

Országos Mentőszolgálat Főigazgatósága (főigazgató: Bencze Béla dr.) Kórháza
(kórház igazgató főorvos: Makláry Lajos dr.)

Eltérések az intézeti és helyszíni diagnózis között

DIENES ZSOLT DR., TURY PEREGRIN DR., BARSIBÉLA DR.

Anyag és módszer

Szerzőcsoportunk az OMSZ Kórháza belgyógyászati ambulanciájának két évi — 1979, 1980 — anyagát vizsgálta át abból a szempontból, hogy milyen eltérések találhatók a beszállító esetkocsi vezetője, valamint az ambulancián szolgálatot teljesítő belgyógyász (az esetek többségében szakorvos) által felállított diagnózisok között. Vizsgálatunk alapjául a belgyógyászati ambuláns napló szolgált, melyben a szükséges adatok rendelkezésünkre álltak.

Hangsúlyozzuk, hogy *csak a lényegi* diagnosztikus eltéréseket vettük figyelembe.

Külön is feltüntettük az életet veszélyeztető és/vagy ahhoz vezető diagnosztikus tévedéseket.

Vizsgáltuk a helyszíni diagnózis pontosságát a beszállító mentőegység vezetőjének végzettsége szerint: itt a mentőorvos, mentőtiszt, szigorló, ill. mentőápoló megnevezéseket használjuk — értelemszerűen.

Kapott eredményeinket összehasonlítottuk az 1974/75. év hasonló mutatóival.

Vizsgálati eredmények

A mentőkórház belgyógyászati ambulanciáján 1979-ben 3250, 1980-ban 2905 esetkocsi fordult meg.

Az alábbi táblázatok a mentőegység vezetőjének diagnosztikus pontosságát mutatják a végzettség függvényében (I. II. táblázat).

	1979. év			Összes eset
	Pontos diagnózis	Téves diagnózis	Életet veszélyeztető tévedés	
Mentőorvos	707	238	36	980
Mentőtiszt I.	374	255	9	638
Szigorló (mt. III.)	847	635	55	1537
Mentőápoló	75	25	1	101
	2003	1163	100	3266

A fentieket százalékos arányban mutatja a *III. táblázat*.

Az életet veszélyeztető vagy ahhoz vezető diagnosztikus tévedések százalékos arányát mutatja a *IV. táblázat*.

II. táblázat

	1980. év			Összes eset
	Pontos diagnózis	Téves diagnózis	Életet veszélyeztető tévedés	
Mentőorvos	698	179	32	909
Mentőtiszt I.	254	206	5	465
Szigorló (mt. III.)	876	548	39	1463
Mentőápoló	55	11	2	68
	1883	944	78	2905

III. táblázat

	Pontos helyszíni diagnózis %-a	
	1979	1980
Mentőorvos	72,1	76,8
Mentőtiszt	58,0	54,6
Szigorló	55,1	59,9
Mentőápoló	75,0	80,9

IV. táblázat

	Életet veszélyeztető diagnosztikus tévedés	
	1979	1980
Mentőorvos	3,57	3,52
Mentőtiszt	1,41	1,07
Szigorló	3,57	2,66
Mentőápoló	1,00	2,94

enkephalitissal összetévesztési lehetőséget ad. Ilyen tévedés folytán 1 betegünk fertőző osztályra került.

A felsorolt tünetek megoszlása a *II. táblázat*on látható. Patognomikus értékű tünettársulás az initiális szakban a fejfájás, hányás, eszmélet- és tudatzavar, neurológiai jelek és a hipertónia. A későbbi időszakban valamennyi felsorolt tünet megjelenése típusosnak tekinthető.

II. táblázat

*A subarachnoidális vérzés
akut szakában észlelt tünetek
a mentőkórház beteganyagában*

Neurológiai tünet	27
Hányás	27
Fejfájás	25
Hipertónia	24
Eszméletzavar	16
Konvulzió	7
Meningeális izgalom	4
Szédülés	4
Láz	2

A SAV korai szakában előfordult diagnosztikus tévedések okát a patognomikus jelek szintézisének hiányában, illetve 1—1 tünet indokolatlan kiemelésében látjuk.

II. A terápia

Célja az akut szakban:

1. Szabad légutak és a ventiláció biztosítása.
2. Dehidráció.
3. A vegetatív izgalom csökkentése.
4. Vérzéscsillapítás.

A szabad légutak és a ventiláció biztosítása

A szabad légutak a kielégítő ventiláció feltételét képezik. A beteg jó ventilációjának jelentősége többszörös. Kielégítő oxigenizációval az agyödéma citotoxikus komponensét befolyásolhatjuk [9]. Másfelől a mellúri nyomásváltozások előnyösen befolyásolják a vénás visszafolyást. A fenti megfontolások alapján a SAV-es betegek ventilációjának biztosítása nemcsak a légzésnek mint vitális funkciónak a biztosítása, hanem egyben az agyödéma csökkentésének is egyik lehetősége.

A betegek közül 17-nél került sor eszközös légúti beavatkozás valamilyen formájára.

Dehidráció

A SAV-ben szenvedő betegek agyödémája az akut szakban vasogén [9]. A korai szakban elhalt betegek mindegyikénél tonsilláris beékelődés volt kimutatható. A ventiláció biztosítása mellett ezért szerepet kaptak az agyödéma csökkentésének gyógyszerei is.

Irodalmi adatok alapján [9] dextrózt nem adtunk, az agyödéma gyors és tartós csökkentésére glicerin és furosemid kombinált alkalmazása történt. Furosemidből napi 60—80 mg-ot adtunk, glicerinből pedig orálisan, illetve duodenum szondán át frakcionáltan napi 2,5 g/kg mennyiséget.

Az adaequat terápia alapvető feltétele a pontos és lehető gyors diagnózis, ez a mentőorvosi munkában is alapszabálynak fogadható el. A kórismét pontosan behatárolni, helyszíni körülmények között: a mentőorvosi munka „művészi” része.

Teljesen természetes, hogy az intézményi diagnosztika pontossága meghaladja a helyszíniét. Adódik ez az első észlelés, gyakran nehezített körülményeiből, a mentőorvos magárahagyatottságából, hiszen az intézeti orvosi munka megadja a team-munka jelleg lehetőségét, s ezzel egyidejűleg a diagnosztikus háttér-lehetőség is sokkal kiterjedtebb.

Mindezek ellenére a fenti táblázatokban megadott, a helyszíni diagnosztikus munka igen kevésbé pontos voltát mutató számadatok meglepőnek tűnnek. Még inkább, ha figyelembe vesszük azt a tényt, hogy a pontos diagnózisok között igen nagy százalékarányban szerepelnek azok, melyek az ún. „könnyű diagnózis” csoportba tartoznak, melyeket jóformán maga a beteg is megmond (pl. supraventricularis paroxysmalis tachycardia, feltisztult epilepsziás, ideges jellegű rosszullétek stb.).

Feltétlen elemzést igényelnek azok a tényezők, melyek a rossz diagnosztikus munkához vezetnek. Melyek lehetnek ezek?

1. A diagnosztikus készség hiánya

Statisztikai adataink mutatják, hogy a mentőorvosi munka mintegy 50%-át szigorlók, egyre csökkenő tendenciával 16—20%-át mentőtisztek, s növekvő arányban, jelenleg 31%-át diplomás orvosok végzik. A diagnosztikus biztonság — összehasonlítva az 1974/75. évvel — a szigorlóknál gyakorlatilag azonos, mentőtiszteknél romló, a diplomás orvosoknál valamelyest javuló tendenciát mutat. Sajnos az oktatás jelenlegi formája egyik esetben sem kedvez a diagnosztikus készség kialakításának, pedig ennek megléte nemcsak a mentőorvosi, hanem a gyakorló orvosi szakágak bármelyikének alapja.

Ez a készség pedig tág határok között megszerezhető és megtartható. Alátámasztani látszik ezt az a tény, hogy a szigorlók diagnosztikus biztonsága a Mentőszolgálatnál töltött egy év második felében határozottan javul, de — sajnos — ezt igazolja a kivonulással csak ritkán megbízott mentőtisztek és mentőorvosok egyre romló kórisméző készsége.

2. Az ismeretanyag hiánya

Amit nem ismerünk (fel) — azt nem tudjuk gyógyítani.

A rendszeres önképzés, továbbképzés lenne a megoldás akkor, ha ez a szigorúan vett oxyológiai szakanyag didaktikus, rendszeres, konzultatív jellegű, számonkérhető lenne.

Az oxyológiai szakvizsga szerepe igen jelentős lehet majd ebben a kérdésben de nem elhanyagolható az OMSZ által alkalmazott friss diplomások megfelelő kiválasztása sem.

E problémakör gyökerei igen összetettek: s ez nemcsak az OMSZ-ra jellemző, éppen ezért az alap- és továbbképzés mielőbbi reformjának szükségessége célszerűnek látszik.

3. A beteg felületés vizsgálata

A statisztikában szereplő diagnosztikai tévedések igen jelentős része ebből adódik. Nagyon gyakran nem vagy nem kellő részletességgel történik meg a beteg helyszíni vizsgálata, s ez súlyos tévedésekhez vezethet. Példaként említjük azt a „vegetatív neurosis” diagnózissal beszállított beteget, aki necrotisált scrotuma következtében kialakult 41 °C lázzal a septicus shock felé haladt.

4. Személyi, emberi tényezők

Ide soroljuk azokat a momentumokat, melyek befolyásolhatják a helyszíni diagnosztikus munkát. Iskolapéldája ennek a — gyakorlatlan — szigorló, akit a „gyakorlott” középkáder — mintegy blickdiagnózist felállítva — munkájában negatíve befolyásol.

Szorosan összefügg ezzel az a tény, hogy az esettevékenység igen jelentős része (az ún. funkcionális képek, az egyre növekvő részegforgalom stb.) nem nevezhető kifejezetten *mentő* tevékenységnek, s így nem csodálható, *de meg nem engedhető*, hogy csökken a „diagnosztikus éberség”.

5. Egyéb tényezők

Számtalan variáció képzelhető el, s adódik *valóban* a gyakorlatban, mely nehezíti a helyszíni diagnosztikus munkát, s ezeket minden esetben elhárítani nem is áll módunkban, de a problémakör fontosságát mutatja az a tény, hogy az éves esetforgalom országos viszonylatban *több százszáz* nagyságrendű, ebből adódóan a diagnosztikus pontosság akár tizedszázalékos javulása bal-esetet szenvedett *embertársaink ezreinek* további sorsát könnyíti meg.

IRODALOM: 1. Barsi B.—Lamboy J.—Kajbinger L.: Reanimatio szövődményeinek előfordulása a Mentőkórház beteganyagában. Nemzetközi Mentőkongresszus. 1973. — 2. Bencze B. (szerk.): Oxyologia. (Medicina). — 3. Bencze B.—Gábor A.: Életveszélyes esetek körzeti orvosi ellátása. — 4. Calleja, H.-B.: Cardiovascular Emergencies in South-West Asia. Medical Progress. 1981. Vol. 8. No. 10. — 5. Cohn, A. et al.: Am. Journ. of Cardiology. 47, 233—237 (1981). — 6. Körner W.: Az életmentés ABC-je. Medicina, 1986. — 7. Mackenzie, T. B. et al.: Effectiveness of Cardiology Consultation. Chest 79, 16—22 (1981). — 8. Miller, D. et al.: New England Journ. of Med. 304, 763—765 (1981). — 9. Nastron, A. et al.: British Med. Journ. 282, 15—18 (1981). — 10. Tury P.—Kontra K.: A reanimatio hibalehetőségei. Nemzetközi Mentőkongresszus. 1973.