

Mariusz Kobek, Czesław Chowaniec, Agnieszka Nowak, Małgorzata Chowaniec

**Sądowo-lekarska ocena postępowania lekarskiego
w przypadkach ostrych dolegliwości bólowych
w klatce piersiowej na podstawie analizy materiału aktowego
Katedry Medycyny Sądowej w Katowicach w latach 2000-2006
Medico-legal assessment of medical management in „chest pain” cases
based on the review of cases analyzed in the Chair and Department of
Forensic Medicine, Medical University of Silesia, Katowice, in the years
2000-2006**

Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo-Lekarskiej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
Kierownik: dr n. med. Cz. Chowaniec

Analiza spraw dotyczących oceny postępowania lekarskiego, które były opiniowane w ostatnich latach w Zakładzie Medycyny Sądowej w Katowicach wskazuje, że największy odsetek dotyczył przypadków ostrych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej. W 70% spraw stwierdzono nieprawidłowości w postępowaniu lekarskim, które wyczerpywały znamiona błędu medycznego decyzyjnego i zostały popełnione przez lekarzy pogotowia, przychodni lekarskich oraz szpitalnych izb przyjęć. Autorzy na wybranych przykładach przedstawiają przyczyny zaistniałych nieprawidłowości oraz wskazują czynniki warunkujące wystąpienie błędu. Zwracają przede wszystkim uwagę na brak pełnego badania lekarskiego uwzględniającego także badanie podmiotowe (wywiad lekarski), brak przeprowadzenia diagnostyki różnicowej, niezachowanie odpowiedniego krytycyzmu i ostrożności oraz ukierunkowanie działań rozpoznawczych na jedną – najczęstszą jednostkę chorobową.

Among all investigations aiming at assessing medical management carried out in our department between 2000 and 2006, the cases of “chest pain”

constituted the largest percentage. In 70% of such cases, the employed medical procedures were found to be incorrect; what might be qualified as medical decisive errors, committed in rescue ambulances, outpatient clinics or in admission rooms. The authors present some examples of causes of such incorrect management strategies, such as neglecting proper and profound clinical examination (with medical history taking); lack or incomplete differential diagnosis; failure to observe appropriate critical attitude and prudence; focusing only on one, most common disease.

Słowa kluczowe: bóle w klatce piersiowej, błąd medyczny, opinia sądowo-lekarska
Key words: chest pain, medical error, medico-legal assessment

Analiza spraw dotyczących oceny postępowania lekarskiego, opiniowanych w ostatnich latach w Zakładzie Medycyny Sądowej w Katowicach wskazuje, że największy odsetek dotyczył nagłych przypadków chorobowych, gdzie w obrazie klinicznym dominowały ostre dolegli-

wości bólowe w klatce piersiowej. Spośród 132 spraw aktowych, aż w 98 przypadkach ocena postępowania lekarskiego odnosiła się do postępowania diagnostyczno-terapeutycznego i szerzej decyzyjnego wobec pacjentów manifestujących dolegliwości bólowe w obszarze klatki piersiowej. Podjęta zespołowa, najczęściej wielospecjalistyczna ocena sądowo-lekarska wykazała aż w 69 przypadkach – co stanowiło 68% wszystkich tego rodzaju spraw – zaistnienie nieprawidłowości, które swym charakterem wyczerpywały znamiona błędu medycznego.

Wszystkie błędy miały charakter nieprawidłowości diagnostycznych, które w konsekwencji skutkowały błędem decyzyjnym – terapeutycznym, zaś dodatkowo w 12 przypadkach nieprawidłowości wyczerpywały równocześnie znamiona błędu organizacyjnego. W 41 przypadkach błąd został popełniony w warunkach szpitalnych izb przyjęć i oddziałów ratunkowych. W znacznym odsetku błędy dotyczyły interwencji pogotowia ratunkowego (14 przypadków), w 7 przypadkach miejscem popełnienia błędu była przychodnia rejonowa [1, 2, 3, 4].

Powyższą sytuację można tłumaczyć większą liczbą załatwianych nagłych, ostrych przypadków zachorowań w warunkach szpitalnych izb

przyjęć oraz oddziałów ratunkowych przy równocześnie mniejszej obsadzie personalnej, przy nadmiarze obowiązków pracowniczych, a także często niewystarczającym doświadczeniu zawodowym personelu medycznego [1, 2].

W zdecydowanej większości popełnione błędy były związane z nieprawidłowym przeprowadzeniem badania lekarskiego obejmującego badanie podmiotowe – a więc szczegółowy wywiad lekarski oraz badanie podmiotowe ogólnolekarskie np. ograniczenie wywiadu tylko do głównych dolegliwości podmiotowych, a badania lekarskiego do oceny stanu miejscowego, osłuchania serca, czy jedynie wykonania pomiaru ciśnienia tętniczego. Z reguły brakowało jakiegokolwiek postępowania diagnostycznego – różnicowego, zaś zakres postępowania i procedur diagnostycznych ograniczono wyłącznie do jednego, dwóch najczęstszych statystycznie stanów chorobowych. Niezależnie od miejsca interwencji lekarskiej (pogotowie ratunkowe, poradnia rejonowa, izba przyjęć czy oddział ratunkowy) w przypadkach ostrych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej lekarze ograniczali postępowanie diagnostyczne do wykluczenia zawału mięśnia sercowego. Najczęściej diagnostyka obejmowała wywiad i badanie fizykalne

Tabela I. Miejsce popełnienia błędu medycznego n= 69.

Table I. The places of the medical intervention, n= 69.

Placówka służby zdrowia Health service establishment		Liczba uznanych błędów Number of examined errors
SZPITAL HOSPITAL	Izba przyjęć Admission Room	23
	Szpitalny Oddział Ratunkowy Emergency Unit	18
	Oddział wewnętrzny Department of Internal Medicine	6
Przychodnia rejonowa-ogólna / POZ / Lekarz rodzinny General practice/Primary care/ Family doctor		7
Pogotowie ratunkowe ambulance service	Dom / House	12
	Ulica / Street	1
	Ambulatorium Outpatient department	1
Inne (areszt śledczy, izba wytrzeźwień) Others (investigating arrest, detoxification center)		1
Ogółem Total		69

(zazwyczaj bez jego uszczegółowienia) oraz jednorazowy zapis EKG, rzadziej na podstawie badania EKG i oznaczenia jednorazowego markerów martwicy. Poza jednostkowymi przypadkami nie podejmowano szerszych badań, zaniechano kilkugodzinnych obserwacji i powtórzenia badań. W sprawach, w których uznano zaistnienie błędu, interweniujący lekarze nie brali pod uwagę innych stanów chorobowych poza ostrym incydentem wieńcowym, w symptomatologii których zasadniczymi czy wiodącymi objawami chorobowymi są bóle w klatce piersiowej. Można do nich zaliczyć: zawał mięśnia sercowego, niestabilną dusznicę bolesną, zapalenie mięśnia sercowego, tętniak rozwarstwiający aorty, zatorowość płucną z zatorom tętnicy płucnej, odmę opłucnową, ostre schorzenia jamy brzusznej z dolegliwościami bólowymi rzutującymi się na obszar klatki piersiowej, stany pourazowe tułowia. Postępowanie obwinionych lekarzy było nacechowane brakiem należytej staranności, zachowania odpowiedniego krytycyzmu diagnostycznego oraz właściwej – adekwatnej do istniejącej sytuacji klinicznej – ostrożności.

Opiniowane przypadki nie należały do schorzeń trudnych diagnostycznie, czy niezwykle rzadkich z uwagi na przebieg i obraz kliniczny. W zdecydowanym odsetku przypadków nie mieliśmy również do czynienia z nadzwyczajną nietypowością obrazu klinicznego czy przebiegu choroby. Przeciwnie były to nagłe stany zagrażające życiu, które nie powinny przeciętnie wyszkolonemu lekarzowi, dysponującemu podstawowym zapleczem diagnostycznym, sprawiać większych trudności diagnostycznych oraz decyzyjnych [3, 5, 6, 9, 10].

W odniesieniu do stanów klinicznych, w symptomatologii których dominują nagłe, ostre dolegliwości bólowe w klatce piersiowej, często połączone z osłabieniem ogólnym, dusznością do obowiązków lekarzy należy ustalenie przyczyny dolegliwości. Prawidłowe postępowanie lekarskie w warunkach pomocy doraźnej, izby przyjęć czy ambulatoryjnych, powinno obejmować obserwację przez około 12 godzin w warunkach szpitalnych. Charakter bólów w klatce piersiowej nie jest podstawą do rozpoznania czy wykluczenia zawału mięśnia sercowego. W zawałe serca może być duża różnorodność objawów klinicznych, w tym dolegliwości bólowych, są też zawały bezbólowe [9].

Zgodnie z obowiązującą definicją – za zawał mięśnia sercowego uważa się każdą martwicę mięśnia sercowego, spowodowaną niedokrwieniem, niezależnie od rozmiarów; podstawowym

kryterium oceny martwicy jest typowy wzrost stężenia troponiny i/lub izoenzymu CK-MB. Wynik badania EKG może być prawidłowy w ciągu pierwszych 24 godzin w zawałe serca. Dlatego zawał mięśnia sercowego można wykluczyć dopiero na podstawie dwóch zapisów EKG wykonanych w odstępie 24 godzin. Równocześnie jednak brak zmian w zapisie EKG nie upoważnia do wykluczenia zawału serca, bowiem w 2-6% (a wg innych autorów do 15%) przypadków dokonanego zawału mięśnia sercowego rejestrowany jest prawidłowy zapis EKG. Można dodać, że nawet u 25% chorych jakkolwiek zapis EKG wykazuje nieprawidłowości to jednak nie są one typowe dla zawału.

Powyższe dane potwierdzają, że podstawą rozpoznania zawału mięśnia sercowego nie jest wynik jednorazowego badania EKG, lecz EKG wykonane co najmniej dwukrotnie w odstępie 12-24 godzin oraz wynik oznaczeń enzymów wskaźnikowych.

W odniesieniu do kolejnej najczęstszej jednostki chorobowej tj. zatorowości płucnej, to przebieg i obraz kliniczny oraz rodzaj i nasilenie objawów chorobowych jest uwarunkowany przede wszystkim od średnicy naczynia krwionośnego zaczopowanego przez materiał zakrzepowo-zatorowy oraz charakteru i stopnia zaawansowania choroby podstawowej. W obrazie klinicznym zator tętnicy płucnej może manifestować się: – nagłym zatrzymaniem krążenia i oddechu z następowym zgonem; – objawami ostrego serca płucnego; – wstrząsem i zawałem płuca; – zatorowością płucną; – dusznością. Najczęściej zatorowość płucna objawia się: dusznością, bólami w klatce piersiowej o charakterze opłucnowym oraz przyspieszeniem oddechu. Często występuje kaszel, a w około 30% przypadków krwioplucie; niekiedy mogą występować omdlenia. W nietypowych przypadkach spotyka się jedynie niecharakterystyczne objawy, takie jak: przyspieszenie oddechu i akcji serca oraz niepokój. Badanie elektrokardiograficzne (EKG) w przypadku zatoru tętnicy płucnej cechuje się dużą zmiennością i zapis EKG nie jest charakterystyczny. Także rutynowe badanie radiologiczne – RTG płuc najczęściej nie wykazuje istotnych odchyłań. Wartościowymi badaniami dodatkowymi dla pełnej diagnostyki pozwalającej rozpoznać zator tętnicy płucnej są: Angio-TK płuc, perfuzyjna i wentylacyjna scyntygrafia płuc, badanie UKG zwykłe i przezprzełykowe oraz oznaczenie D-dimerów. Zator tętnicy płucnej jest nadal jedną z najczęstszych przyczyn nagłych zgonów u pacjentów hospitalizowanych [4].

Normatywne postępowanie diagnostyczne w przypadkach ostrych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej powinno obejmować: unieruchomienie pacjenta (do szpitala, z izby przyjęć do oddziału oraz do poszczególnych pracowni na badania powinien być przewożony na wózku); wykonanie EKG przy przyjęciu, zlecenie pobrania krwi na badania biochemiczne: Troponina I, CK-MB; oznaczenie morfologii krwi, elektrolitów, kreatyniny, Alat, Aspat, układu krzepnięcia, D-dimerów, gazometrii krwi, na siedząco RTG płuc; za ok. 8 godzin kontrolne EKG oraz ponowne oznaczenie markerów martwicy mięśnia sercowego. W tym czasie powinno być prowadzone adekwatne leczenie objawowe, zaś pacjent powinien być stale monitorowany. W przypadku braku łóżek czy możliwości prowadzenia stosownej obserwacji (w tym monitorowania kardiologicznego) oraz przeprowadzenia właściwej diagnostyki, słusznym jest niezwłoczne przekazanie pacjenta transportem sanitarnym do najbliższego szpitala dysponującego odpowiednimi możliwościami diagnostycznymi.

Dla zilustrowania problemu przedstawiamy wybrane przykłady z praktyki opiniodawczej:

Przypadek 1.

U 57-letniego mężczyzny – hospitalizowanego wcześniej kilkakrotnie z rozpoznaniem: stanu po przebytych udarze mózgu, nadciśnienia tętniczego, zaburzeń gospodarki lipidowej i choroby niedokrwiennej serca – w godzinach południowych wystąpiły bóle w klatce piersiowej promieniujące do pleców oraz połączone ze znacznym osłabieniem i dusznościami. Prywatnym samochodem pacjent został przewieziony do ośrodka zdrowia. Tam lekarz rodzinny na podstawie badania przedmiotowego i wykonanego EKG rozpoznał zaostrzenie przewlekłej niewydolności wieńcowej serca i wydał skierowanie do szpitala. Karetką pogotowia chorego przewieziono do szpitala rejonowego. W szpitalnym oddziale ratunkowym lekarz dyżurny przeprowadził badanie lekarskie oraz wykonał badanie EKG. W dokumentacji medycznej odnotowano – w EKG bez zmian, badaniem fizykalnym bez większych odchyłeń. Innym kolorem tuszu – a zatem niejednocześnie – wpisano: bólów nie zgłasza. Pacjent bez dalszych zaleceń został odesłany do domu. Do miejsca zamieszkania, odległego o około 12 km, ze względu na późną porę chory udał się pieszo. W drodze powrotnej, niedaleko domu zasłabł. Leżącego na poboczu, nieprzytomnego znalazł przygodny ro-

werzysta, który powiadomił pogotowie. Pacjent został przewieziony ponownie do tego samego szpitala, gdzie po 4 godzinach zmarł. Badanie sekcyjne wykazało uogólnioną miażdżycę tętnic znacznego stopnia, bliznę pozawałową, tętniak serca, świeży zawał mięśnia sercowego ściany dolnej, silny obrzęk płuc, zastój krwi w narządach wewnętrznych.

Analiza przedstawionego materiału dowodowego pozwoliła na wykazanie następujących nieprawidłowości w postępowaniu lekarza dyżurnego:

- niczym nie uzasadniona decyzja o odmowie przyjęcia chorego do szpitala i odesłanie go do domu z zaostrzeniem choroby wieńcowej
- niepodjęcie (zaniechanie) prawidłowej, zgodnej z zasadami wiedzy medycznej, diagnostyki różnicowej bólów w klatce piersiowej, zmierzającej do potwierdzenia bądź wykluczenia schorzeń zagrażających życiu pacjenta o określonej symptomatologii
- zbagatelizowanie wiodących objawów klinicznych tj. dolegliwości bólowych w klatce piersiowej i ich charakteru u chorego z obciążającym wywiadem chorobowym
- nie podjęcie właściwego leczenia
- brak zapisów (karta informacyjna, książka przyjęć i odmów izby przyjęć), na podstawie których można by było ocenić faktyczny zakres ale również wynik przeprowadzonego badania lekarskiego
- po ponownym przyjęciu pacjenta w godzinach późnowieczornych lekarz dyżurny nie podjął żadnego postępowania diagnostycznego ani leczniczego, zgodnego z aktualnymi zasadami wiedzy medycznej oraz obowiązującymi zaleceniami Polskiego i Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Takie postępowanie miało charakter zaniechania, było niezgodne z wiedzą medyczną i wyczerpywało znamiona błędu medycznego.

Przypadek 2.

54-letnia kobieta, cierpiąca na nadciśnienie tętnicze (w wywiadzie kilkakrotnie przełomy nadciśnieniowe), wole tarczycy w stanie eutyreozy oraz chorobę niedokrwinną serca, została przyjęta w godzinach nocnych do szpitala miejskiego z powodu nagłych, silnych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej za mostkiem, połączonych z osłabieniem, potami, nudnościami i wymiotami oraz uczuciem postępującego drętwienia lewych

kończyn. Po przeprowadzeniu podstawowej diagnostyki (EKG, badania laboratoryjne), ze względu na obserwowane zaburzenia mowy i narastanie niedowładu połowicznego, pacjentkę z podejrzeniem krwotoku podpajęczynówkowego przewieziono do ośrodka klinicznego – celem wykonania badań neuroobrazowych i konsultacji neurochirurgicznej. U pacjentki przeprowadzono badania TK i angio-TK głowy, a także konsultację neurochirurgiczną i neurologiczną. Badania wykluczyły krwawienie śródczaszkowe jako przyczynę stanu klinicznego i wobec braku wskazań do leczenia operacyjnego odesłano do oddziału kierującego. Pacjentka została przyjęta do oddziału wewnętrznego, a następnie neurologicznego z rozpoznaniem udaru prawej półkuli mózgu z niedowładem połowicznym oraz nadciśnienia tętniczego. Po 4 dniach leczenia, ze względu na pogarszający się stan ogólny i narastającą niewydolność krążenia, pacjentkę przekazano do oddziału kardiologicznego, dodatkowo podając w rozpoznaniu uszkodzenie mięśnia sercowego z bradykardią (45/min) i nadciśnienie tętnicze III^o. Stan pacjentki był wówczas ciężki. Wobec dalszego pogarszania się stanu ogólnego i narastania objawów niewydolności krążenia, następnego dnia u pacjentki wykonano m.in. echo serca. Badanie wykazało obecność tętniaka rozwarstwiającego aorty wstępującej, łuku aorty i części zstępującej aorty piersiowej. W trybie pilnym chorą przewieziono do Kliniki Kardiochirurgii, gdzie zmarła w trakcie zabiegu operacyjnego.

Przeprowadzona ocena wieloetapowego postępowania lekarskiego pozwoliła na wykazanie szeregu nieprawidłowości w postępowaniu lekarzy szpitala miejskiego:

- brak diagnostyki różnicowej bólów w klatce piersiowej i ograniczenie diagnostyki do wstępnego wykluczenia świeżego zawału na podstawie zapisu EKG oraz jednorazowego oznaczenia markerów martwicy mięśnia sercowego bezpośrednio po przyjęciu do izby przyjęć
- ukierunkowanie postępowania na leczenie objawowe zaburzeń neurologicznych
- nieuwzględnienie wyniku oznaczenia D-dimerów w diagnostyce różnicowej (ich stężenie 12-krotnie przekraczało dopuszczalną normę)
- niewykonanie zdjęcia RTG płuc
- brak analizy porównawczej kolejnych zapisów EKG z zapisem wyjściowym, co pozwoliłoby co najmniej na wysunięcie podejrzenia ostrego niedokrwienia – zawału

ściany dolno-bocznej lewej komory serca; to powinno następnie skłonić lekarzy do wykonania echa-serca

- nieprawidłowo rozpoznano przyczynę bradykardii
- postępowanie terapeutyczne było wyłącznie objawowe, leczenie hipotensyjne było nieskuteczne bowiem utrzymywały się wysokie wartości ciśnienia tętniczego skurczowego 200-250 mmHg

Przypadek 3.

58-letnia kobieta cierpiąca na nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, żylaki podudzi, znaczną nadwagę; w wywiadzie przebyte, wygojone złamanie podudzia – leczone operacyjnie oraz niedawny pobyt w szpitalu z powodu dolegliwości stenokardialnych, wypisana z rozpoznaniem niewydolności krążenia, podejrzenia choroby niedokrwiennej serca i zaleceniem kontroli kardiologicznej. W okresie 1 tygodnia wizyta w poradni rejonowej oraz 2-krotne interwencje pogotowia ratunkowego z powodu okresowo narastającej duszności, ogólnego osłabienia oraz niecharakterystycznych bólów w klatce piersiowej, występujących zarówno w spoczynku jak i po nieznacznym wysiłku. Przed drugim wezwaniem pogotowia ratunkowego zaostrzenie dolegliwości – duszność spoczynkowa, „brak oddechu” i ból w klatce piersiowej. Interweniująca lekarka pogotowia zmierzyła ciśnienie tętnicze, osłuchiwała serce i płuca stetoskopem, wykonała badanie EKG. Na podstawie badania wykluczyła ostre niedotlenienie mięśnia sercowego, rozpoznała depresję i zaleciła kontrolę u lekarza rodzinnego i kardiologa. Następnego dnia pacjentka zmarła wśród objawów ostrej niewydolności krążenia. Badanie sekcyjne wykazało masywny zator tętnic płucnych z obecnością materiału zakrzepowego w układzie żylnym głębokim kończyny dolnej.

Oceniając postępowanie lekarki pogotowia ratunkowego wskazaliśmy na następujące nieprawidłowości:

- niewłaściwa ocena stanu klinicznego
- pobieżne i niepełne badanie przedmiotowe (niestwierdzenie zmian żyłakowatych podudzi, znacznego obrzęku podudzia prawego i jego bolesności)
- nieuwzględnienie dotychczasowego przebiegu choroby, charakteru zgłaszanych dolegliwości, czynników ryzyka
- nieprawidłowa interpretacja / ocena zapisu EKG
- brak przeprowadzenia diagnostyki różnicowej w odniesieniu do schorzeń zagrażających życiu

- ograniczenie działań diagnostycznych tylko do badania EKG – jako wystarczającego dla wykluczenia ostrego zespołu wieńcowego (zawału serca)
- błędna decyzja o pozostawieniu chorej w domu
- brak jakichkolwiek przesłanek uzasadniających rozpoznanie depresji.

Przypadek 4.

54-letni mężczyzna, u którego w czasie pracy na nocnej zmianie wystąpiły dolegliwości bólowe w nadbrzuszu i klatce piersiowej, połączone z osłabieniem. Po powrocie do domu dolegliwości nasilały się, wystąpiły zlewne poty oraz nudności. W godzinach popołudniowych pacjent zgłosił się do lekarza rodzinnego. W dokumentacji medycznej odnotowano: bóle kolkowe w prawym podżebrzu z promieniowaniem pod prawą łopatkę, nietolerancję pokarmów smażonych. Badaniem lekarskim lekarz internista stwierdził miejscową bolesność w prawym podżebrzu, mierną obronę mięśniową, a w badaniu USG obecność złożeń w pęcherzyku żółciowym i rozpoznał kolkę żółciową w przebiegu kamicy pęcherzyka żółciowego. Pacjent został zwolniony do domu z zaleceniem leczenia operacyjnego kamicy dróg żółciowych. Po 3 dniach pacjent został przewieziony do szpitala w stanie wstrząsu kardiogenego, gdzie pomimo podjętego leczenia po 3 dniach nastąpił zgon. W badaniu sekcyjnym nie stwierdzono kamicy dróg żółciowych ani cech przewlekłego zapalenia pęcherzyka żółciowego. Rozpoznano natomiast zawał mięśnia sercowego ściany dolnej i pęknięcie mięśnia sercowego w obszarze martwicy z następową ostrą tamponadą serca.

Uwagi dotyczące postępowania lekarskiego lekarza rodzinnego:

- istotne rozbieżności w ocenie stanu klinicznego i występujących dolegliwości chorobowych pomiędzy świadkami – członkami rodziny, a wyjaśnieniami podejrzanego lekarza
- skąpa dokumentacja medyczna, lakoniczne wpisy dot. wizyty pacjenta w poradni
- uzasadnione wątpliwości co do wiarygodności zapisów w dokumentacji medycznej
- brak postępowania diagnostycznego – różnicowego w odniesieniu do innych schorzeń, zwłaszcza stanowiących bezpośrednie zagrożenie życia, o zbliżonej symptomatologii
- niewykonanie badania EKG
- pobieżne, ograniczone do oceny miejscowej badanie lekarskie, brak wyniku

badania ciśnienia, pomiaru tętna, wyniku badania osłuchiwaniami klatki piersiowej.

Przypadek 5.

38-letni mężczyzna, który w sobotni rano, jadąc na rowerze do pracy upadł, doznał silnego stłuczenia lewego boku tułowia. Kolega zawiózł go prywatnym samochodem osobowym do nieodległego szpitala. W szpitalu miejskim dyżur w izbie przyjęć ogólnej pełniła lekarka będąca tuż po zakończonym stażu, dopiero w trakcie rozpoczętej specjalizacji z radiologii. Na podstawie zgłaszanych przez chorego dolegliwości w lewym nadbrzuszu i promieniujących do klatki piersiowej oraz wykonanego badania EKG wysunęła rozpoznanie świeżego zawału mięśnia sercowego. Przypadek skonsultowała telefonicznie z ordynatorem oddziału internistycznego, któremu przedstawiła stan kliniczny i własny opis EKG, po czym uznała za konieczne wdrożenie leczenia trombolitycznego. W trakcie podawania streptokinazy doszło do gwałtownego pogorszenia stanu klinicznego, pełnej manifestacji wstrząsu hypowolemicznego. W trybie pilnym przeprowadzono konsultację chirurgiczną, badania laboratoryjne i USG brzucha, po czym ze wskazań życiowych podjęto decyzję o wykonaniu laparotomii. Pacjent zmarł na stole operacyjnym z powodu masywnego krwotoku wewnętrznego spowodowanego pęknięciem śledziony. W badaniu sekcyjnym stwierdzono dość rozległy i dobrze wysycony siniec w powłokach tułowia na wysokości lewego łuku żebrowego ze złamaniem dwóch żeber w linii pachowej.

Oceniany przez biegłych zapis EKG poza tachykardią ok. 120/minutę nie okazywał uchwytanych odchyżeń w zakresie przebiegu pobudzenia elektrycznego mięśnia sercowego.

Poddając ocenie postępowanie lekarskie zwrócono uwagę na następujące nieprawidłowości:

- niewłaściwa obsada lekarska dyżuru w izbie przyjęć i niemożność zasięgnięcia konsultacji specjalistycznej „starszego lekarza”
- brak zebrania odpowiednio uszczegółowionego wywiadu lekarskiego (doznany uraz w wyniku upadku z roweru zapoczątkował wystąpienie dolegliwości bólowych)
- pobieżne badanie lekarskie przedmiotowe (niestwierdzenie sińca i bolesności miejscowej w rzucie łuku żebrowego),
- zła ocena stanu klinicznego i brak diagnostyki różnicowej

- niewykonanie podstawowych badań dodatkowych, w tym morfologii krwi, parametrów krzepnięcia
- nieprawidłowa interpretacja zapisu EKG
- wdrożenie leczenia trombolitycznego pomimo braku wskazań medycznych.

W diagnostyce ostrych bólów w klatce piersiowej podstawowym problemem jest możliwe szybkie ustalenie przyczyny dolegliwości, potwierdzenie bądź wykluczenie schorzeń bezpośrednio zagrażających życiu oraz w konsekwencji podjęcie odpowiednich działań terapeutycznych – decyzyjnych. Postępowanie lekarskie musi być zawsze adekwatne do stanu klinicznego, nacechowane właściwą starannością i zgodne z obowiązującymi standardami, między innymi zaleceniami Polskiego i Europejskiego Towarzystw Kardiologicznych. Jak to wynika z opisanych przypadków przyczyną zaistniałych nieprawidłowości było przede wszystkim nieprzeprowadzenie w sposób należyty pełnego badania lekarskiego oraz brak postępowania diagnostycznego – różnicowego. Ukierunkowanie działań lekarzy leczących na jedną, statystycznie najczęstszą jednostkę chorobową – zawał mięśnia sercowego i dodatkowo brak wyczerpującej diagnostyki w tym zakresie stwarza realne ryzyko błędu diagnostycznego. Należy podkreślić, że postępowanie wbrew przyjętemu algorytmowi i naruszenie powinności diagnostycznej najczęściej skutkuje nieuzasadnionym, przedwczesnym zwolnieniem pacjenta do domu, nieobjęciem obserwacją i leczeniem szpitalnym a przez to w określonych sytuacjach może powodować skutki prawno-karne, wyczerpujące kodeksowe znamiona narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, czy nawet być przesłanką uzasadniającą postawienie prokuratorskiego zarzutu nieumyślnego spowodowania śmierci – z czym kilkakrotnie spotkaliśmy się w aktach sprawy. Zagrożenie i nieuchronność odpowiedzialności karnej, niezależnej od odpowiedzialności zawodowej powinny w świadomości lekarzy być istotnym czynnikiem aktywizującym podnoszenie własnych kwalifikacji, aktualizacji wiedzy i obligujących do podejmowania wszelkich procedur lekarskich zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną.

PIŚMIENNICTWO

1. Chowaniec Cz., Chowaniec M., Kobek M., Nowak A.: O przyczynach błędu medycznego w stanach zagrożenia życia – ocena sądowo-lekarska na podstawie analizy materiału aktowego Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w Katowicach od 2000 roku do końca czerwca 2006 roku. Arch. Med. Sąd. Krym., 2007, 57, 2, 200-204.

2. Chowaniec Cz., Chowaniec M., Nowak A., Jabłoński Ch.: Ryzyko zagrożenia błędem medycznym w dni wolne od pracy na podstawie analizy materiału aktowego Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w Katowicach w latach 2000-2005. Arch. Med. Sąd. Krym., 2007, 57, 2, 200-204.

3. Kabiesz-Neniczka St.: Opiniowanie sądowo-lekarskie w sprawie błędu lekarskiego w materiale Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Śląskiej AM w Katowicach. Arch. Med. Sąd. Krym., 2000, 50, 1, 49-56.

4. Marek Z.: Błąd medyczny. Krakowskie Wyd. Med., 1999.

5. Kordel K., Kępa J.: Opinie sądowo-lekarskie w sprawach o popełnienie błędu medycznego w latach 1990-1995. Postępy Med. Sąd. i Krym. 1997; 3:53-60.

6. Maksymowicz K., Krasnowska M.: Nierozpoznane zatory tętnic płucnych – błąd lekarski zmniejszający szansę na uratowanie życia pacjenta czy błąd mający bezpośredni związek przyczynowy ze zgonem. Postępy Med. Sąd. i Kryminologii, 2001; 6:121-124.

7. Maksymowicz K., Parkitna-Cegła Z.: Błędy medyczne w rozpoznawaniu i leczeniu zawałów mięśnia sercowego. Postępy Med. Sąd. i Kryminologii, 1997; 3:133-138.

8. Poloński L.: Ostre zespoły wieńcowe. Wyd. Med. Urban&Partner, Wrocław, 2004

9. Rygol K., Kobek M., Neniczka St.: Ryzyko błędu diagnostycznego w warunkach pogotowia ratunkowego lub Izby przyjęć. Postępy Med. Sąd. i Kryminologii, 1997; 3:119-123.

10. Trnka J., Kawecki J.: Błędna ocena przypadków zawałów serca przez lekarzy pogotowia ratunkowego. Postępy Med. Sąd. i Kryminologii, 2001; 6: 133-136.

Katedra Medycyny Sądowej
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
40-752 Katowice
ul. Medyków 18
e-mail forensic@sum.edu.pl