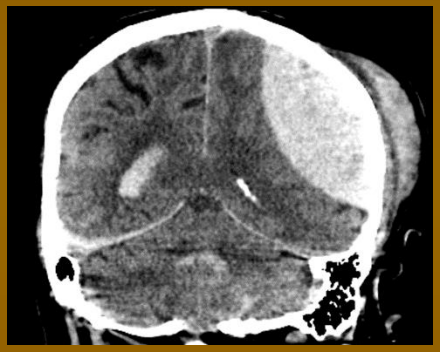
Epidurální hematom x Alkohol úskalí z pohledu soudního znalce



Michal Filip, neurochirurgie KNTB Zlín, LF OSU,znalec obor neurochirurgie,neurotraumatologie a spondylochirurgie

Pár poznámek k epidurálnímu hematomu:

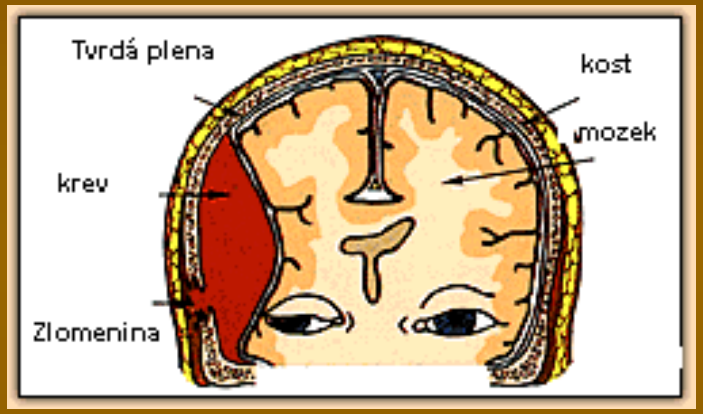
- Patří do kategorie tzv. sekundárních poranění mozku – jedná se o poranění, která vznikají **jako opožděný následek primárního traumatu v hodinách. Dochází k němu při 1–3 % poranění hlavy, 15–20 % osob na jeho následky umírá.**
- U 1/3 pacientů diagnostikujeme u epidurálního hematomu tzv. **lucidní interval (časový úsek kdy se u pacienta klinicky neprojeví symptomy zhoršujícího se závažného kraniocerebrálního poranění jako je epidurální hematom). Tento interval trvá obvykle 2 -6 hodin od úrazu.**
- **Diagnostika**:

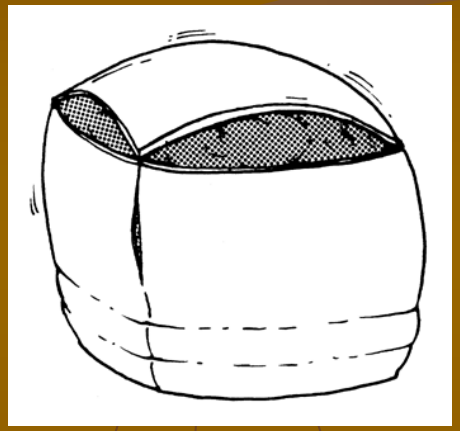
Neurologické vyšetření: stav vědomí, stav zornic, porucha hybnosti

Zobrazovací metody RTG lbi, CT mozku - vývoj v čase.

Příznaky EDH schematicky

Při zvýšené nitrolební hypertenzi - porucha vědomí-
Funkce nervových buněk tlumena nitrolební hypertenzí





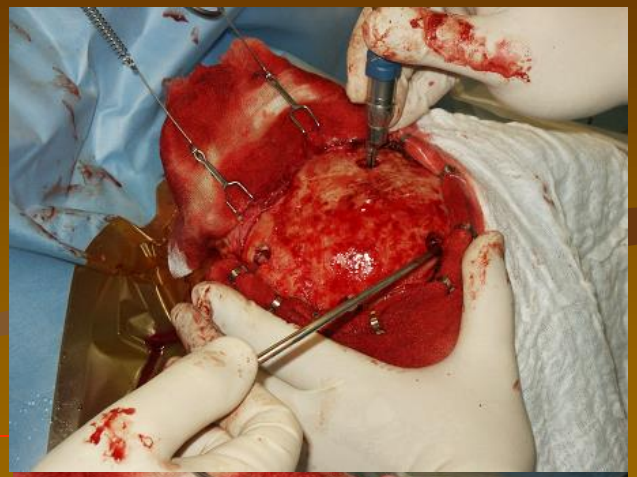
Ložiskové příznaky –tlak hematomu na část mozku,
jednostranná porucha hybnosti končetin a rozšíření zornice na straně komprese

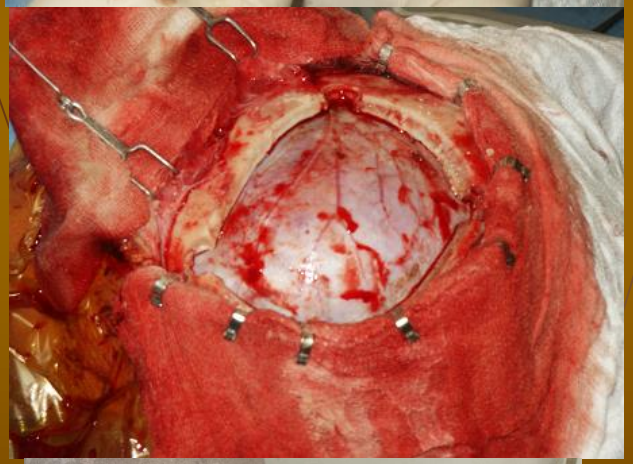
Alkohol diagnostiku významně komplikuje
Tlumí funkcí nervových buněk metabolicky !!!

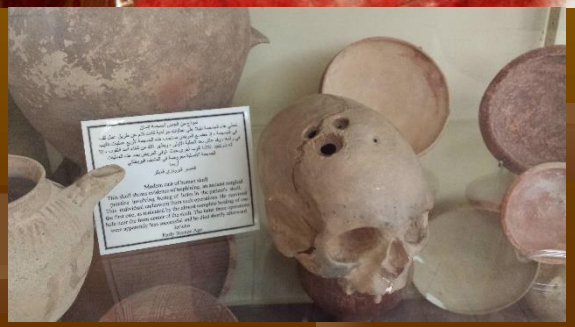
Neurochirurgická léčba:

- K evakuaci indikovány všechny symptomatické hematomy, dále hematomy nad 30 CM3 objemu bez ohledu na GCS
- Vyjímečně konzervativní postup u hematomů do 1-1,5 cm šíře
- Výkon:

  evakuace z kraniotomie, duropexe

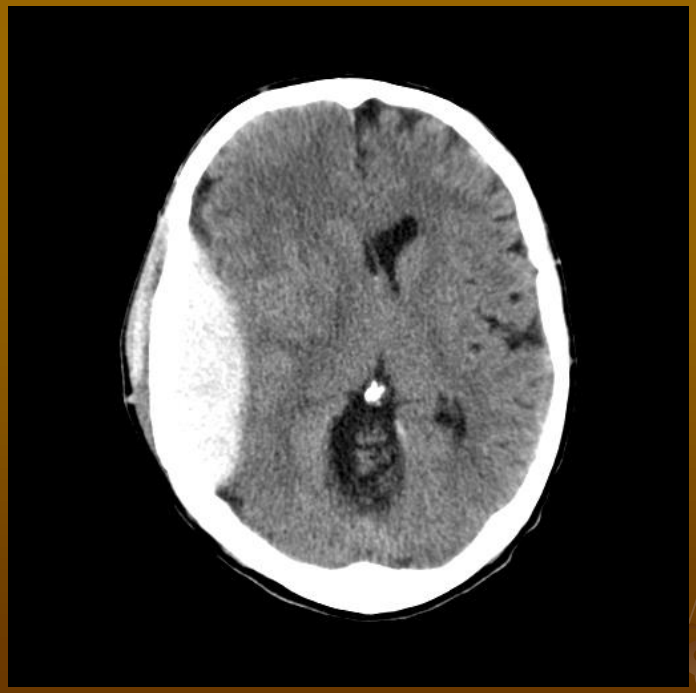


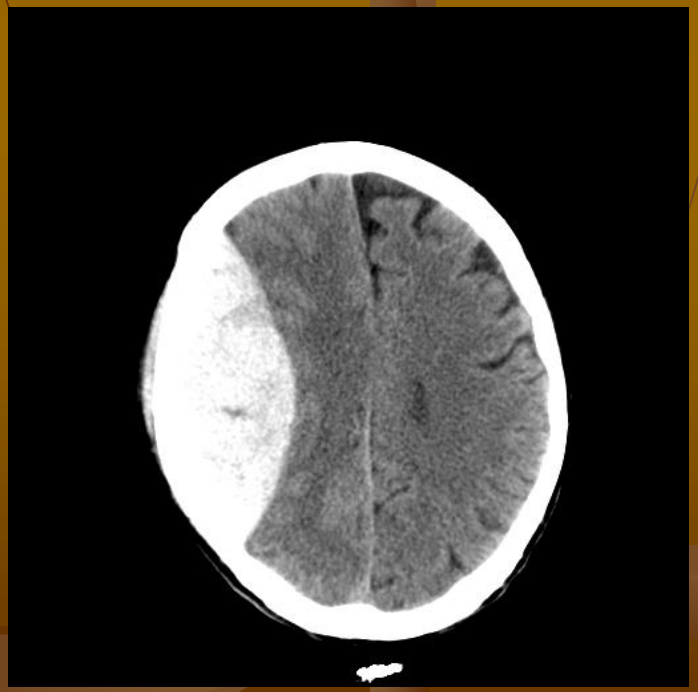




Kasuistika 1 – 2010

- 65 letý pacient alkohol 0, autonehoda, na časném RTG a CT vyš. fraktura kalvy, pneumocephalus bez EDH, neurologicky v normě,observován
- Za 24 hod. levostranná hemiparesa a bolesti hlavy – opakováno CT - EDH. Indikována urgentní evakuace. GOS 4. – lucidní interval minimálně 24 hodin (konflikt literatura/praxe)
- Bez soudního vyšetřování





Kasuistika 2- rok 2017 - hrozba nepodmíněného trestu !!!

- Chronická alkoholička 1959 opakovaně léčena na protialkoholické stanici.
- Přivezena RZP v těžkém stupni opilosti z domu Úraz svědky i RZP vyloučen.(Zvažovaný transport na záchytku pro její přeplněnost nebyl možný)
- Vyšetřena na lékařem(21 hod), který hodnotí stav jako těžkou ebrietu(2,5%) bez známek traumatu. sopor až mělké koma, isokorie zornic, obranná reakce všemi končetinami,bez známek nitrolební hypertenze
- Pro nedostatek lůžek na JIP a interně observovaná na standardním chirurgickém oddělení od 22 hodin do 5 hodiny druhého dne.
- Kolem půlnoci drobná epistaxe,jinak neurologický nález beze změn. Telefonická konzultace s chirurgem – pokračovat v observaci.
- Kolem 4 hodiny hluboké koma,isokorie bez mydriasy.Akutní CT EDH vpravo. Po CT mydriasa bilat. V 9 hod nch operace – za 2 dny exitus z poškození kmene

- **Otázky pro znalce**
- Kde měla být postižená sledovaná (obsazenost lůžek JIP – transport do jiné nemocnice ?
  Odpověď : ne
- Při příjmu provedení CT ?
  Odpověď : sporné
  (vstupní CT by neprokázalo EDH indikovaný k operaci).
- Průběh hospitalizace :
  Odpověď : nelze jednoznačně odpovědět
  (limity standardního oddělení, ošetřovatelské záznamy rozporuplné - zhoršené vědomí/zlepšené vědomí ? apod)

Kasuistika 3 - rok 2021-22

- Mladík r.2000 zbit v ranních hodinách u baru
- Přivezen RZP na urgentní příjem kolem 4 hodiny a přijat na JIP k vyloučení závažného kraniotraumatu ve středně těžké ebrietě.
- Dle RTG diagnostikovaná fisura lbi temporálně GCS 14-15,bez ložiskového neurolog.nálezu či známek nitrolební hypertenze
- Od 5 45 observace na JIP pro nebezpečí progrese kraniotraumatu(stav vědomí, zornice, hybnost-pečlivé záznamy) .V 8 hod ráno opouští spont.lůžko, poté GCS 12. Indikováno v 9 hodin akutní CT. Těsně před CT porucha vědomí, intubace, Diagnostika masivního EDH a kolem 11 hodiny téhož dne operován na spádové neurochirurgii.EDH kombinován s kontuzí
- V současné době pacient spolupracující s poruchou kognice a kvadruparesou
- Rodina: Media, sbírka, žaloba na postup léčby

- **Otázky pro znalce**
- Při příjmu provedení CT ?
  Odpověď : ne,neurologicky negat.
  (vstupní CT by neprokázalo EDH)
- Průběh hospitalizace :
  Odpověď : kvalitní

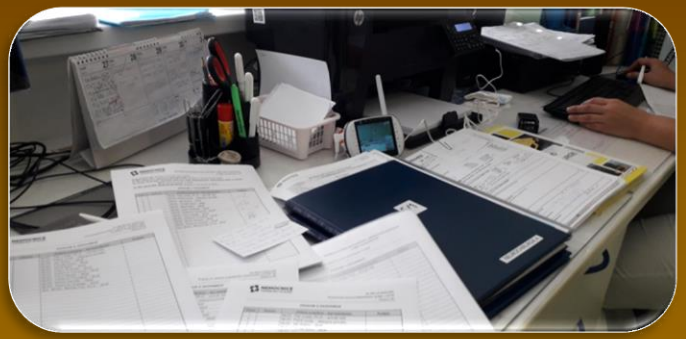
(nebylo v silách zdravotního personálu dříve diagnostikovat rozvoj potraumatického epidurálního krvácení pod obrazem středně těžké ebriety).

Pokus o analýzu příčin soudních sporů

- Obtižná diagnostika u pacientů pod vlivem. V prvních hodinách nelze rozeznat alkohol od poranění mozku. KCP se vyvíjí v čase,klinika se mění skokově.
- Narušení hierarchie léčebné péče a její dvojkolejnost (lékařská/ošetřovatelská). Často nadbytečné a mylné informace ve zdravotní dokumentaci,
- Komunikace lékař – lékař (hodnotit situaci dle současných dostupných poznatků lékařské vědy a aktuálních možnostech pracoviště ex ante a ne ex post !!!!
- Nehodnotit postup lege artis – věc soudu!!!
- **Řidič pod vlivem alkoholu (přitěžující okolnost pro řidiče) x Pacient pod vlivem alkoholu (přitěžující okolnost pro ošetřující personál)**
- Vysvětlení problému sporu (znalec – žadatel o posudek)

Jak z toho ven

- Návrat zdravotníků k pacientovi od IT techniky a směrnic



- U kraniotraumat v současné době **soudní znalec hlavně neurochirurg** + další odbornosti

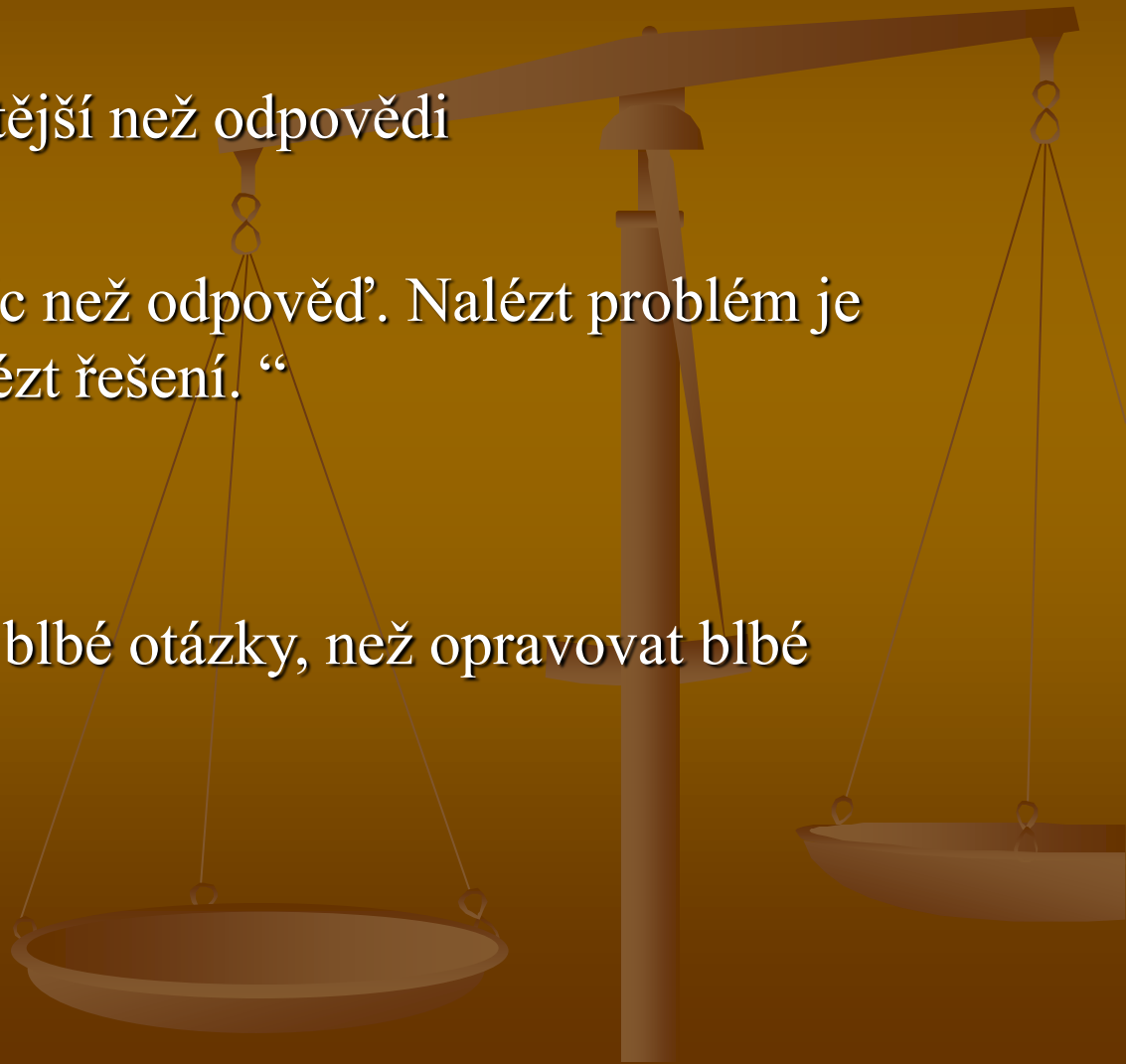
- Minimalizovat administrativu(kritéria kvality,směrnice,PR) –obrovské ekonomické náklady bez zlepšení kvality zdrav.péče

- Obnovit hierarchii léčebné péče a kompetence – (lékař léčí, sestra ošetřuje, administrativa hromadí a **vyhodnocuje relevantní data)**

Jak z toho ven

- Otázky / odpovědi
- Otázky jsou důležitější než odpovědi
- Otázka obsahuje víc než odpověď. Nalézt problém je důležitější, než nalézt řešení. “
  (W. Rathenau)
- Je užitečnější klást blbé otázky, než opravovat blbé chyby.“

  (Murphy)



HIPPOKRATES
480- 370 př.n.l.

ŽIVOT JE KRÁTKÝ

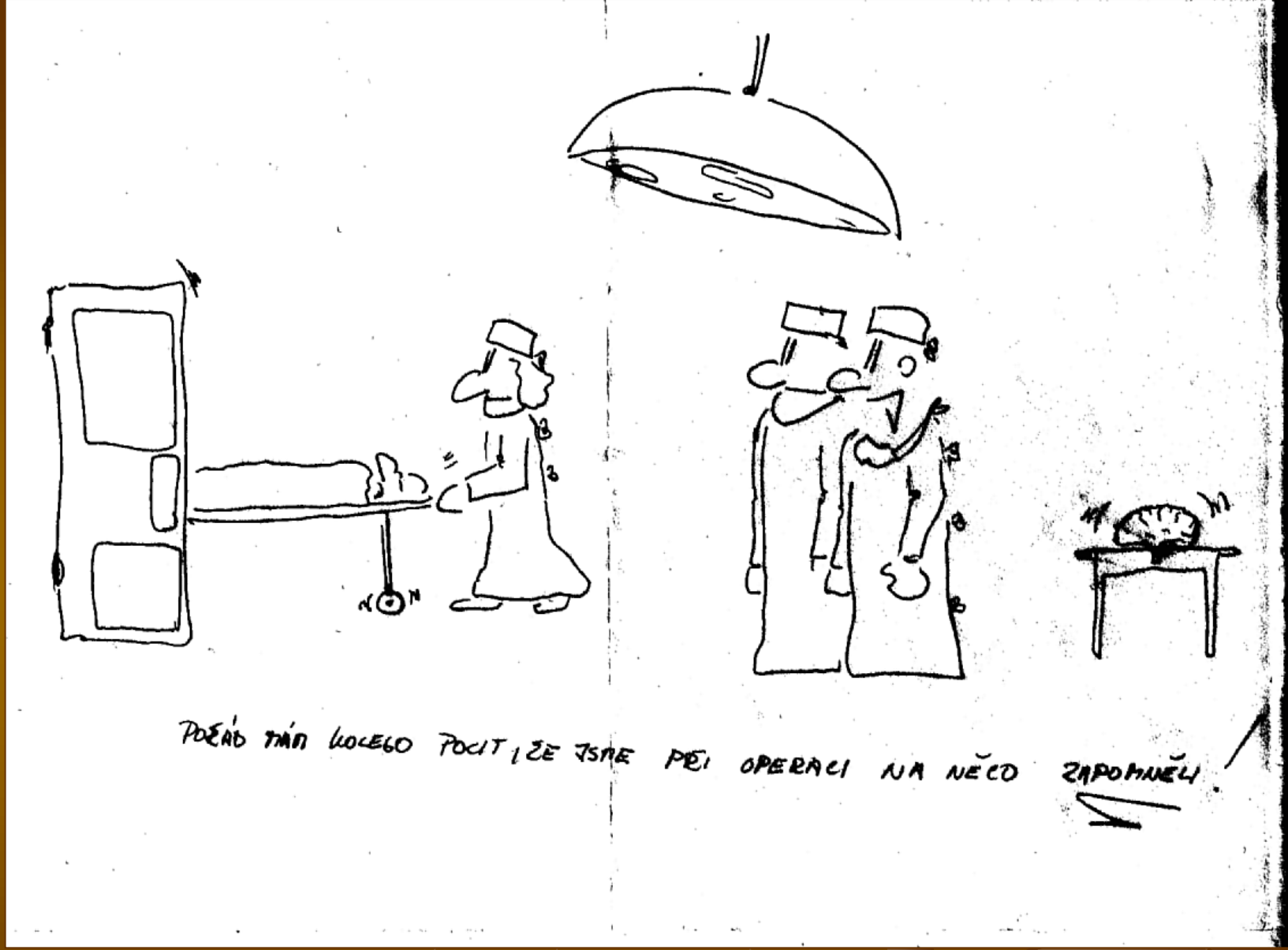
UMĚNÍ DLOUHÉ

PŘÍLEŽITOST PRCHAVÁ

POKUSY NEJISTÉ

POSOUZENÍ NESNADNÉ

PŘESTO VŠAK MUSÍME
LÉČIT a POSUZOVAT



Děkuji za pozornost