.0-as verzió) programot és Microsoft Excel (2003) programot alkalmaztunk. Az eredményeket akkor tekintettük szignifikánsnak, ha p<0,05. Az adatok elemzéséhez

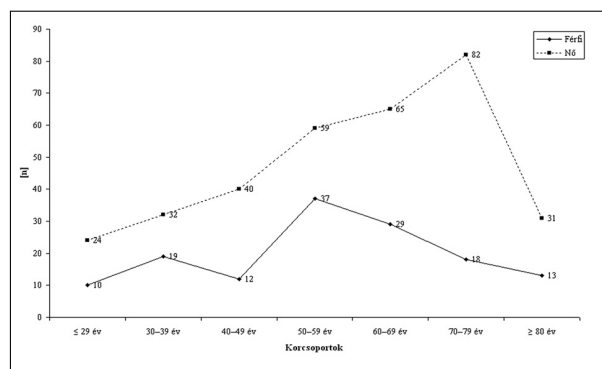
χ^2 -próbát, gyakorisági megbízhatósági tartományt, százalék- és átlagszámítást végeztünk.

Eredmények

A 2010. évben a sürgősségi ambulancián körülbelül 18 000 beteg jelentkezett vizsgálatra, ebből 471 beteg, az összes beteg közel 3%-a érkezett szédüléssel mint főpanasszal. Az összes beteg átlagéletkora 58,0 év, a férfiaké 56,0 év, a nőké 58,9 év volt. A legfiatalabb vizsgált beteg 19, a legidősebb pedig 90 éves volt. Az életkor növekedésével a szédülés gyakoriságának előfordulása jelentős növekedést mutatott, különösen a nők körében (**1. ábra**).

Ambulanciánkra a betegek 46%-a mentővel, míg 54%-uk járó betegként érkezett (204 beteg kísérel, 50 beteg egyedül). A triage beosztás alapján a betegek 49%-a a halasztható, 32%-a a kevésbé sürgős, míg 18%-a a sürgős és 0,2%-a a kritikus kategóriába került besorolásra. A szédülő betegek érkezésekor megfigyeltük érzelmi állapotukat is: 48%-a volt nyugodt, 20%-a pedig szorongott panaszai miatt (a betegek 32%-ának érzelmi állapotáról – a dokumentáció hiányossága miatt – nem áll adat a rendelkezésünkre).

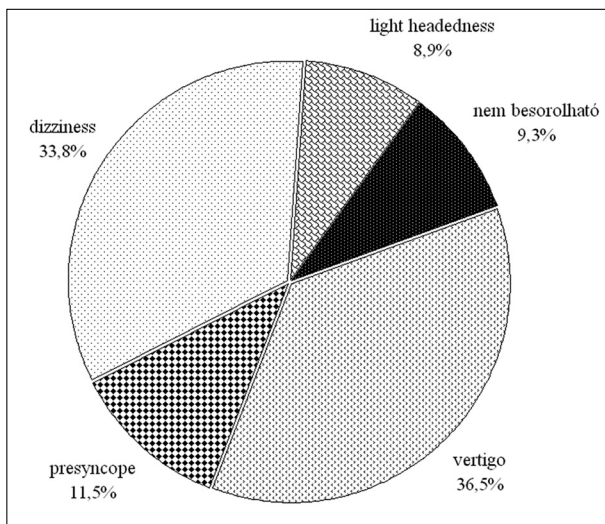
A szédülés miatt jelentkező betegek 81%-át vizsgálatukat és ellátásukat követően 24 órán belül otthonába bocsátottuk. A fennmaradó 19%-ban a betegek kórházunk különböző osztályaira, legnagyobb arányban (34 beteg) az ideggyógyászati osztályra és a fül-orr-gégészeti osztályra (27 beteg) kerültek felvételre (**1. táblázat**). Minden olyan hirtelen fellépő szédülést, melynek háttérben centrális eredetű károsodás gyanúja merült fel, így a betegek 7%-át (34 beteget) ítéltük súlyos állapotúnak. Mindegyikük a neurológiai osztályra került, közülük 16 beteg esetében stroke volt a diagnózis, amelyből két esetben CT-vizsgálattal alátámasztott



1. ábra. A szédüléssel panasszal érkezők korcsoport szerinti megoszlása (n=471)

1. táblázat. A betegek ellátási és emittálási helye

A betegek további sorsa (elbocsátás vagy felvétel)	Gyakoriság (%)
Otthonába bocsátva	81,3%
Neurológiai osztály	7,2%
Fül-orr-gégészeti osztály	5,8%
Belgyógyászati osztály	3,4%
Baleseti ambulancia	0,7%
Kardiológiai osztály	0,4%
Pszichiátriai osztály	0,4%
Infektológiai osztály	0,2%
Onkológiai osztály	0,2%
Pulmonológiai osztály	0,2%
Egyéb	0,2%

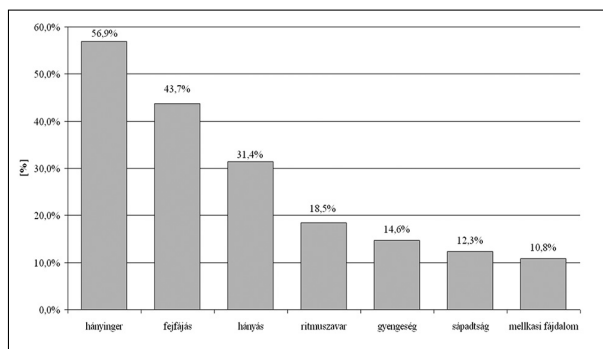


2. ábra. A szédülés altípusainak megoszlása (n=471)

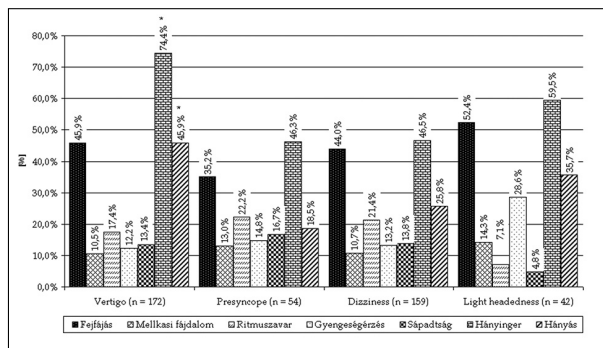
cerebellaris infarktust igazoltunk. Intenzív osztályra nem került szédülés miatt érkező beteg.

A vizsgálatunkba bevont betegek szédülésének típusai közül a leggyakoribb a vertigo volt (172 beteg, 37%), melyet a „dysequilibrium” kategóriába sorolható panasz követett (159 beteg, 34%). A szédülés további típusai kisebb arányban voltak megfigyelhetők (2. ábra). A dokumentáció alapján 44 esetben (9%) nem tudtuk pontosan kategorizálni a szédülés jellegét.

A betegek csaknem mindig beszámoltak a szédülést kísérő panaszokról. A leggyakrabban azonosított kísérő tünet a hányinger (268 beteg, 57%) volt. A vizsgálatkor a betegek 44%-a (206 beteg) fejfájást, 31%-a (148 beteg) hányást említett (3. ábra). A beérkezéskor a szédülés mellett a 10%-nál nagyobb arányban előfordult kísérő tüneteket mutatja be a 4. ábra. A vertigóban a hányinger és a



3. ábra. A beérkezéskor a betegek 10%-ánál nagyobb arányban előforduló panaszok és tünetek gyakorisága a szédülés mellett (n=471)



4. ábra. A szédülést kísérő panaszok gyakorisága az egyes altípusokban (n=427)

hányás sokkal gyakoribb, mint a többi szédüléstípusban. A Drachman által pszichogén eredetűnek véleményezett szédülésben (light headedness) a gyengeségérzést említették gyakrabban, ugyanakkor a sápadtság sokkal ritkább ebben, mint a más szédüléstípusokban. Érdekes, hogy fejfájás valamennyi típusban megközelítően a betegek felében, míg mellkasi fájdalom minden típusban azonos mértékben, 10% körül fordult elő (4. ábra).

Szédülésben a betegek 1%-ánál nagyobb arányban előforduló tüneteket és panaszokat a 2. táblázatban soroltuk fel.

A szédülés miatt vizsgált betegek meglepően nagy része, háromnegyede folyamatos gyógyszeres kezelés alatt állt. A betegek által leggyakrabban alkalmazott gyógyszereket az ATC-rendszer csoportosítása szerint a 3. táblázatban összegeztük.

Radiológiai vizsgálatok eredménye

A szédülő betegek körében feltűnően nagy arányban, 44%-ban (207 esetben) készült koponya-CT-

2. táblázat. A beérkezéskor észlelt 1–10%-ban előfordult panaszok és tünetek a szédülés mellett

Panaszok és tünetek	Előfordulás (%)
Végtagszibbadás	9,1%
Verejtékezés	8,7%
Nehézlégzés	6,2%
Hasi fájdalom	5,7%
Szabálytalan légzés	4,9%
Lezajlott eszméletvesztés	4,5%
Hasmenés	3,8%
Palpitációérzés	3,8%
Látászavar	3,4%
Influenzás panasz	2,5%
Oldalgyengeség	2,3%
Hidegrázás	1,9%
Köhögés	1,7%
Remegés	1,7%
Traumás fájdalom	1,7%
Szájzug-aszimmetria	1,5%
Bizonytalan járás	1,3%
Gombócérzés a torokban	1,1%

vizsgálat, kétszer gyakrabban, mint a sürgősségi osztályon megjelent összes beteg esetében (19,4%). A koponya-CT-vizsgálat eredménye szédülés szempontjából az esetek 96%-ában irreleváns volt (46%-ban negatív, 50%-ban régi elváltozás), és csak nyolc esetben írtak le friss károsodást. A nyolc esetből is csak két esetben volt egyértelműen összefüggésbe hozható a CT-n észlelt friss elváltozás a szédülés okával (mindkettő cerebellaris infarktus). A CT-vizsgálatok eredménye és a szédülés típusa között szignifikáns összefüggés nem volt kimutatható ($p=0,124$). A CT-vizsgálatok eredményeit az **5. ábra** foglalja össze.

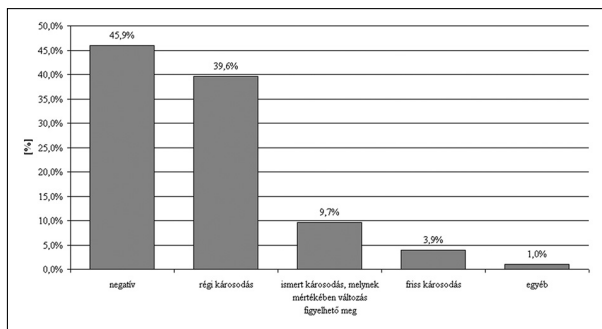
A CT-vizsgálat gyakorisága az osztályra felvett betegeknél 56%, 24 órán belül távozott betegeknél 40% volt ($p=0,003$), azonban a két nem között ($p=0,195$), illetve a kórházba érkezés módja között ($p=0,082$) szignifikáns különbség nem volt. A beteg szédülésének típusa nem mutatott szignifikáns kapcsolatot ($p=0,813$) a CT-vizsgálatra irányuló kéréssel, azaz a szédülés típusa nem befolyásolta a koponya-CT-vizsgálat indikációját (**6. ábra**).

Az idősebb betegeknél szignifikánsan ($p=0,016$) gyakrabban készítették koponya-CT-vizsgálatot, mint a fiatalabbaknak. Aki fejfájásra is panaszkozott, annak szintén szignifikánsan ($p<0,001$) gyakrabban készült CT-felvétel (54% vs. 35%). Mind a hét facialis aszimmetriát mutató betegnél készült CT-felvétel ($p=0,002$), míg nehezített beszéd esetén (11 beteg) 91%-ban készült CT-vizsgálat ($p=0,001$).

A vizsgálatok során különböző szakterületekről

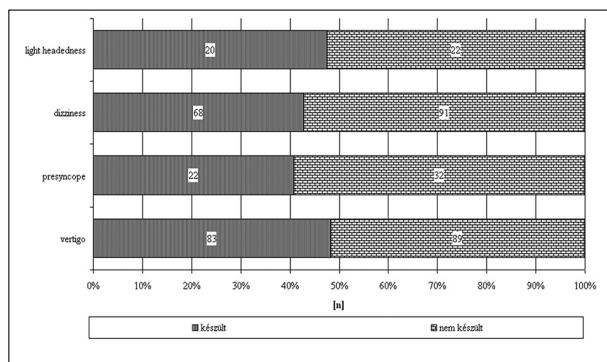
3. táblázat. Gyógyszerszedés a szédülés miatt jelentkező betegek körében

	Előfordulás (%)
Gyógyszert szed rendszeresen	75,2%
Gyógyszert nem szed rendszeresen	24,8%
A leggyakrabban szedett gyógyszerek:	
ACE-inhibitorok	34,6%
Pszichoanaleptikumok	33,1%
β -receptor-blokkolók	25,1%
Antithromboticus gyógyszerek	23,4%
Szívre ható szerek	21,2%
Kalciumcsatorna-blokkolók	19,5%
Pszicholeptikumok	19,5%
Diuretikumok	17,6%
A savtermelés zavarával járó betegségek gyógyszerei	14,2%
Szérumlipidszintet csökkentők	14,2%
Ásványi anyagok	11,7%
A váz- és izomrendszer gyógyszerei	10,2%
A légzőrendszer gyógyszerei	10,2%
Vércukorszint-csökkentő gyógyszerek	8,3%
Szisztémás hormonkészítmények	8,1%
Perifériás értágítók	7,6%
Szédülés elleni készítmények	7,6%
Vérnyomáscsökkentők	6,8%
Antiepileptikumok	6,6%
Angiotenzin II-antagonisták	5,9%
Inzulinok és analógjaik	4,0%
Analgetikumok	2,5%
Nem tudja megnevezni	3,6%

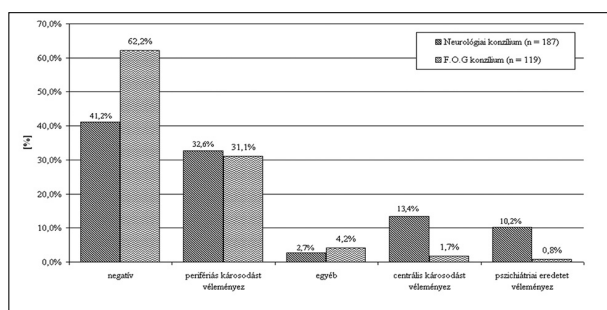


5. ábra. A CT-vizsgálatok eredményei ($n=207$)

67%-ban (317 esetben) kértünk konzíliumot a diagnózis pontosítása érdekében, leggyakrabban neurológiai (187 eset) és fül-, orr-, gégeészeti konzíliumot (119 eset). A konzíliumok egynegyedében mindkét szakterület szakembereitől, 23%-ban csak fül-orr-gégeészeti, 51%-ban csak neurológiai véleményt kértünk. A későbbiekben az ideggyógyászok 25 beteg esetében centrális károsodást találtak a panaszok hátterében, a fül-orr-gégeészek pedig 37 beteg



6. ábra. A beteg szédüléstípusának és a CT-felvételek készítésének összefüggése (n=471)

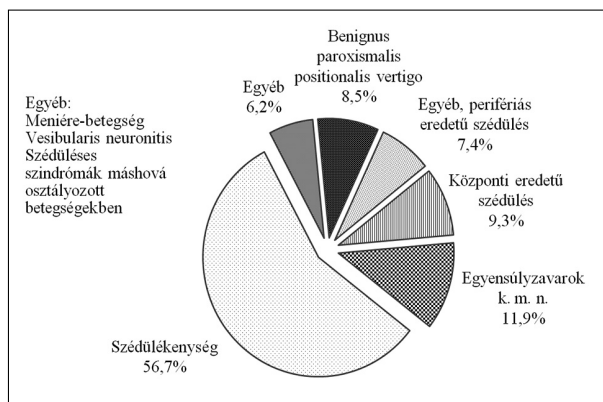


7. ábra. A neurológiai és fül-orr-gégészeti konzíliumi vélemények megoszlása

nél véleményeztek perifériás károsodást. A neurológiai konzíliumok és a fül-orr-gégészeti vizsgálatok részletes eredményei a 7. ábrán láthatók. Az ábráról kiderül az is, hogy a szédülés tekintetében a neurológusok és fül-orr-gégészek azonos biztonsággal ítélik meg a perifériás károsodást, eltérő azonban a diagnosztikus megítélésük a további szédüléstípusok tekintetében.

Az ambulánsan távozó betegek végső diagnózisát vizsgálva az összes szédülés 57%-ában nem született specifikus diagnózis: a „szédülékenység” tüneti diagnózisát kapták. A további 43%-ban a diagnózis tükrözte a szédülés háttérében álló feltételezett betegséget. A diagnózisok BNO-kód szerinti megoszlását a 8. ábra szemlélteti.

A betegek 7%-át (12 férfi, 35% és 22 nő, 65%) súlyos állapotúnak ítéltük. Három fő egyedül érkezett centrumunkba, míg a betegek 91%-a kísérel, illetve a Mentőszolgálat által (44%, illetve 47%). A beérkezéskor történő vizsgálatok során történő triage kategóriákba soroláskor nem találtunk szignifikáns eltérést a súlyos, illetve a nem súlyosnak ítélt betegek körében (26% sürgős kategória, 59% sürgető, valamint 15% a nem sürgős). A panaszokat és tüneteket vizsgálva sem találtunk jelentős eltérést a



8. ábra. A végső diagnózisok BNO-kód szerinti megoszlása

súlyosnak ítélt betegek körében; a betegek 74%-a jelzett hányingert, közülük 19 főnél hányás is jelentkezett. Hasonlóan a nem súlyos állapotúnak ítélt betegekhez, a betegek 41%-ban jeleztek fejfájást vezető panaszként a szédülés mellett. A szédülés altípusainak vizsgálatok a nem súlyos állapotúnak ítélt betegekhez hasonlóan a vertigo, illetve dysequilibriumtípus volt a leggyakoribb (47%, 16 fő, illetve 32%, 11 fő). A betegek 73%-ának készült koponya-CT-felvétel, melynek eredménye 40% negatív képet adott, 44%-ban régi károsodást találtunk, 16%-ban pedig friss károsodást véleményeztünk, melyből két esetben cerebellaris infarktust igazoltunk. A betegek neurológiai osztályra történő áthelyezések 41%-ban nem született specifikus diagnózis (szédülékenység), 35%-ban (12 beteg esetében) pedig a panaszok háttérében központi eredetű szédülést diagnosztizáltunk.

Megbeszélés

A sürgősségi ellátóhelyeken gyakran jelentkező szédülő betegek végzett retrospektív vizsgálatunk legszembetűnőbb tanulsága az, hogy a szédülés-panasz gyakori volta ellenére ritkán jelez életet veszélyeztető állapotot. Fontos megjegyeznünk, hogy a súlyos esetek elkülönítésében nem az általunk is alkalmazott tradicionális tünettani besorolás, és nem a CT-vizsgálat nyújtott segítséget, hanem a beteg melletti alapos vizsgálat döntötte el a beteg további sorsát!

Sürgősségi osztályunkon a szédüléssel mint főpanasszal jelentkezők aránya – az irodalomhoz hasonlóan – nagy, az összes betegforgalom közel 3%-a. Az elmúlt években a szédülés tárgyában végzett nemzetközi vizsgálatok száma komoly növeke-

dést mutat¹⁵, mindazonáltal vizsgálatunkhoz hasonló esetszámú hazai felmérés tudomásunk szerint nem készült.

Kórházunkban a 24 órán belül elbocsátott betegek mindegyike a BNO-rendszerben meghatározott szédüléssel kapcsolatos diagnózist kapott. Dolgozatunkban a szédülés háttérében 57%-ban nem született specifikus diagnózis. A kiírásakor „szédülékenység” diagnózist használtak, azaz csak tünetani leírást adtak. Fontosnak tartjuk tisztázni, hogy a sürgősségi osztálynak nem is lehet mindig célja a szédülés pontos diagnózisának felállítása. Elengedhetetlen és fontos feladata azonban az, hogy az életet veszélyeztető állapotokat kiszűrje a szédülés miatt jelentkező betegek közül. Felmérésünkkel ehhez a diagnosztikus munkához szeretnénk segítséget adni azzal, hogy rávilágítunk kórházunkban a szédülés esetén alkalmazott gyakorlat hibáira.

A Lam és társai által végzett kutatásban light headedness- és a vertigo-, míg ambulanciánkon a vertigo- és a dizzinesztípusú szédülések száma volt több az egyéb altípusokhoz képest². Ugyanezen vizsgálat – eredményeinkhez hasonlóan – a leggyakoribb szédülést kísérő panasznak a hányingert, a hányást, valamint a fejfájást találta, azonban ezen tünetek a szédülés obligát velejárói, míg a továbbiakban felsorolt tünetek a centrumunkban alkalmazott CTAS kötelező kérdéseinek, vizsgálatainak a része, melyek közül a 10%-nál nagyobb arányban előforduló tünetek kerültek ábrázolásra, azonban ezen adatok szignifikáns eltérést nem mutattak.

Az észlelt gyógyszereszedési szokások ATC-főcsoportok alapján rögzített eredményei nem alkalmasak pontos következtetések levonására, a szédülés előfordulásában játszott szerepük tisztázására további vizsgálatok szükségesek. Feltűnő, hogy a legtöbb alkalmazott gyógyszer gyakori mellékhatása a szédülés is lehet.

Maarsingh és munkatársai a szédülés részletesebb elemzése¹⁶ kapcsán nemrégiben a leggyakoribb szédüléstípusnak anyagukban a praesyncopét találták, melyet gyakoriságban a vertigo követett. Kerber és munkatársai hasonló tanulmányban¹⁷ a leggyakoribb formaként a dizzineszt és a vertigót találták. Eredményeink a típusok előfordulásának gyakorisága tekintetében hasonlóak ugyan a nemzetközi irodalomban is közölt eredményekhez, azonban a gyakoriságok sorrendjének nagy különbsége arra utal, hogy a típusbeosztás nem feltétlenül a legbiztosabb módszer a szédülés diagnózisának felállítására. A korábbi irodalmi adatoknak megfelelően a szédülés típusának leírása a mi kutatásunkban sem segítette a szédülés specifikus diagnózisának besorolásában.

A szédülős betegek kikérdezésekor és vizsgálatkor az egyik legfontosabb eldöntendő kérdés a panaszok centrális vagy perifériás eredete. Nehézséget okoz a beteg kikérdezésekor a szédülés típusának megállapítása. Ennek részben magyarázata lehet az is, hogy a magyar nyelvben a szédülés leírására kevés szinonima áll rendelkezésre. A betegek nagy része használja a „szédülés” szót a vestibularis zavarok vagy az egyensúlyzavar leírására ugyanúgy, mint az általános közérzet vagy akár a lelki állapot jellemzésére (vesd össze például „olyan sokk ért, hogy beleszédültem” vagy „olyan gyenge vagyok, hogy szédülök”, vagy „olyan bizonytalan vagyok” kifejezések).

A vizsgált betegcsoportból súlyosnak minősített betegek nem mutattak dominanciát egyik szédüléstípusban sem, a koponya-CT-vizsgálatok eredménye sem mutatott összefüggést a szédüléstípus beosztásával. Az eredmények továbbá arra utalnak, hogy a CT-vizsgálat indikációját nem csak a centrális laesio gyanúja, hanem más panaszok jelenléte is pozitív irányban befolyásolta. A szédülés háttérében álló ok vagy diagnózis azonosítására a betegek szédülésérzésének besorolása tanulmányunk szerint sem ad klinikai segítséget.

Chase és munkatársai hasonló tanulmányban a sürgősségi ellátás keretein belül vizsgálták a szédülés előfordulását¹⁸. Vizsgálataink hasonló eredménnyel zárultak mind a nemi és az életkor szerinti megoszlás, mind pedig a centrális idegrendszeri eredet gyakorisága tekintetében.

Ahogy tanulmányunk is megerősítette, a szédülés háttérében ritkán áll életet veszélyeztető állapot. Az összes szédülős beteg közül 34 került akután neurológiai osztályos felvételre. Közülük 16 betegnek volt stroke-ja, azonban mindössze két esetben adott magyarázatot az akut koponya-CT-vizsgálat a szédülésre (két cerebellaris infarktus), hat esetben a szédülést nem magyarázó eltérést mutatott. Mindezek alapján úgy tűnik, hogy szédülésben a koponya-CT-vizsgálat kevésbé érzékeny, mint a fizikális vizsgálat. Következtethető ebből továbbá az is, hogy a szédülés önmagában nem indok a CT-vizsgálat elvégzésére. Ezt a megfigyelést felmérésünk fontos eredményének tartjuk. Azonban fenntartjuk továbbra is, hogy stroke-gyanú esetén akut CT-vizsgálatot kell végezni. A szédülés ritkán utal stroke-ra (közleményekben kevesebb mint 1%, anyagunkban is kevesebb mint 1%). Abban az esetben, amikor stroke az oka a szédülésnek, a finom neurológiai jelek (irodalmi adatok szerint) 100%-ban, az akután elvégzett koponya-MRI DWI-szekvenciája 80%-ban mutatja ki az ischaemiás károsodást¹⁹. Ezen adatok tükrében tekintjük a szédülés miatt elvégzett CT-vizsgálatot sugárterhelése

alapján ártalmasnak, eredménye alapján pedig félrevezetőnek. Természetesen, amikor a centrális klinikai képet mutató szédülések háttérben stroke vagy más centrális ok merül fel gyanúként, a koponya-CT-vizsgálat elvégzése elengedhetetlen.

A szédülés diagnózisának felállításához hasznosabbnak tűnik a részletes anamnéziszfelvétel és a célzott neurológiai vizsgálat. A megállapítás he-

lyességét és a javasolt módszer megbízhatóságát a legújabb irodalmi adatok is alátámasztják¹⁹. Anamnesztikusan a szédülést provokáló tényezők, illetve a szédülés időbeni dinamikájának leírása, fizikálisan a centrálisan a perifériástól elkülönítő körjelek azonosítása adhat – akár a „gold standardnak” tartott MR-vizsgálattal azonos értékű és pontosságú – szédülésdiagnózist.

IRODALOM

1. Fazekas A. Szédülés – komorbiditás pszichiátriai betegségekkel. *Ideggyogy Sz* 2010;63:113-7.
2. Lam JMY, Siu WS, Lam TS, Cheung NK, Graham CA, Rainer TH. The epidemiology of patients with dizziness in an emergency department. *Hong Kong J Emerg Med* 2006;13:133-9.
3. Bisdorff A, Bosser G, Gueguen R, Perrin P. The epidemiology of vertigo, dizziness, and unsteadiness and its links to co-morbidities. *Front Neurol* 2013;4:29.
4. von Brevern M, Radtke A, Lezius F, Feldmann M, Ziese T, Lempert T, et al. Epidemiology of benign paroxysmal positional vertigo: a population based study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2007;78:710-5.
5. Maarsingh OR, Dros J, Schellevis FG, van Weert HC, Bindels PJ, van der Horst HE. Dizziness reported by elderly patients in family practice: prevalence, incidence, and clinical characteristics. *BMC Fam Pract* 2010;11:2.
6. Neuhauser HK, Radtke A, von Brevern M, Lezius F, Feldmann M, Lempert T. Burden of dizziness and vertigo in the community. *Arch Intern Med* 2008;168:2118-24.
7. Newman-Toker DE. Diagnosing dizziness in the emergency department – Why “What do you mean by ‘dizzy’?” should not be the first question you ask. Doctoral dissertation. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University, 2007.
8. Navi BB, Kamel H, Shah MP, Grossman AW, Wong C, Poisson SN, et al. Application of the ABCD2 score to identify cerebrovascular causes of dizziness in the emergency department. *Stroke* 2012;43:1484-9.
9. Szirmai Á. Szédülés a mindennapi gyakorlatban. *Fül-Orr-Gégegyógyászat* 2011;57:201-7.
10. Drachman DA, Hart CW. An approach to the dizzy patient. *Neurology* 1972;22:323-34.
11. Newman-Toker DE. A new approach to the dizzy patient. Pp. 1–4. URL: <http://cdmbuntu.lib.utah.edu/utis/getfile/collection/ehsl-dent/id/10/filename/8.pdf> (2013-01-16)
12. Pongrácz E. A vestibularis rendszer károsodásainak interdiszciplináris szemlélete. *Ideggyogy Sz* 2011;64:101-9.
13. Bullard MJ, Unger B, Spence J, Grafstein E. CTAS National Working Group: Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) adult guidelines. *CJEM* 2008;10:136-42.
14. Thim T, Krarup NH, Grove EL, Rohde CV, Løfgren B. Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach. *Int J Gen Med* 2012;5:117-21.
15. Hain TC. Epidemiology of dizziness, 2011. URL: http://dizziness-and-balance.com/disorders/dizzy_epi.html (2013-01-16)
16. Maarsingh OR, Dros J, Schellevis FG, van Weert HC, van der Windt DA, ter Riet G, et al. Causes of persistent dizziness in elderly patient in primary care. *Ann Fam Med* 2010;8:196-205.
17. Kerber KA, Brown DL, Lisabeth LD, Smith MA, Morgenstern LB. Stroke among patients with dizziness, vertigo, and imbalance in the emergency department A population-based study. *Stroke* 2006;37:2484-7.
18. Chase M, Joyce NR, Carney E, Saliccioli JD, Vinton D, Donnino MW, et al. ED patients with vertigo: can we identify clinical factors associated with acute stroke? *Am J Emerg Med* 2012;30:587-91.
19. Kattah JC, Talkad AV, Wang DZ, Hsieh YH, Newman-Toker DE. HINTS to diagnose stroke in the acute vestibular syndrome: three-step bedside oculomotor examination more sensitive than early MRI diffusion-weighted imaging. *Stroke* 2009;40:3504-10.