

Anna Kurek¹, Jan Szyguła

¹III Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego,
 Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu

Drodzy Czytelnicy,

Z roku na rok przybywa spraw toczących się przed sądami lekarskimi oraz cywilnymi o błędy w sztuce lekarskiej. Co prawda, daleko nam jeszcze do krajów Europy Zachodniej, a w szczególności do Stanów Zjednoczonych, jednak w najbliższych latach należy się spodziewać utrzymania tendencji wzrostowej.

Z tego powodu zdecydowaliśmy się utworzyć w naszym czasopiśmie nowy dział „Ku przestrodze...”, w którym będą przedstawiane oparte na prawdziwych wydarzeniach opisy błędów w sztuce lekarskiej dotyczące chorób układu sercowo-naczyniowego. Mamy nadzieję, że zgodnie z tytułem działu publikowane przypadki pozwolą uniknąć naszym Czytelnikom tragicznych pomyłek w pracy zawodowej. Wszak lepiej uczyć się na błędach cudzych niż własnych.

W kardiologii istnieją wytyczne towarzystw naukowych dla większości jednostek chorobowych. Zdecydowanie ułatwia to podejmowanie decyzji diagnostycznych i leczniczych oraz w wielu przypadkach pozwala uniknąć zarzutów o błąd. Jednocześnie w sytuacji nieprzestrzegania tych zaleceń mogą one stanowić argument ułatwiający udowodnienie pomyłki lekarza.

Tematem pierwszego artykułu z nowego cyklu będzie sprawa dotycząca błędu diagnostycznego u chorej z ostrym zespołem wieńcowym.

Kobieta w wieku 65 lat, chorująca na nadciśnienie tętnicze, z przewlekłą chorobą nerek w stadium III oraz zwężeniem prawej tętnicy nerkowej, zgłosiła się o godzinie 17.00 na pogotowie z powodu utrzymujących się od kilkunastu godzin dolegliwości stenokardialnych z towarzyszącą dusznością. Chora przyjmowała na stałe ramipril oraz bisoprolol. W badaniu stwierdzono wysokie wartości ciśnienia tętniczego — 220/120 mm Hg. W wykonanym EKG rozpoznano zmiany, które zinterpretowano jako „mogące odpowiadać niedokrwieniu mięśnia sercowego” — uniesienie odcinka ST o 2 mm w V6. Podano furosemid domięśniowo oraz nitroglicerynę podjęzykowo. Lekarz dyżurny zdecydował o skierowaniu pacjentki do pobliskiego szpitala powiatowego z rozpoznaniem: „zaostrenie choroby niedokrwiennej serca”.

O godzinie 18.00 kobieta wraz z rodziną zgłosiła się do izby przyjęć szpitala. Dyżur pełnił specjalista kardiolog. W momencie przyjęcia chora zgłaszała bóle w klatce piersiowej, drętwienie kończyn górnych oraz duszność spoczynkową. Wykonano EKG, pomiar ciśnienia tętniczego, pobrano krew i zlecono oznaczenie troponiny. Lekarz dyżurny nie

stwierdził nieprawidłowości w zapisie EKG. Ze względu na utrzymujące się wysokie wartości ciśnienia tętniczego (180/120 mm Hg) podano furosemid dożylnie oraz 25 mg kaptoprilu podjęzykowo. Do godziny 21.30 pacjentka przebywała w obrębie izby przyjęć w towarzystwie rodziny, bez nadzoru medycznego. Według relacji rodziny objawy stenokardialne utrzymywały się, chora była błada i niespokojna. O godzinie 21.30 otrzymano ujemny wynik oznaczenia troponiny. Ze względu na utrzymujące się wysokie wartości ciśnienia tętniczego (180/100 mm Hg) ponownie podano furosemid dożylnie oraz kaptopril podjęzykowo. O godzinie 22.30 lekarz dyżurny podjął decyzję o hospitalizacji pacjentki. Kobietę umieszczono w sali ogólnej oddziału chorób wewnętrznych z pododdziałem kardiologii. Zlecono kontrolne oznaczenie troponiny o godzinie 6.00 rano. Do godziny 23.00 pacjentce towarzyszyła rodzina, stan chorej nie poprawił się. O godzinie 24.00 ponownie zmierzono ciśnienie tętnicze, uzyskując wartości 180/100 mm Hg. Według relacji personelu kobieta nie zgłaszała wówczas żadnych dolegliwości. Około godziny 1.00 pielęgniarka powiadomiła lekarza dyżurnego o nagłym zatrzymaniu krążenia u pacjentki. Chorą przeniesiono do sali intensywnego nadzoru medycznego. Rozpoczęto akcję reanimacyjną, pacjentkę zaintubowano, we-

zwano anestezjologą. Po 30 minutach stwierdzono zgon.

W wykonanej sekcji zwłok stwierdzono: „nie-wielki obrzęk płuc, ostry zawał serca, tamponadę mięśnia sercowego. W obrębie ściany bocznej lewej komory serca tamponada naczyń na powierzchni o wymiarach 4 × 3 cm. W obrębie tych zmian rozewanie mięśnia sercowego o długości około 1 cm. Worek osierdziowy wypełniony skrzeplinami w ilości około 80 ml”.

Gdzie popełniono błąd?

Podstawowym obowiązkiem lekarza podczas diagnostyki bólów w klatce piersiowej z towarzyszącą dusznością jest potwierdzenie lub wykluczenie stanów zagrażających życiu. Diagnostyka powinna być sprawna i odbywać się szybko. W opisanym przypadku popełniono co najmniej 2 błędy: pierwszy z nich to zakończenie oznaczania troponin po pierwszym ujemnym wyniku. Zgodnie z aktualnymi wytycznymi towarzystw naukowych po uzyskaniu ujemnego wyniku oznaczenia troponiny należy powtórzyć badanie po 6 godzinach. Dopiero dwukrotny ujemny wynik pozwala wykluczyć ostry zawał serca. Kolejnym błędem był brak poprawnej diagnostyki różnicowej bólów w klatce piersiowej. W tym wypadku należało wykluczyć lub potwierdzić następujące stany chorobowe: zawał serca z uniesieniem odcinka ST lub bez uniesienia odcinka ST,

niestabilną chorobę wieńcową, tętniaka rozwarstwiającego aorty, zator tętnicy płucnej, odemę opłucnową oraz ostre schorzenia chirurgiczne jamy brzusznej. W tym celu należało zlecić następujące badania: dwukrotne oznaczenie stężenia troponiny, kilkukrotne wykonanie i ocena zapisu EKG, oznaczenie D-dimerów, RTG klatki piersiowej, badanie echokardiograficzne i USG jamy brzusznej.

Ponadto pacjentka bezwzględnie wymagała pobytu w sali intensywnego nadzoru oraz ciągłego monitorowania ciśnienia tętniczego, częstości akcji serca, pulsoksymetrii i EKG. Do momentu zakończenia diagnostyki chora powinna być unieruchomiona i nie opuszczać łóżka.

Podsumowując, w omawianym przypadku nie zachowano wymaganej ostrożności i staranności diagnostycznej, zlekceważono zgłaszane przez chorą objawy, nie realizując właściwego dla bólów w klatce piersiowej algorytmu postępowania. Można z dużym prawdopodobieństwem stwierdzić, że stosując przedstawiony powyżej schemat diagnostyczny, możliwe byłoby rozpoznanie ostrego zawału serca u pacjentki. W tym wypadku należy dodatkowo podkreślić, że właściwe postępowanie diagnostyczne i lecznicze nie dawały pewności przeżycia chorej, gdyż pęknięcie wolnej ściany serca jest powikłaniem w ponad 95% śmiertelnym, ale niewątpliwie mogły zwiększyć jej szanse.