

Magyar Sürgősségi Orvostani Kongresszus 2005

**Congress Park Hotel Flamenco
Budapest
2005. április 28-30.**



PROGRAM ÉS ÖSSZEFOGLALÓK

Fővédnök Dr. Rácz Jenő
Demszky Gábor
Védnökök Dr. Vojnik Mária
Dr. Szolnoky Andrea
Dózsa Csaba
Dr. László Imre

Tudományos Bizottság

Elnök: Dr. Mezőfi Miklós
Tagok: Dr. Berényi Tamás
Prof. Dr. Fekete Károly
Dr. Göbl Gábor
Prof. Dr. Komoly Sámuel
Prof. Dr. Matolcsy Sándor
Prof. Dr. Péntes István
Dr. Pikó Károly
Dr. Saracz Judit
Dr. Tomcsányi János

Szervező Bizottság

Elnök Dr. Berényi Tamás
Tagok Dr. Csingár Antal
Dr. Diószeghy Csaba
Dr. Futó Judit
Dr. Iványi Zsolt
Dr. Merkely Béla
Dr. Mezőfi Miklós
Dr. Pikó Károly
Dr. Takács Zoltán

Helyi Szervező Bizottság

Elnök Dr. Futó Judit
Tagok Dr. Berényi Tamás
Dr. Fejér Csaba
Karátsonyi Annamária
Kovács Magdolna
Dr. Tóth Katalin
Dr. Záray Gyuláné
Dr. Zilcz Emília

A kongresszus helye

Congress Park Hotel Flamenco****
1113 Budapest, Tas vezér u. 3-7.
honlap: <http://www.danubiushotels.com/flamenco>

Időpontja

2005. április 28-30.

Hivatalos nyelve

magyar

A regisztrációs iroda helye

A Congress Park Hotel Flamenco előcsarnoka

A regisztrációs iroda nyitvatartása

április 28., csütörtök	8:00-18:00
április 29., péntek	8:00-18:00
április 30., szombat	8:00-14:00

A kongresszusi iroda címe

K&M Congress Kft.
1064 Budapest, Podmaniczky u. 75.
tel: (1) 301-2000, fax: (1) 301-2001
e-mail: info@kmcongress.com
honlap: www.kmcongress.com

A kongresszus tudományos témái

ACS - sürgősségi ellátás
Polytrauma - sürgősségi ellátás
Stroke - sürgősségi ellátás
Gyermekgyógyászati sürgősség
Triage
Sürgősségi szemléleten nyugvó kórházi funkcionális egységek
Oktatás
Szabad témák

Kredit pontok

A MOTESZ Képzési és Tudományos Bizottsága minősítette a kongresszust, pontszám orvosoknak: 10.
A MSOTKE az ETI-nél is kezdeményezte a kongresszus továbbképzési nyilvántartásba vételét.
A pontszámokról az igazolást csak azok kaphatják meg, akik teljes részvételi díjat fizettek és megadták orvosi pecsét számukat, illetve működési nyilvántartási számukat.

Részvételi díjak

	2005. március 15-ig	2005. március 15. után
orvos, MSOTKE-tag	15.000 Ft	18.000 Ft
orvos, nem MSOTKE-tag	18.000 Ft	20.000 Ft
35 év alatti orvos, MSOTKE-tag	12.500 Ft	15.000 Ft
asszisztens	12.500 Ft	15.000 Ft
kísérő	12.500 Ft	15.000 Ft
napijegy	6.250 Ft	6.250 Ft

A részvételi díjak 20% ÁFA-t tartalmaznak.

Nyugdíjas MSOTKE-tagok és egyetemi hallgatók nem fizetnek részvételi díjat.

A részvételi díj az alábbiakat tartalmazza

- részvétel a tudományos programon
- programfüzet az összefoglalókkal
- névkitűző
- bankett április 29-én
- kávé a tudományos program szüneteiben

A kísérők - a befizetett díj ellenében - névkitűzőt kapnak, és részt vehetnek a megnyitón és a banketten.

A napijeggyel rendelkezők névkitűzőt kapnak, és részt vehetnek az aznapi tudományos programon.

A kongresszus tudományos és társasági programjai csak a kongresszusi névkitűzővel látogathatók.

Ebéd

menü egy üdítővel a Congress Park Hotel Flamenco éttermében

3.800 Ft/fő

Lemondás

A korábbi befizetések visszatérítése: a 2005. március 31-ig írásban beérkezett lemondások esetében a befizetett díjak 80%-a. A 2005. március 31. után érkezett lemondások esetében a befizetett díjból visszatérítésre nincs lehetőség.

Köszönetnyilvánítás

A szervezők köszönetüket fejezik ki az alábbi cégeknek a kongresszus támogatásáért:

Anamed Kft.
AstraZeneca Kft.
Conex Medical Equipment Kft.
Dräger Medical Magyarország Kft.
GCE Hungária Kft.
Gyógyszerrel az Egészségért Alapítvány
HS-Medplan Kft.
Innomed Medical Rt.
Lilly Hungária Kft.
MATÁV Rt.
Medial Kft.
Medtronic Hungária Kft.
Orion Pharma Kft.
Roche (Magyarország) Kft.
Speeding Kft.

RÉSZLETES PROGRAM

2005. április 28., csütörtök

09:00 - 09:30 MEGNYITÓ

Üléselnökök: Dr. Pikó Károly (Nyíregyháza)
Dr. Mezőfi Miklós (Budapest)
Dr. Berényi Tamás (Budapest)

Dr. Rácz Jenő, egészségügyi miniszter (Budapest): A SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁS HELYZETE MA-GYARORSZÁGON

09:30 - 10:00 SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁS MAGYARORSZÁGON - REFERÁTUM

Prof. Matolcsy Sándor (USA)

10:00 - 12:30 A "TRIAGE", MINT SZEMLÉLET

Üléselnökök: Prof. Peredy Tamás (USA), moderátor
Dr. Iványi Zsolt (Budapest)
Horváth Károly (Budapest)

Prof. Peredy Tamás (USA): REFERÁTUM

Dr. Iványi Zsolt (Budapest): ORVOS TRIAGE, PRO

Horváth Károly (Budapest): NŐVÉR -TRIAGE, CON

Megbeszélés

Szabad előadások:

Dr. Valent Mihály, Csató Gábor, Salamon Diána (Debrecen): OSZTÁLYOZÁS A SÜRGŐSSÉGI BETEGELLÁTÓ OSZTÁLYON (SZ.01)

Hopják Gabriella, Kerner Zsófia, Dr. Kiss Domonkos, Dr. Diószeghy Csaba (Budapest): A TRIAGE-NŐVÉR ÉS AZ EKG, AVAGY "KELL-E KÍNAINUL TANULNI"? (SZ.02)

Kovács Rita, Soós Viktor (Kaposvár): TRIAGE – DOKUMENTÁCIÓ SZEREPE A SÜRGŐSSÉGI OSZTÁLYON (SZ.03)

Dr. Csomós Ákos, Terenyeiné Sebők Katalin (Budapest): A TRIAGE HATÉKONYSÁGÁNAK ÖSSZEHASONLÍTÓ VIZSGÁLATA (SZ.04)

Dr. Becskei Péter, Dr. Berényi Tamás (Budapest): TRIAGE KÖZBEN FELLÉPŐ KONFLIKTUS SZITUÁCIÓK ÉS AZOK KEZELÉSE (SZ.05)

Dr. Diószeghy Csaba (Budapest): A SÜRGŐSSÉGI OSZTÁLY BETEGFORGALMÁNAK ÉRTÉKELÉSE A TRIAGE ADATBÁZIS SEGÍTSÉGÉVEL A JAHN FERENC KÓRHÁZBAN (SZ.06)

Szántayné L. Éva, Hopják Gabriella, Kerner Zsófia, Dr. Herczogh Gábor, Dr. Kiss Domonkos, Dr. Diószeghy Csaba (Budapest): A SÜRGŐSSÉGI OSZTÁLY TRIAGE-RENDSZERÉNEK MŰKÖDÉSE A JAHN FERENC DÉL-PESTI KÓRHÁZBAN (SZ.07)

13:00 - 15:30 ACUT CORONARIA SYNDROMA

Üléselnökök: Prof. Rudas László (Szeged), moderátor
Dr. Merkely Béla (Budapest)
Dr. Tomcsányi János (Budapest)

Prof. Rudas László (Szeged): REFERÁTUM

Dr. Merkely Béla (Budapest): PREHOSPITALIS FIBRINOLYSIS, PRO

Dr. Tomcsányi János (Budapest): PREHOSPITALIS FIBRINOLYSIS, CON

Megbeszélés

Szabad előadások:

Dr. Burány Béla (Budapest): AZ ACUT CORONARIA SYNDROMÁS BETEGEK PREHOSPITALIS ELLÁTÁSA A KISKUNHALASI MENTŐÁLLOMÁS VONZÁSKÖRZETÉBEN (SZ.08)

Dr. Golopencza Péter, Dr. Völgyes Barbara (Budapest): "INTENZÍVES" KEZELÉSI SZEMPONTOK AZ ST-ELEVÁCIÓVAL JÁRÓ MYOCARDIALIS INFARKTUS ACUT INTERVENCIÓS ELLÁTÁSÁBAN (SZ.09)

Dr. Puskás Tivadar, Dr. Nagy Lajos, Köcse Tamás (Szombathely): HOGYAN?? - TOVÁBB!! MIOKARDIÁLIS INFARKTUSBAN SZENVEDŐ BETEGEK ELLÁTÁSA SZOMBATHELYEN (SZ.10)

Dr. Zilcz Emilia, Dr. Berényi Tamás (Budapest): AKUT KORONÁRIA INTERVENCIÓ - VALÓBAN 90 PERC? (SZ.11)

Dr. Frigyk Anikó, Dr. Diószeghy Csaba (Budapest): AZ AKUT SZÍVULTRAHANG VIZSGÁLAT JELENTŐSÉGE SÜRGŐSSÉGI OSZTÁLYOS DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKÁBAN - ESETISMERTETÉS (SZ.12)

Dr. Mezőfi Miklós (Budapest): "CHEST PAIN UNIT" A SÜRGŐSSÉGI OSZTÁLYON

16:00 - 18:30 SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁS GYERMEKKORBAN

Üléselnökök: Dr. Saracz Judit (Budapest), moderátor

Dr. Simon Gábor (Székesfehérvár)

Csomós Ákos (Budapest)

Dr. Saracz Judit (Budapest): REFERÁTUM

Dr. Simon Gábor (Székesfehérvár): GYERMEK SÜRGŐSSÉG, PRO

Dr. Csomós Ákos (Budapest): GLOBÁLIS SÜRGŐSSÉG, CON

Megbeszélés

Szabad előadások:

Dr. Nagy Ágnes (Budapest): A HELYSZÍNI GYERMEKELLÁTÁS HELYZETE ÉS FEJLESZTÉSÉNEK LEHETŐSÉGEI AZ ORSZÁGOS MENTŐSZOLGÁLATNÁL (SZ.13)

Dr. Helt Zoltán, Dr. Berényi Tamás (Budapest): SÜRGŐSSÉGI ELSŐDLEGES GYERMEKELLÁTÁS A HÉT-KÖZNAPOKBAN OSZTÁLYOS ÉS GYERMEKSZAKORVOSI HÁTTÉR HIÁNYÁBAN (SZ.14)

Dr. Mátrai Zsolt (Balkány): Tű-koniktómia gyermekkorban (SZ.15)

Dr. Baranyi Judit, Dr. Kiss Gabriella (Budapest): SIKERES KÓRHÁZON KÍVÜLI ÚJRAÉLESZTÉS PRIMER SZÍV-LEÁLLÁST KÖVETŐEN GYERMEKKORBAN (SZ.16)

Dr. Kiss Gabriella (Budapest): ÉLETVESZÉLYES RITMUSZAVAROK ELLÁTÁSA GYERMEKKORBAN (SZ.17)

Dr. Szentirmai Csaba (Budapest): LIDOCAIN VAGY AMIODARON?

2005. április 29., péntek

09:00 - 12:05 SÚLYOS SÉRÜLT SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁSA

Üléselnökök: Dr. Varga Endre (Szeged), moderátor

Prof. Fekete Károly (Debrecen)

Dr. Varga Endre (Szeged): REFERÁTUM

Dr. Zacher Gábor (Budapest): STAY AND PLAY, PRO

Dr. Csepregi Gyula (Budapest): SCOOP AND RUN, CON

Megbeszélés

Szabad előadások:

Prof. Fekete Károly (Debrecen): TRAUMA ELLÁTÁS – TRAUMATOLÓGIAI RENDSZERBEN, PRO

Dr. Varga Endre (Szeged): TRAUMA ELLÁTÁS - SÜRGŐSSÉGI RENDSZERBEN, CON

Megbeszélés

Szabad előadások:

Köcse Tamás (Szombathely): A HELYSZÍNI ELLÁTÁS "DILEMMÁJA" -AVAGY AMIKOR NINCS ÉRTELME "RO-HANNI" A SÚLYOS SÉRÜLTTEL (SZ.18)

Dr. Tóth Zoltán (Budapest): A HELYSZÍNI SÉRÜLTELÁTÁS OKTATÁSA - JELEN ÉS A JÖVŐ (SZ.19)

Dr. Skrabák Péter (Budapest): TRAUMATOLÓGIA AMBULANCIA A SÜRGŐSSÉGI OSZTÁLY INTEGRÁLT RÉSZEKÉNT (SZ.20)

13:00 - 15:30 SÜRGŐSSÉGI SZEMLÉLETŰ KÓRHÁZI EGYSÉGEK

Üléselnökök: Dr. Mezőfi Miklós (Budapest), moderátor

Dr. Diószeghy Csaba (Budapest)

Dr. Berényi Tamás (Budapest)

Dr. Mezőfi Miklós (Budapest): REFERÁTUM

Dr. Diószeghy Csaba (Budapest): CODE TEAM (RESUSCITATIO), PRO

Dr. Berényi Tamás (Budapest): MET (SÜRGŐSSÉGI ORVOSI SZOLGÁLAT), CON

Megbeszélés

Szabad előadások:

Dr. Kiss Domonkos, Dr. Székely Gábor, Dr. Andorka Mátyás, Dr. Diószeghy Csaba (Budapest): NŐVÉREK AT-TITÚDJEI A REANIMÁCIÓHOZ EGY KÖZKÓRHÁZ KÜLÖNBÖZŐ OSZTÁLYAIN (SZ.21)

Erőss Attila, Dr. Berényi Tamás, Dr. Futó Judit (Budapest): SÜRGŐSSÉGI SZOLGÁLAT MAGYARORSZÁGON - TAPASZTALATAINK (SZ.22)

Nagy Ferenc, Dr. Berényi Tamás (Budapest): KÓRHÁZI RESUSCITATIÓS SZOLGÁLAT - HOGYAN JOBBAN? (SZ.23)

Dr. Göbl Gergely, Blazsek Anikó, Dr. Göbl Gábor, Dr. Diószeghy Csaba (Budapest): MELLKASI KOM-PRESSZIÓK VÉGZÉSE MOZGÓ MENTŐGÉPKOCSIBAN (SZ.24)

Szente Szilvia, Dr. Diószeghy Csaba (Budapest): A KÓRHÁZON BELÜLI ÚJRAÉLESZTÉSEK ÉRTÉKELÉSE MAG-YARORSZÁGON - UTSTEIN SZERINTI ADATFELDOLGOZÁS (SZ.25)

Dr. Göbl Gábor (Budapest): A KÓRHÁZON KÍVÜLI ÚJRAÉLESZTÉSEK ÉRTÉKELÉSE MAGYARORSZÁGON - UT-STEIN ADATBÁZIS

16:00 - 17:40 OKTATÁS - KÉPZÉS

Üléselnökök: Dr. Pikó Károly (Nyíregyháza), moderátor

Dr. Göbl Gábor (Budapest)

Dr. Berényi Tamás (Budapest)

Dr. Pikó Károly (Nyíregyháza): REFERÁTUM

Dr. Göbl Gábor (Budapest): OXYOLÓGIA, PRO

Dr. Berényi Tamás (Budapest): SÜRGŐSSÉGI ORVOSTAN, CON

Prof. Peredy Tamás (Portland, USA): SZAKKÉPZÉS A VILÁGBAN -REFERÁTUM

Megbeszélés

18:00 – 19:30 KÖZGYŰLÉS

20:00 BANKETT A FLAMENCO SZÁLLODÁBAN

2005. április 30., szombat

09:00 - 10:50 A STROKE SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁSA

Üléselnökök: Dr. Futó Judit (Budapest), moderátor

Prof.. Csiba László (Debrecen)

Dr. Futó Judit (Budapest): REFERÁTUM

Prof. Csiba László (Debrecen): NEUROLÓGUS - STROKE TEAM, PRO

Dr. Futó Judit (Budapest): SÜRGŐSSÉGI - STROKE TEAM, CON

Megbeszélés

Dr. Tóth Katalin Judit, Dr. Berényi Tamás, Dr. Mezőfi Miklós (Budapest): MILYEN ELEMÉKBŐL ÁLLJON AZ EREDMÉNYES AKUT STROKE ELLÁTÁS?

Dr. Mhár Árpád (Székesfehérvár): FIBRINOLYSIS VERTEBROBASILARIS THROMBOSISBAN - CASE REPORT

11:15 - 13:20 EGYÉB - SZABAD ELŐADÁSOK

Üléselnökök: Dr. Pikó Károly (Nyíregyháza), moderátor

Prof. Pénzes István (Budapest)

Dr. Gorove László (Budapest)

Dr. Farkas Anikó, Dr. Tóth Anikó (Debrecen): SZEPSZISMENEDZSELÉS SÜRGŐSSÉGI OSZTÁLYON, INTENZÍV OSZTÁLYOS TAPASZTALATOK ALAPJÁN (SZ.27)

Dr. Varga Csaba, Dr. Szappanos Klára, Dr. Horváth Gyula, Dr. Balogh Gábor (Kaposvár): A TISZTÁZTLAN ETIOLÓGIÁJÚ HAEMOTHORAXRÓL (SZ.28)

Dr. Varga Csaba, Dr. Repa Imre, Dr. Soós Viktor (Kaposvár): KAPOSVÁR - ÚJ SÜRGŐSSÉGI OSZTÁLY INDULT (SZ.29)

Dr. Dorogi Edit, Dr. Gulyás Szilvia, Dr. Kovács Zsolt, Dr. Fekete Borbála (Nyíregyháza): ETILÉN-GLIKOL MÉRGEZÉS NEM VÁRT KOMPLIKÁCIÓVAL – ESETISMERTETÉS (SZ.30)

Oláhné Minya Tünde, Csikai Sándorné (Nyíregyháza): A SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁS MINŐSÉGÜGYI KÖVETÉSE (SZ.31)

Dr. Botos Péter, Dr. Kiss Katalin, Dr. Marton Sándor, Dr. Kozma Zsolt: (Eger): VÍZMÉRGEZÉS KÖVETKEZMÉNYEKÉNT KIALAKULT, SÚLYOS KLINIKAI TÜNETEKKEK JÁRÓ HIPOZMOTIKUS HIPERVOLÉMIA (SZ.32)

Dr. Debreceni Katalin (Budapest): AZ ALAPELLÁTÁSI ÜGYELET HELYE A SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁSBAN (SZ.33)

Tamás Katalin, Dr. Berényi Tamás (Budapest): A SÜRGŐSSÉGI SZEMLELET KIALAKÍTÁSA A SZAKDOLGOZÓI KÉPZÉSÉBEN (SZ.34)

Dr. Svéd László (Budapest): A TERROR ÉS A SÜRGŐSSÉG (SZ.35)

Lendvai Rezső (Szombathely): BETEGJOGOK SÜRGŐS SZÜKSÉGBEN (SZ.36)

Dr. Lénárt Marianna, Dr. Erdélyi Zsuzsanna, Dr. Juhász Márta (Kecskemét): AKUT DIABETOLOGIAI KÓRKÉPEK A SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁSBAN (SZ.37)

Dr. Zsonda László (Nyíregyháza): AZONOS SZAKMAI SZÍNVONAL, ESÉLYEGYENLŐSÉG MA-GYARORSZÁG EGÉSZE RÉSZÉRE A SÜRGŐSSÉGI BETEGELLÁTÁSBAN (SZ.38)

13:20 - 14:00 ZÁRÁS: JÖVŐKÉP - REFERÁTUMOK

Üléselnökök: Dr. Pikó Károly (Nyíregyháza), moderátor
Prof. Péntes István (Budapest)
Dr. Dr. Gorove László (Budapest)

ÖSSZEFOGLALÓK

REFERÁTUMOK

"CHEST PAIN UNIT" A SÜRGŐSSÉGI OSZTÁLYON

Dr. Mezőfi Miklós
Szent Imre Kórház, Budapest

A kardiovaszkuláris halálozás hazai mutatói messze meghaladják az EU átlagot. Ez a tény külön hangsúlyt ad annak az epidemiológiai mutatónak, hogy a sürgősségi ellátásban a betegek 7%-a mellkasi fájdalommal jelentkezik. A korai gyors és biztos diagnózis hosszútávon kamatozik. A "Chest Pain Unit"-ot a sürgősségi orvostan rizikó orientált üritési elve jellemzi. Ez a sürgősségi ellátási forma, mint szervezeti egység, elsődlegesen a beteg biztonságát szem előtt tartva, állapotának megfelelően biztosít gyors, adekvát diszpozíciót. Finanszírozása hazai körülmények között nem garantált.

MILYEN ELEMKBŐL ÁLLJON AZ EREDMÉNYES AKUT STROKE ELLÁTÁS?

Dr. Tóth Katalin Judit, Dr. Berényi Tamás, Dr. Mezőfi Miklós
Szent Imre Kórház, Budapest

Háttér: A magyar egészségügy szűkös erőforrásai mellett a mindenki számára hozzáférhető, hatásos stroke ellátás hatékony alkalmazása a betegség jelentős költségterhe miatt megkerülhetetlen kérdés. Sokoldalúan bizonyított, hogy az akut ellátásban elért eredmények meghatározódnak a kezelés egészének során (1).

Cél: az akut stroke ellátás során a kritikus betegút elemeit meghatározni, amelyek feltétlenül szükségesek ahhoz, hogy a bizonyítottan hatékony kezelés megvalósítható legyen.

Módszer: az 1975. és 2004. között megjelent, angol és magyar nyelvű szakirodalom (impakt faktorral rendelkező folyóirat, nemzetközi és nemzeti irányelv és/vagy ajánlás - ha volt internet-es hozzáférhetőség) szisztematikus áttekintése, amely során a beválasztás kritériuma volt, ha szerepeltek a kritikus betegút elemei vagy az elemek kapcsolatai, valamint, ezek költségeinek elemző értékelése és/vagy bizonyítékokra alapuló direktívákat fogalmaztak meg a betegút szervezésével kapcsolatban.

Eredmények: 36 eredeti közlemény felelt meg a beválasztási kritériumoknak: 24 átfogó elemzésen alapuló ajánlás, 8 egészséggazdasági elemzés és 4 szisztematikus ismertetés. A kritikus betegút bizonyítékokon alapuló, kikristályosodó elmei: a sürgősségi stroke fogadóhely, sürgősségi multidiszciplinális team, kidolgozott protokoll szerint végzett és rutinírozott munkája; amelyhez feltétel a rendszeres képzés minden munkaköri csoportban; és a folyamatos minőségügyi fejlesztés. Mindehhez szervesen kapcsolódik az azonos szemlélettel és begyakorolt írott protokollal dolgozó elsődleges stroke centrum, amely a kezelés kezdetétől alkalmazza a rehabilitációt is. **Következtetések:** hazánkban a sürgősségi fogadóhelyek kiépítésével megteremtődhet az akut stroke ellátás jelenleginél eredményesebb, és hozzáférhetőbb ellátásának feltétele. Az elsődleges stroke centrumokat a sürgősségi egységekhez telepítve a sürgősségi ellátás során keletkezett egészségnyereség fenntarthatóvá válik és tovább javítható. Kórházi gyakorlatunkban a fenti modellt valósítjuk meg. További egészséggazdasági számításokat igényel a hazai epidemiológiai adatok birtokában, hogy hány stroke sürgősségi fogadóhelyet lehet költség-hatékonyan működtetni hazánkban.

Irodalom: 1. Stroke. 2005; 36:690-703.

Kulcsszó: stroke, kritikus betegút

FIBRINOLYSIS VERTEBROBASILARIS THROMBOSISBAN - CASE REPORT

Dr. Mhár Árpád
Szent György Kórház, Székesfehérvár

A vertebrobasilaris thrombosis magas halálozású, rövid terápiás időablakkal rendelkező kórfolyamat. Esetismertetést követően irodalmi összefoglalást és ajánlást adunk a jelzett betegség megelőzésére, korai felismerésére és a már a sürgősségi egységen megkezdendő kezelésére is.

SZABAD ELŐADÁSOK

SZ.01

OSZTÁLYOZÁS A SÜRGŐSSÉGI BETEGELLÁTÓ OSZTÁLYON

Dr. Valent Mihály, Csató Gábor, Salamon Diána
Kenézy Gyula Kórház-Rendelőintézet Sürgősségi Betegellátó Osztály, Debrecen

A triage lehetőségeinek áttekinthetőségeiről beszélünk.

Célunk: Az SBO - ra beérkező és az onnan távozó betegek rövid illetve hosszú távú mortalitásának relatív megítélése.

Módszer: 12006 nem sebészeti, sürgősségi osztályon ellátott beteg 6 mérhető fiziológiai paraméter alapján kialakított pontrendszer értékelése. Az ismert pontrendszerek sürgősségi szempontból való bemutatását és azok alkalmazhatóságának kritériumait kívánjuk reprezentálni.

Következtetés: Javaslatot teszünk a Sürgősségi Osztályokra beérkező betegek osztályozására vonatkozóan.

Kulcsszavak: pontrendszer, osztályozás, mortalitás előrejelzés, SBO

SZ.02

A TRIAGE-NŐVÉR ÉS AZ EKG, AVAGY "KELL-E KÍNAIUL TANULNI"?

Hopják Gabriella, Kerner Zsófia, Dr. Kiss Domonkos, Dr. Diószeghy Csaba
Jahn Ferenc Dél-Pesti Kórház Sürgősségi Betegellátó Osztály, Budapest

Bevezetés: a Sürgősségi Osztályok betegforgalmának jelentős hányadát alkotják az akut kardiológiai panaszok miatt érkező/beutalt betegek. Amennyiben házi orvosuktól, vagy szakrendelőből érkeznek, gyakran készül már a helyszínen jól vagy kevésbé jól interpretált 12-elvezetéses EKG is. Érdemes-e, az esetek gyakoriságára tekintettel elvárunk a triage-nővértől a nem ritkán életveszélyes EKG-eltérések felismerését, vagy fogadja el automatikusan a beutaló orvos diagnózisát? Mennyiben befolyásolja jól, vagy tévesen a triage döntését az EKG? Van-e létjogosultsága a triage-nővér EKG-képzésének?

Vizsgálat: kérdőíves vizsgálattal mértük fel a triage-ban dolgozó, de speciális EKG-képzésben nem részesült nővérek készségét 6 különböző EKG (normál sinusritmus, sinustachycardia, ST-eleváció, aspecifikus ischaemiás eltérések (negatív T-k), III. fokú AV-blokk, jobb-Tawaraszár-blokk) felismerésében, illetve, hogy egy panaszmentes, valamint egy mellkasi panasszal érkező betegnél mennyiben befolyásolják a fenti EKG-eltérések a triage döntését. A felmérésben résztvevők 3 lehetőségből választhattak: ignorálják az EKG-t a besorolás folyamán (1), megmutatják orvosnak, utána hoznak döntést (2), azonnal a vizsgálóba kerül a beteg, az orvos érkezéséig megkezdve az ellátást (3).

Eredmények: a kérdőívet 12 triage-nővérral töltöttük ki, a vizsgálók felügyelete mellett. Az egyértelműen kóros eltérések (ST-eleváció, aspec. ischaemia, AV-blokk) panasz esetén azonnal a vizsgálóba kerülnének (fenti sorrendben 12/12 fő, 10/12, 12/12), de egy panaszmentes beteg is (10/12, 5/12, 10/12) nagy valószínűséggel. Az EKG-kon látható eltérések felismerésének pontossága az egyes görbéknél változó, általában 50 % körüli volt, kiemelkedő az ST-eleváció 83%-os (10/12 fő) felismerése.

Következtetések: vizsgálatunkból kiderül, hogy a legveszélyeztetőbbnek tartható EKG-eltérések felismerési biztonsága az ebben célirányosan nem képzett, azonban megfelelő rutinnal rendelkező triage-nővér által is a vizsgálók által vártnál jobb. A klinikai tünetek, panaszok és az EKG-eltérés esetleges összekapcsolása szintén megbízhatóan működik. A válaszadó triage-nővérek ezirányú magabiztossága azonban ennek ellenére alacsony fokú. Mindezek alapján felmerül a triage-képzés részeként alapvető EKG-ismeretek oktatása is, mely azonban természetesen nem helyettesítheti, csak időben megelőzi, segíti az orvosi döntéshozatalt. A képzés eredményeként reményeink szerint az akut kardiológiai betegek ellátásának biztonsága tovább nő.

SZ.03

TRIAGE - DOKUMENTÁCIÓ SZEREPE A SÜRGŐSSÉGI OSZTÁLYON

Kovács Rita, Soós Viktor
Kaposi Mór Megyei Kórház Sürgősségi Betegellátó Centrum, Kaposvár

A sürgősségi osztályon folyó munka sokszor embert próbáló, nehezen követhető. Igen fontos, hogy minden, a beteggel kapcsolatos adat rögzítésre kerüljön. Ehhez azonban szükség van egy megfelelően kidolgozott, könnyen vezethető és átlátható írásos dokumentációra.

Célom az ország egyik "legfiatalabb" sürgősségi osztályán kidolgozott és használt dokumentáció bemutatása. Ismertetem az alkalmazás során felismert hiányosságokat és az azok megszüntetésére irányuló módosításokat.

Kulcsszavak: triage, dokumentáció, hiteles, utánkövethető, könnyen kezelhető

SZ.04

A TRIAGE HATÉKONYSÁGÁNAK ÖSSZEHASONLÍTÓ VIZSGÁLATA

Dr. Csomós Ákos¹, Terenyeiné Sebők Katalin²

1) MH Központi Honvédkórház, Budapest, 2) Markhot Ferenc Megyei Kórház, Eger

Bevezetés: A Sürgősségi Betegellátó osztályok hatékonyságának alapját képezi a jól szervezett triage rendszer. A beteg állapotának gyors felmérése és az idejében elkezdett adekvát kezelés igazoltan csökkenti a mortalitást [1]. Tanulmányunk nemzetközi összehasonlításban vizsgálja egy újonnan indult magyarországi és egy évek óta működő angol sürgősségi osztály hatékonyságát.

Módszer: A vizsgálatba a Markhot Ferenc Megyei Kórház Sürgősségi Betegellátó Osztályának 2004. november 01. - november 31. között felvett betegeit vontuk be. A beérkező betegek ellátását öt szakaszra osztottuk és mértük azt az időt, amit a betegek az egyes szakaszokban eltöltöttek. Megnéztük továbbá a bevont betegek megoszlását a sürgősségi kategóriák szerint is. Adatainkat összevetettük a Northern General Hospital, Sheffield, Anglia szintén 4 hetes vizsgálati eredményeivel [2].

Eredmények: A tanulmányunkba összesen 3014 beteget vontunk be, melyből 2179 beteg a traumatológiai (72,3 %), 835 beteg a belgyógyászati ambulancián került vizsgálatra. A betegellátás egyes szakaszaiban eltelt idő:

1.	Beérkezéstől az első orvosi vizsgálatig eltelt idő	17,6 perc
2.	A vizsgálatról a diagnosztikai kérésig eltelt idő	9,2 perc
3.	A diagnosztikus vizsgálatról a leletezésig eltelt idő	41,3 perc
4.	A leletezéstől a végleges ellátásig eltelt idő	13,9 perc
5.	A definitív ellátás ideje	16,4 perc

Az azonnali ellátást igénylő betegek száma 181 fő (6 %), a sürgős (=fél órán belüli ellátás) betegek száma 753 fő (25 %) volt. Az angol adatok szerint (n=3372) a beérkezéstől a triage-ig eltelt idő 12,9 perc volt és a betegek 2 % szorult azonnali ellátásra.

Megbeszélés: A vizsgált magyar kórházban a recepcióhoz érkezés egyben állapotfelmérést (triage) is jelent, ennek köszönhető, hogy az orvosi vizsgálatig eltelt idő nem hosszú (17,6 perc). Az angol kórház adatai szerint csak a triage-ig eltelik 12,9 perc; ezen idő lerövidítésének egyik módja a recepciót megelőző triage lehet.

Irodalom: 1. Rivers E és mtsai. Early goal-directed therapy. Crit-Care-Med 2004;32(1):314-5.
2. Goodacre S. és mtsai. Should ambulant patients be directed to reception or triage first? Emerg Med J 2001;18:441-443.

Kulcsszavak: triage, sürgősségi ellátás

SZ.05

TRIAGE KÖZBEN FELLÉPŐ KONFLIKTUS SZITUÁCIÓK ÉS AZOK KEZELÉSE

Dr. Becskei Péter, Dr. Berényi Tamás

Szent Imre Kórház Sürgősségi Betegellátás Mátix Intézete, Budapest

Az előadás célja a triage funkció ellátása közben rendszeresen fellépő, különböző forrásból - beteg, hozzátartozó, egészségügyi személyzet) - származó, jellemző, dominálón kommunikációs konfliktus szituációk bemutatása, illetve ezek megoldására tett kísérleteink ismertetése.

Az elmúlt három és fél év fokozatosan növekvő betegforgalma megnövelte az egységünkben töltendő várakozási, diagnosztikai, illetve beteg elhelyezési időtartamot, ami a konfliktusok számát törvényszerűen megnövelte. A sürgősségi orvostani irodalom ismert adata, hogy a beteg elégedetlenségének egyik legfőbb motívója az információ hiánya és a szakellátásra való várakozási idő. Konfliktusforrás, illetve a meglévő konfliktust tovább rontó tényezők a nem megfelelő kommunikáció. További probléma a kívülállók - betegek, alapelállításban tevékenykedők - a rendszerismeretének hiányossága, illetve a sürgősségi szemlélet nem kellő elterjedtsége. Szintén problémát jelöl a dolgozók képzettsége, a sürgősségi ellátás ilyen formája új keletű, a stábot kezdetben más szakmákból kellett toborozni. A dolgozók kommunikációs készsége nem optimális és semmiképpen nem egységes. A sürgősségi ellátásban, a nyugati világban meglévő, nálunk megjelelő további gond az alkalmazottak kiégése, mely tovább nehezíti a megoldást.

Igyekeztünk a rendszert átláthatóbbá tenni, az egyes konfliktusforrásokat leírni, értelmezni. Erőfeszítéseink kiterjedtek a kommunikáció javítására, bővítésére -mind az ellátásra várók, mind a kollégák irányába. Külön hangsúlyt fektettünk - az effektív orvosi ellátáshoz hasonlóan - a kommunikációs algoritmusok leírására. Fentiek potencírozhatók a dolgozók különböző posztok közötti forgatásával, a hozzátartozók elkülönítésével, a várakozási idő csökkentésével, elviselhetőbbé tételével.

SZ.06

A SÜRGŐSSÉGI OSZTÁLY BETEGFORGALMÁNAK ÉRTÉKELÉSE A TRIAGE ADATBÁZIS SEGÍTSÉGÉVEL A JAHN FERENC KÓRHÁZBAN

Dr. Diószeghy Csaba

Jahn Ferenc Dél-Pesti Kórház Sürgősségi Betegellátó Osztály, Budapest

Bevezetés: A Jahn Ferenc Kórház Sürgősségi Betegellátó Osztálya (SBO) 2003. június 1-én kezdte meg működését az Intenzív Osztályhoz csatolt részlegként, majd SO2 befogadással önálló osztályként 2004. szeptemberétől dolgozik. Az összesen 1200 ágyas kórházat kiszolgáló SBO ellátási területe közel 500.000 lakost számlál. Jelenleg Magyarországon nincs olyan adatbázis, ami a sürgősségi betegellátás kórházi igényeit mutatná be, ezért az ilyen osztályok tervezése, működtetése csak nehezen tervezhető reálisan.

Célkitűzés: A vizsgálat során az SBO által ellátott betegek demográfiai, epidemiológiai térképét valamint az ellátásra vonatkozó paramétereket (triage kategória, várakozási és ellátási idők, diszpozíció) mértük fel azzal a céllal, hogy a továbbiakban az osztály erőforrásainak optimalizálását lehetővé tevő adatbázist hozzunk létre.

Módszerek: A 2004. október 1. és 2005. január 31. közti időszakban az SBO Triage során a betegekről készített adatlapok számítógépes feldolgozása révén létrehozott adatbázis statisztikai elemzése.

Eredmények: A 4 hónap alatt 6234 ellátott beteg 45%-a férfi, 54%-a nő volt. A traumatológiai profillal nem rendelkező kórház sürgősségi osztályán megforduló betegek 11,4%-a baleseti sérülés miatt jelentkezett, az összes beteg 4,8%-át traumatológiai intézetbe szállítottuk tovább. A betegek 31%-át eset kapcsán szállította be a mentő, 17,4%-a saját lábón, beutaló nélkül jelentkezett. A fennálló panaszok 17,1%-a 3 órán belüli, és összesen csupán 48%-a volt 1 napon belüli. A betegek átlagosan 1 óra 27 percet töltöttek az SBO-n, majd 30,7%-ukat a felvétel napján otthonába bocsátottuk. A diszpozíció tekintetében intenzív osztályos elhelyezést 2,6%-ban, belgyógyászati felvételt 41,1%-ban, neurológiai elhelyezést 5,6%-ban nyertek.

Következtetés: a létrehozott, és azóta is on-line gyarapodó adatbázis értékes információkat tartalmaz a sürgősségi betegellátás vizsgált területet érintő profiljáról, annak igényeiről. Az adatok egy része (pl. várakozási és ellátási idők) alkalmas az osztály működésének auditálására is.

SZ.07

A SÜRGŐSSÉGI OSZTÁLY TRIAGE-RENDSZERÉNEK MŰKÖDÉSE A JAHN FERENC DÉL-PESTI KÓRHÁZBAN

Szántayné L. Éva, Hopják Gabriella, Kerner Zsófia, Dr. Herczogh Gábor, Dr. Kiss Domonkos, Dr. Diószeghy Csaba

Jahn Ferenc Dél-Pesti Kórház Sürgősségi Betegellátó Osztály, Budapest

Bevezetés: a Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház Sürgősségi Osztálya 2003 szeptembere óta működik, 2004 októbere óta SO2-ként OEP-befogadással. Szervezési rendjét az ún. "egykapus beléptető rendszer" jelenti, azaz minden akut beteg a Sürgősségin keresztül kerül ellátásra. A rendszer kulcsa a képzett triage (osztályozó) nővér, aki a betegvizsgálat és - ellátás sorrendiségét a beteg panaszainak, vitális paramétereinek, kísérőbetegségeinek észlelésével határozza meg. Ezt követően a 4 különböző sürgősségű kategóriába sorolt betegeket a triage-nővér betegségük időfaktorának sorrendjében, a megfelelő kompetenciájú orvoshoz/rezidenshez/mentőtiszthez osztja be, megfelelő felszereltségű vizsgálóhelyiségbe.

Vizsgálatunk célja: a Triage rendszer működési feltételeinek, dokumentációs rendszerének bemutatása az osztály 4 hónapos betegforgalmi adatainak elemzésével együtt.

Eredmények: 2004 októbere és 2005 januárja között 6234 beteg fordult meg a Sürgősségi Osztályon.

Majdnem felük (45%) háziorvosi beutalóval, egyharmaduk (31%) OMSZ esetkocsi révén, ill. mintegy 17%-uk "spontán" érkezett. A vezető panaszok közül a hasi és mellkasi fájdalom (15 ill. 14%), a fulladás (10,8%), a szédülés (9,6%) valamint a különféle baleseti sérülések (11,4%) voltak a leggyakoribbak. Legsúlyosabb (azonnali) ellátási kategóriába (piros) került a betegek 9%-a, 29% negyedórás (sárga), míg 44,6% egy órás (zöld) sürgősségű kategóriába volt sorolható. A várakozási idő ezen kategóriákban átlagosan 1 perc (piros), 17 perc (sárga), 31 perc (zöld) és 48 perc (krónikus: kék) volt.

Megbeszélés: adatainkból kiderül, hogy az ellátás triage-rendszerben való megszervezésével a kritikus, és súlyos állapotú betegek ellátási ideje jelentősen rövidül, biztonságuk így növekszik. A hatékony működés és a megfelelő betegelégedettség feltételei ugyanakkor, a triage-nővér képzettségén, alkalmasságán túl, a megfelelő infrastruktúra (elégletes számú vizsgáló, tágas, "kényelmes" váró, fektető, shocktalanító, stb.), valamint a sürgős vizsgálatok (labor, radiológia) elérhetősége is.

SZ.08 AZ ACUT CORONARIA SYNDROMÁS BETEGEK PREHOSPITALIS ELLÁTÁSA A KISKUNHALASI MENTŐÁLLOMÁS VONZÁSKÖRZETÉBEN

Dr. Burány Béla

OMSZ Főigazgatósága, Budapest

Cél: Az acut coronaria syndromás betegek gyógyulási esélyeit a kórház előtti időszak ellátói is jelentősen befolyásolják. A különböző prehospitalis ellátási szintek hazai gyakorlatáról ugyanakkor kevés adat áll rendelkezésünkre. Vizsgálatunkkal az e körbe tartozó betegek szokásait, valamint az őket ellátó házi- és ügyeletes orvosok és a beteghez kiérkező különböző mentőegységek ténykedését kívántuk feltérképezni.

Módszer: Prospektív vizsgálatunkban a Kiskunhalasi Mentőállomás rohamkocsija által ellátott azon betegek adatait elemeztük, akiknél az első ellátó (házi- vagy ügyeletes) orvos acut coronaria syndroma kórismét állított fel és e diagnózisból kiindulva látta el páciensét, majd a beteget kórházba a rohamkocsi szállította. Vizsgált időszak: 2000. decembertől 2004. novemberig. Adatforrások: az előre megtervezett adatlapok adatai, valamint a rohamkocsi esetlapjai.

Adatok, eredmények: A fenti kritériumoknak összesen 346 beteg felelt meg. Közülük orvost csak 194-en (56 %) hívtak ki magukhoz; 91 beteg (26 %) maga kereste fel házi orvosát. 27 beteg (8 %) többször is járt orvosnál a beutalás előtt. Első ellátó orvosként 93-an szerepeltek. A beteg kórházba szállításához rohamkocsit nem kértek 92 esetben (az e ponton ismert adatú 149 beteg 62 %-a - ekkor az OMSZ szolgálatvezetője döntött másképp). A kiérkező rohamkocsit nem várta meg az első ellátó 74 betegnél (az e szempontból ismert 249 eset 30 %-a). EKG-t a 346 betegből 94-nél készítettek (27 %); sl. nitroglicerint 205 (59 %), dihidropiridint 16 esetben (5 %) alkalmaztak. ASA-t 110 beteg (32 %) kapott. Vénát 46 esetben biztosítottak (13 %); kábító fájdalomcsillapítást 23 betegnél (7 %) alkalmaztak; 41 beteg (12 %) kapott nyugtatót. Im. gyógyszerbevitel 63 esetben (18 %) történt.

A rohamkocsi előtt másik mentőegység (mentőszakápoló) 78 esetben (23 %) látta a beteget. Tőlük sl. nitroglicerint és ASA-t még 2-2 beteg (2/78; 2,56 %) kapott. Vénát további 20 betegnél biztosítottak, oxigént 42 beteg (a 78 eset 26 ill. 54 %-a) kapott. 5 betegnél észleltek keringésleállást; félautomata defibrillátort 2 esetben használtak. A rohamkocsi hívás-kiérkezési idő mediánja 20 perc volt (15 percen belüli kiérkezés: 34 %). A betegek fájdalma a kiérkezéskor csak az esetek 63 %-ában volt 12 órán belüli (medián: 3 óra 12 perc). A rohamkocsi személyzete EKG-t minden esetben készített; tőlük 230 beteg (66 %) kapott ACS-diagnózist; 62 betegnél (18 %) extracardialis okot tételtek fel. Nitroglicerint sl. további 103 beteg (30 %), iv. 27 beteg (8 %) kapott. ASA-t még 204 betegnek (a 230 acut coronaria syndromás eset 89 %-ának) adtak (indokolatlanul ez csak 6 esetben (3 %) maradt el). Vénát újabb 223 betegnél (az összes beteg 71 %-a) nyitottak. Iv. β -blockolót 87 (25 %), iv. kábítószerrel 66 (19 %), oxigént 263 beteg (76 %) kapott. Fibrinolytist 23 esetben (7 %) indítottak (ebből 7 fibrin-specifikus). Keringésleállást összesen 18 betegnél (5 %) észleltek; 10 esetben (10/18; 56 %) ezt sikeresen kezelték. A rohamkocsi a helyszínen átlagosan 25 percet töltött; a hívástól az átadásig eltelt ún. szállítási idő mediánja 81 perc.

Következtetés: A betegek tanakodási ideje tetemes; ezt követően sem az optimális utat választják. Noha az első ellátó orvosok tevékenysége már kissé kedvezőbb képet mutat a korábban közölt adatok némelyikénél, e körben, és az első mentőegységek tekintetében is még jelentős javulásra van lehetőség. A rohamkocsi ellátása megfelel a szakmai irányelveknek.

Kulcsszavak: acut coronaria syndroma, prehospitalis ellátás, házi orvos, rohamkocsi

SZ.09

"INTENZÍVES" KEZELÉSI SZEMPONTOK AZ ST-ELEVÁCIÓVAL JÁRÓ MYOCARDIALIS INFARKTUS ACUT INTERVENCIÓS ELLÁTÁSÁBAN

Dr. Golopencza Péter, Dr. Völgyes Barbara

Bajcsy-Zsilinszky Kórház KAIBO, Budapest

Cél Bemutatni az akut coronaria intervencióra kerülő, cardiogen shockos betegek komplex, intenzív osztályos szempontból történő kezelésének eredményeit.

Módszer Az elmúlt 2 év tapasztalatait elemeztük a kórházunkba érkezett, lélegeztetést igénylő, percutan coronaria intervención (PCI) átesett betegek gyógyulási / mortalitási adatait vizsgálva.

Betegszám:32	CPR: 18	IABP: 24	Oe. pulm.: 13	Malign. RZ.: 11
Gyógyult	11	18	10	9
Exit	7	6	3	2

Eredmények Az elsődleges cél a beteg állapotának korai felismerése, amely túlmutat a myocardialis infarktus diagnózisán. Vitális paraméterek monitorozása és szoros követése, a felmerülő lélegeztetési igény korai felismerése, valamint az intraaortikus ballonpumpa használata jelentős előnyökkel jár a betegek gyógyulási esélyeit tekintve.

Az említett 2 évben 32 cardiogen shockos beteget kezeltünk kórházunk Központi Intenzív Osztályán a kardiológusokkal közösen. A cardiogen shock kritériumának tekintettük az (1) RR<90 Hgmm, (2) CI < 1,8 l/min/m², (3) perifériás keringési elégtelenség tünetegyüttesét. 24 alkalommal alkalmaztunk intraaortikus ballonpumpát, 13 esetben kifejezett pulmonaris pangás talaján alakult ki a légzési elégtelenség, 11 betegnél az invazív coronaria intervenció közben fellépő (visszatérő) ritmuszavar okozta a keringésmegingást. 5 további esetben a kikerülő mentőegység helyszíni, vagy szállítás alatti reanimációját követően érkezett a beteg és került sor a PCI-ra, intubált, lélegeztett állapotokban. Az összes esetet tekintve 7 beteget veszítettünk el - ebből 5 esetben uralhatatlan keringési elégtelenség volt a halálok, 2 alkalommal pulmonaris és gastrointestinalis késői szövődmények miatt hunytak el a betegeink. Vizsgálatainkból az alacsony betegszám miatt következtetés ugyan nem vonható le, a kezdeti eredmények - a nemzetközi adatokkal összehasonlítva - kifejezetten jók: 22%-os mortalitás.

Következtetés Az akut myocardialis infarktusok sikeres ellátásában döntő felelősség hárul az első észlelő orvosra/mentőtisztre, illetve a fogadó kardiológiai osztály orvosaira a korrekt betegvizsgálat tekintetében. Kórházunkban igen jó együttműködés alakult ki az akut ellátásban résztvevő kardiológiai őrzővel - időben értesülünk a súlyos beteg érkezéséről, és együttes felügyelettel folytatjuk a szükséges terápiás lépéseket. Az esetek 95 %-ában az akut infarktus nem jár cardiogen sokkal, reanimációval, valamint pulmonaris pangással. 5 %-ban azonban az említett állapotok együtt vagy külön-külön jelen vannak, és összetettebb terápiát igényelnek az "egyszerű" koronária-intervenciónál. Ezeket az eseteket az intenzív terapeuta és a kardiológus közösen lássa el - szoros együttműködésben!

Összegzés Véleményünk szerint a korai intubálás, lélegeztetés, oxigenizálás, invazív monitorozás, gyógyszeresen nem stabilizálható, shockos betegeknél az IABP alkalmazása PCI előtt - a mortalitási adatokat tovább javíthatja.

Kulcsszavak: akut coronaria szindróma, PTCA, intraaortikus ballon pumpa, cardiogen shock, myocardialis infarktus akut ellátása

SZ.10

HOGYAN?? - TOVÁBB!! MIOKARDIÁLIS INFARKTUSBAN SZENVEDŐ BETEGEK ELLÁTÁSA SZOMBATHELYEN

Dr. Puskás Tivadar¹, Dr. Nagy Lajos², Kócse Tamás¹

1) OMSZ Vas Megyei Mentőszervezet, Szombathely, 2) Markusovszky Kórház III. Bel. Osztály, Szombathely

Az ST elevációval járó miokardiális infarktusban szenvedő betegek helyszíni fibrinolízise 1986-ban kezdődött Szombathelyen. A betegek - állapotuknak megfelelően, előzetes egyeztetés után - a Markusovszky Kórház Intenzív osztályra, avagy a III. Belgyógyászati osztály kardiológiai őrzőjébe kerültek.

A cél a szívizom károsodás csökkentése. A helyszíni terápiában az aktuális kardiológiai és oxológiai irányelveket követtük s követjük. Az elmúlt közel két évtized alatt 148 infarktusos beteg fibrinolízise kezdődött a helyszínen. Az eljárás hatékonyságát indirekt jelek (fájdalom csökkenése, reperfüziós ritmuszavar jelentkezése, EKG regresszió) alapján ítéltük meg.

A mai megállapodás szerinti terápia

- 3 órán belüli AMI esetén
 - fibrinolízis a helyszínen, ha nincs kontraindikáció, cardiogen sokk
 - egyébként PCI.
- 3-12 óra között PCI,
 - ha 90 percen belül elérhető,
 - egyebekben fibrinolízis.

A továbblépés lehetőségei véleményünk szerint

- a szombathelyi katéteres labor indítása
- újabb fibrinolitikumok (tPA, Tenecteplase),
- a "betegutak" meghatározása (Kit? Mikor? Hová?)
- a prehospitalis fibrinolízis szélesebb körű alkalmazása /a kezelést alkalmazók számának növelése (mentőtisztek, háziorvosok)/
- folyamatban lévő tanulmányok igazolják alkalmazásukat
 - a "trombocyta- központú" szemlélet ??
 - a facilitált reperfúzió ??

"Az idő izom - és az izom élet" (Eric Boersma)

SZ.11

AKUT KORONÁRIA INTERVENCIÓ - VALÓBAN 90 PERC?

Dr. Zilcz Emilia, Dr. Berényi Tamás

Szent Imre Kórház Sürgősségi Betegellátás Mátix Intézete, Budapest

Cél: Felhívni a figyelmet arra, hogy az országban akut koronária tünet együttesel (ACS = acut coronaria syndroma) kezelésre kerülő betegeknek a legjobb esélyt garantáló fővárosi rendszer is hordoz anomáliákat

Módszer: Saját beteg anyagunk követése, egyes esetek tanulmányozása.

Adatok, eredmények: 2003. január 01-től a fővárosban folyamatos ügyeleti rendben történik a 6-12 órán belüli, ST-elevációs miokardiális infarktusz (STEMI) akut koronária intervenció (PCI) ellátása. Egységünk évente 180-200 akut PCI-ra alkalmas beteg menedzselését végzi, ez a beérkező összes STEMI 98%-a. Betegeink közel 70%-át a Semmelweis Egyetem Cardiovascularis Centrumában (CVC), fennmaradó részüket egyenlő arányban a többi fővárosi intervenció centrumában látják el. Folyamatos prospektív vizsgálataink szerint Egységünkön a szükséges stabilizációs-diagnosztikus-előkészítő (door to transport) idő 14 perc. Betegeink további sorsáról azonban csak részleges információink vannak. Az utóbbi félévben a CVC visszaigazolást küld Egységünknek az elvégzett beavatkozásról - ez számunkra egyfajta minőség kontroll. A rendelkezésre bocsátott adatok alapján az Egység indikációs biztonsága 93%-os. Ennek ellentmond, hogy - egyedi követés alapján - 19, más intézetbe küldött betegnél a diagnosztikus akut koronarográfia elvégzésére sem került sor.

Következtetések, összefoglalás: A felmerülő kérdések:

- negatív eredményű vizsgálat aránya
- a pozitív esetekben mi a túlélési arány, hány alkalommal sikertelen a beavatkozás, milyen a szív-izom veszteség mértéke, milyen a túlélés
- mennyi a valós door to balloon idő (transzport idő, besorolás, technikai okok)
- hány elküldött betegnél nem indikáltak vizsgálatot és mi ennek az oka

További nehézséget jelentenek a centrumok "pre-PCI" protokolljainak eltérései, illetve ilyen protokoll hiánya, értelmezésének különbözősége.

Javasoljuk, a valamennyi centrumra kiterjedő prospektív elemzés elvégzését. Szükségesnek látjuk részletes és egységes protokoll kidolgozását és betartását az ellátásban résztvevő valamennyi szereplő (centrumok, küldő osztályok-egységek, mentőszolgálat, ügyeleti szolgálatok) részvételével.

Kulcsszavak: acut PCI, STEMI, door to transport, door to balloon

Irodalom: ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients with ST Elevation Myocardial Infarction.

Zámolyi: Acut koronaria szindróma

Merkely: Acut PCI eredmények- /Sürgősségi orvostan szakvizsga előkészítő tanfolyam 2004./

SZ.12

AZ AKUT SZÍVULTRAHANG VIZSGÁLAT JELENTŐSÉGE SÜRGŐSSÉGI OSZTÁLYOS DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKÁBAN - ESETISMERTETÉS

Dr. Frigyk Anikó, Dr. Diószeghy Csaba

Jahn Ferenc Dél-Pesti Kórház Sürgősségi Betegellátó Osztály, Budapest

Bevezetés: Gyors, noninvazív és megbízható képalkotó eljárás a szívvultrahang, mely eredményesen alkalmazható a differenciáldiagnosztikában. Esetbemutatásunk kapcsán áttekintjük az echocardiográfia sürgősségi osztályos indikációit.

Esetleírás: A bemutatásra kerülő nőbeteg esetében többször ismétlődő eszméletvesztés miatt került akut sürgősségi osztályos felvételre. A convulsiokat tenebrosítás nem követte. Felvételkor a tiszta tudatú beteg tüdeje feletti hallgatózási leletben érdes alaplégzés, basis felett pangás volt hallható, oxygenizációja ki-

elégítő volt. A normotenzív beteg EKG vizsgálatánál pitvarfibrillációt és bradycardiát láttunk, acut ischaemiás eltérést illetve jobb kamrai terheltségre utaló jeleket nem. Az azonnal elvégzett helyszíni szívultrahang vizsgálat során nem várt, ritka eltérés igazolódott. A balpitvarban a falhoz rögzülő 3,5 x 8 cm-es mobilis terime volt látható. A pitvari terime mozgása során időlegesen jelentős mértékben akadályozta a bal pitvar-kamrai áramlást. Az echocardiográfiás lelet birtokában a beteget a progresszív betegellátás keretében szívsebészeti beavatkozást végző intézménybe helyeztük át.

Következtetés: A echocardiográfia hasznos, a sürgősségi differenciáldiagnosztikában megbízhatóan alkalmazható noninvazív eljárás.

SZ.13

A HELYSZÍNI GYERMEKELLÁTÁS HELYZETE ÉS FEJLESZTÉSÉNEK LEHETŐSÉGEI AZ ORSZÁGOS MENTŐSZOLGÁLTATNÁL

Dr. Nagy Ágnes

Országos Mentőszolgálat Szervezés és Módszertani Osztály, Budapest

Az előadás célja az Országos Mentőszolgálat keretei közötti sürgősségi gyermekellátás személyi és tárgyi feltételeinek ismertetése, az ellátás országos fejlesztésére kidolgozott koncepció bemutatása.

Jelenlegi helyzet:

- A gyermekeket meglévő feltételek esetén kiemelt egységek (orvos, mentőtiszt), de ezek hiányában sokszor csak mentőkocsi személyzete látja el.
- Az ellátás többször, speciális eszközök hiányában, a felnőttek számára kifejlesztett eszközökkel történik.

A struktúra és az ellátás színvonalának javítására kialakított koncepció elemei:

- kiemelt egységek (roham-, esetkocsik) felszerelésének fejlesztése
- a működő gyermek rohamkocsi mellett gyermekgyógyászati mentőorvosi kocsi (MOK) indítása Budapesten kísérleti jelleggel
- orvos nélküli esetkocsik (ONE) rendszeresítése az ország egész területén
- ezen egységek speciálisan a gyermekek ellátásához szükséges eszközökkel való felszerelése
- a mentőápolók beavatkozási jogkörének kiterjesztése
- nagyobb hangsúlyt kap mind az elméleti, mind a gyakorlati gyermekgyógyászati képzés fejlesztése.

A fenti elképzelések megvalósításának koordinálására, további szakmai és fejlesztési koncepciók kidolgozására az OMSZ Szervezési és Módszertani osztályán belül Gyermeksürgősségi Módszertani Központ alakul.

SZ.14

SÜRGŐSSÉGI ELSŐDLEGES GYERMEKELLÁTÁS A HÉTKÖZNAPOKBAN OSZTÁLYOS ÉS GYERMEKSZAKORVOSI HÁTTÉR HIÁNYÁBAN

Dr. Helt Zoltán, Dr. Berényi Tamás

Szent Imre Kórház Sürgősségi Betegellátás Matrix Intézete, Budapest

Bevezetés - célkitűzés: A sürgősségi gyermekellátás fontos része a sürgősségi ellátásnak. A sürgősségi ellátás rendszerében szervezeti okok miatt néha külön helyet foglal el struktúrában, önállóan is megjelenik. Hazánkban az integráció elvi lehetősége is csak a regionális centrumokban adottak a személyi- és tárgyi, valamint osztályos háttér biztosításával. Mindezek hiányában is segítséget kell nyújtani a rászoruló kis betegeknek a lehetőségeknek megfelelően a legjobb tudásunk szerint.

Beteganyag: Intézetünkben a területi - Dél-budai régió - elhelyezkedéséből adódóan is nem ritka eset, hogy gyermekellátás miatt fordulnak segítségért hozzánk, annak ellenére, hogy kórházunkban gyermekgyógyászati profil nincs. Figyelembe véve az elmúlt év adatait az ellátott betegeink 2,4%-a volt gyermek. A gyermekek 48%-a traumás (ebből 16% égés), 22% lázas, 8% F-O-G-i, 7% mérgezőes, 5% szemészeti, 5% asztmás, 3% allergiás, 2% lázgörcsös panaszokkal került egységünkben ellátásra.

Eredmények - módszer: Az egységünkön megjelent gyermekeket súlyozottan vettük figyelembe a primer triage folyamán és rövid időn belül elsődleges ellátásban részesítettük őket - traumatológiai panaszok esetén traumatológus szakorvos bevonásával - majd ezt követően kerültek diszpozícióra. A szemészeti és F-O-G-i panaszok esetén az intézményben kerültek ellátásra az adott osztály ügyeletesének bevonásával. Egyéb esetekben a sürgősségi osztályon megkezdett vizsgálat és ellátást követően irányítottuk tovább, vagy járóbetegként a család segítségével, vagy OMSZ bevonásával a definitív ellátást adó intézmény felé.

Következtetés - megbeszélés: A beteganyag figyelembevételével mindenképpen szükséges és elvárható, hogy a sürgősségi osztályon dolgozó szakorvosok mindenképpen rendelkezzenek az alapvető gyermekgyógyászati sürgősségi körképek és diagnosztikai és ellátási alapismereteivel, hogy kellő időben kerüljenek kiszűrésre és ellátásra a sürgős és kritikus esetek.

Irodalom. G.C. Hamilton: Emergency Medicine (second edition – Saunders 2003)
Rosen's Emergency Medicine (fifth edition – Mosby 2002)

SZ.15

TŰ-KONIKTÓMIA GYERMEKKORBAN

Dr. Mátrai Zsolt

Gyermekorvosi Rendelő, Balkány

Az előadás röviden ismerteti a tű-koniktómia alkalmazásának indikációit, kontraindikációit, technikai kivitelezését, szövődményeit és eszközeit gyermekkorban. Kulcsszavak: sürgősségi légútbiztosítás, tű-koniktómia.

SZ.16

SIKERES KÓRHÁZON KÍVÜLI ÚJRAÉLESZTÉS PRIMER SZÍVLEÁLLÁST KÖVETŐEN GYERMEKKORBAN

Dr. Baranyi Judit, Dr. Kiss Gabriella

Heim Pál Gyermekórház AITO

A gyermekkori kardiopulmonális leállás epidemiológiája lényegesen különbözik a felnőttekétől. A primer szívleállás, amelyhez kamrafibrilláció vagy pulzus nélküli kamrai tachycardia vezet, felnőtteknél lényegesen gyakoribb, mint gyermekeknél (<15%). A kezelés a mielőbbi defibrilláció, melynek késése percenként 10%-kal csökkenti a sikerességi arányt. Az emelt szintű, eszközös újraélesztés megkezdéséig alapvető fontosságú a helyszínen azonnal megkezdett alapfokú újraélesztés.

Előadásunkban két gyermekkori, primer szívleállást követő, sikeres kórházon kívüli újraélesztés ismertetésével szeretnénk felhívni a figyelmet az alap- és az emelt szintű újraélesztés széleskörű oktatásának és elsajátításának fontosságára.

SZ.17

ÉLETVESZÉLYES RITMUSZAVAROK ELLÁTÁSA GYERMEKKORBAN

Dr. Kiss Gabriella

Heim Pál Gyermekórház AITO

Intenzív osztályunkon a gyermekkor sajátosságaiból adódóan ritkán találkozunk, súlyos életveszélyes állapotot okozó primer szívritmuszavarral, ezért az elhúzódó felismerés és kezelés valószínűsége nagy. A gyors, pontos diagnózishoz és adekvát kezeléshez nélkülözhetetlen a naprakész ismeretanyag, rendszeres gyakorlati tréningeken kívül a betegek centralizált felvétele, sürgősségi osztályon történő ellátása. Előadásomban az elmúlt években osztályunkon előforduló eseteket ismertetem.

SZ.18

A HELYSZÍNI ELLÁTÁS "DILEMMÁJA" -AVAGY AMIKOR NINCS ÉRTELME "ROHANNI" A SÚLYOS SÉRÜLTTEL

Köcse Tamás

OMSZ Vas Megyei Mentőszervezete, Szombathely

Cél: Az előadás egy esetbemutatás kapcsán súlyos mellkas sérülés ellátását mutatja be, és veti fel a "maradj" vagy "fuss" alaproblémát.

Módszer: Ismertetésre kerülnek a körülmények, a kórháztól viszonylag távoli, mozgóórsági helyszínen keletkezett sérülések (ablakos bordatörés, instabil mellkas, tensios PTX, commotio cerebri), az eset idő- és földrajzi adatai, a helyszíni (sedatio, lélegeztetés, mellkasi drainage stb.) és a kórházi ellátás lépései, valamint a beteg további sorsa. Néhány a helyszínen készült fotó is bemutatásra kerül.

Következtetésként a mentés szereplői közötti hatékony és eredményes kommunikáció, a helyszínen feltétlenül elvégzendő beavatkozások fontossága vonható le.

Kulcsszavak: többfokozatú mentésszervezés, tensios PTX, helikopteres transport, korrekt sérültátadás

SZ.19

A HELYSZÍNI SÉRÜTELLÁTÁS OKTATÁSA - JELEN ÉS A JÖVŐ

Dr. Tóth Zoltán

Országos Mentőszolgálat Szervezés és Módszertani Osztály, Budapest

A szerző saját kiképzési tapasztalatai, valamint a pre- és korai intrahospitális sérültellátással foglalkozó aktuális szakirodalom tanulmányozása alapján hozott létre egy folyamatábra-rendszert a súlyos sérültek helyszíni ellátásának elsajátításához.

Az algoritmus rövid bemutatása kapcsán a standardizált sérültellátás fontossága mellett hangsúlyozni szeretné a pre- és intrahospitális ellátócsoportokon belüli és azok közötti egységes megközelítés fontosságát; ugyanakkor - a téma 'hot topic'-jaira való utalásokkal - jelezni szeretné a kórház előtti ellátási szint sajátosságát és az attól elvárható ellátást a jövőben remélten fejlődő magyar sürgősségi ellátás keretein belül.

Kulcsszavak: Súlyos sérült, helyszíni ellátás, ATLS™, BTLS™, PHTLS™, folyamatábra

SZ.20

TRAUMATOLÓGIA AMBULANCIA A SÜRGŐSSÉGI OSZTÁLY INTEGRÁLT RÉSZEKÉNT

Dr. Skrabák Péter

Szent Imre Kórház Sürgősségi Betegellátás Mátrix Intézete, Budapest

Cél: Az előadás célja annak a sürgősségi ellátórendszerre alapuló, flexibilis ellátási struktúra bemutatása, mely érzékenyen reagál a valós ellátási igényre.

További cél azoknak a lehetőségeknek a keresése, mely egy baleseti ambulancia szintjén működő egység munkáját integrálni képes a progresszív ellátás rendszerébe.

Módszer: A kórház és a Sürgősségi Egység számítógépes nyilvántartásának adatai segítségével elemeztük a traumatológiai beteganyag eloszlását.

Adatok, eredmények: A Szent Imre Kórházban 2001. év végén útjára induló Sürgősségi Betegellátó Egység több mint két éven át, az elvárható elsősegély szintjén túl csak a kisebb lágyszöveti sérülések definitív ellátását tudta biztosítani. Ebben az időszakban - 2004-ig - szakellátási háttér hiánya ellenére a sürgősséggel jelentkező betegek 10-13%-a igényelt traumatológiai ellátást. Ez éves nagyságrendben 2003-ban közel 2.600 beteget jelentett. Ez az igény alapozta meg egy a Sürgősségi Betegellátó Egységen, annak részeként, folyamatosan üzemelő traumatológiai alegység kialakítását. A szervezeti egység beindítását követően találtuk meg ennek az ellátás formának nemzetközi megfelelőjét a MIU-tz (minor injury unit) - A&ED (accident and emergency department) ellátási alternatívákat. 2004-ben 16.500 beteg traumatológiai ellátására került sor. A betegek csupán 3%-t kellett magasabb dependencia szintű ellátó helyre irányítani. A betegek 15%-a koponyasérült, 56%-a lágyszöveti sérült 26%-a csont-izületi sérült és 4%-uk mellkasi-hasi sérült volt. A beérkező betegek közel 17%-át mentő szállította egységünkre - ezen csoport 15%-át kellett továbbszállítani magasabb dependencia szintű ellátóhelyre.

Következtetés, összefoglalás: A kórházi sürgősségi egység valós tükrö egy-egy régió ellátási igényének, mint szervezeti forma alapot adhat a jelzett igény kielégítésére is. A kialakított MIU-t a jelzett szemlélet példaként értékeljük. Felhívjuk a figyelmet a prehospitális ellátók diszpozíciós döntésének kulcsszerepére a sérültek ellátási igényének felmérésekor. A sürgősségi ellátás integratív szerepét hangsúlyozva célként jelöljük különböző dependenciájú kórházak baleseti ellátásának harmonizációs lehetőségeit (diagnosztika, műtéti előkészítés, kommunikáció) az ellátó helyek saját szakmai protokolljainak sértése nélkül.

Kulcsszavak: MIU, trauma ambulancia, betegirányítás

SZ.21

NŐVÉREK ATTITŰDJEI A REANIMÁCIÓHOZ EGY KÖZKÓRHÁZ KÜLÖNBÖZŐ OSZTÁLYAIN

Dr. Kiss Domonkos, Dr. Székely Gábor, Dr. Andorka Mátyás, Dr. Diószeghy Csaba

Jahn Ferenc Dél-Pesti Kórház Sürgősségi betegállató Osztály, Budapest

Bevezetés: A kórházban végzett újraélesztések során is kritikus fontosságú az első észlelő-ellátó szerepe. In-hospitális reanimációknál ez (az esetek zömében) az osztályon dolgozó nővér. Felmérésünkben arra voltunk kíváncsiak, milyen attitűdökkel, milyen elképzelésekkel rendelkeznek a kórházunk különböző osztályain

dolgozó nővérek a reanimációval kapcsolatosan, illetve hogyan ítélik meg felkészültségüket, magabiztosságukat egy keringésmegállás ellátásakor.

Vizsgálati anyag és módszerek: kérdőív segítségével vizsgáltuk a különböző osztályokon (belgyógyászat, neurológia, sebészet, intenzív, sürgősségi) dolgozó nővérek véleményét 3 kérdéskörben: alapvető tárgyi tudás megléte, magabiztosság foka, morális megfontolások. A válaszadásra hét fokozatú vizuális analóg skálát (VAS) használtunk.

Eredmények: az anonim kérdőívet 70 dolgozó válaszolta meg, 21 f? (30%) belgyógyászat (B), 9 fő (12,8%) sebészet (S), 12 f? (17,1%) neurológián (N), 12 fő sürgősségi (SBO) osztályon (E), 16 fő (26,8%) intenzív osztályon (I) dolgozik. A nővérek magabiztossága általában jó, legalacsonyabb a neurológián. Az újraélesztés megkezdését a legtöbb osztályon még sokan az orvos kompetenciájába sorolják (B,N), az intenzív osztály korai értesítése is alacsony fokú (N,B), sokszor az ügyeletesbe vetett bizalomtól is függ (N, E sokszor alacsony, B, S, I magas). A keringésmegállás túlélését nézve a sürgősségi dolgozói a legpesszimistábbak. A legtöbb osztályon a sikeres CPR növeli a nővér megbecsültségét, legkevésbé az ITO-n.

Következtetések: Vizsgálatunkból kiderül, hogy a különböző osztályokon dolgozó, egységes képzést (a SBO és ITO kivételével) nem kapott nővérek szaktudása, hozzáállása, elképzelése az újraélesztésről meglehetősen eltérő, azonban jelentős különbség a legtöbb kérdésben nem észlelhető. Mindezek alapján vizsgálatunkból tanulságként levonható, hogy a kórházi újraélesztéseknél is kiemelt fontosságú első észlelő, az osztályos nővér szaktudása, rátermettsége, magabiztossága elsősorban rendszeres képzés révén javításra, egységesítésre szorul, mely képzés részét képezheti egy a dolgozók véleményeit, hozzáállását - akár ismételt - felmérés kérdőíves vizsgálat.

SZ.22

SÜRGŐSSÉGI SZOLGÁLAT MAGYARORSZÁGON - TAPASZTALATAINK

Erőss Attila, Dr. Berényi Tamás, Dr. Futó Judit

Szent Imre Kórház Sürgősségi Betegellátás Mátix Intézete, Budapest

Cél: Az összkórházi halálozást csökkentő, sürgősségi elvekre alapuló kórházi rendszerek hazai elterjesztésének, adaptálásának vizsgálata. További cél a bevezetés hiányosságainak feltárása.

Módszer: alkalmazott riasztások statisztikai és egyedi feldolgozása. Önkéntes, anonim vezetett kérdőíves módszer értékelése.

Adatok, eredmények: Intézetünkben - az Intenzív Terápiás Egység (ITE) keretei között - 2004. április 1-e óta működik "Medical Emergency Team" (MET) mintájára szervezett Sürgősségi Ellátó Szolgálat (SESZ). A SESZ feladata, hogy a kórház bármely egységén bekövetkező akut állapotromlás esetén a nap 24 órájában gyors segítséget nyújtson a beteg állapotának felmérésében, ellátásának megkezdésében és a betegség kezelésének legjobban megfelelő ellátási egységre való esetleges elhelyezésében. A szolgálatban egy intenzív terápiás szakorvos és egy intenzív terápiás szakasszisztens tevékenykedik. 2004. április 01. és 2005. február 28. között a szolgálatot 96 esetben riasztották a kórház területén. Az esetek felében (50%) az ellátás után a beteget a riasztás helyszínén hagyták, s 34,8%-ukat szállították további kezelésre az ITE-re. Az ITE-re szállított betegek mortalitása 58 %-os volt, szemben az egység átlagos 20 %-os mortalitásával. 42 kérdőív feldolgozása történt meg a válaszadók 67 %-a nő, 32 %-a férfi, átlagéletkoruk 46,1 év, átlagos klinikai tapasztalatuk 13,8 év volt. A megkérdezettek 62 %-a nővér, 38%-a orvos. Az összes válaszadó 28,5 %-a riasztotta már legalább egyszer a SESZ-t. Akik már riasztották a SESZ-t, 75%-ban ismét riasztának hasonló helyzetben. A válaszadók 19%-a feleslegesnek, 9,5%-a értelmetlennek, 28,6%-a jó, 14,3%-a nagyon jó ötletnek tartotta a szolgálat bevezetését. A riasztás formáját, módját a megkérdezettek 26%-a nem ismerte. A riasztási kritériumokat elfogadható szinten 62%-ban ismerték. Azt a meghatározó lehetőséget, hogy szakdolgozó is riasztassa a szolgálatot megkérdezett orvosok 67%-a, a nővérek 35%-a nem tartotta elfogadhatónak.

Következtetések, összefoglalás: A mortalitás elvárt csökkenése nem tapasztalható. A felmérésből kiderül, hogy sokan nem tudnak azonosulni a rendszerrel, így valószínűleg nem is, vagy csak megkésve riasztják azt. A SESZ jó működésének egyik alapfeltétele lenne, hogy az akut állapotromlást követő legrövidebb időn belül kerüljön sor a riasztásra. A riasztás természetesen nem orvosi privilégium, hisz az esetek nagy részében a nővér az, aki jóval több időt tölt a beteggel, elsőként észleli a bajt. A magyar egészségügy feudális hierarchiájában azonban ezt még nagyon nehéz elfogadtatni. A bevezetés további ismeretterjesztést, felvilágosítást igényel.

Kulcsszavak: Sürgősségi Ellátó Szolgálat

SZ.23

KÓRHÁZI RESUSCITATIÓS SZOLGÁLAT - HOGYAN JOBBAN?

Nagy Ferenc, Dr. Berényi Tamás

Cél: Az Utstein adatgyűjtésből levonható következtetések minőségjavító hatásának bemutatása. **Módszer:** Utstein adatbázis és a kapcsolódó eseti dokumentáció elemzése

Adatok, eredmények: Intézetünkben a Sürgősségi Betegellátó Egység megalakulását követően, 2002. januárjától működik újraélesztési szolgálat. 2003. szeptemberétől a teljes dokumentáció az ILCOR által ajánlott "Utstein" szerinti formátumban készül - lehetővé téve ezzel az objektív összehasonlítást, s a minőségügyi alapokon fekvő fejlesztést.

	2002	2003	2004
team átlagos kiérkezési ideje	2'05"	2'10"	2'05"
CPR megkezdése a team érkezése előtt	51,3 %	59,0 %	67,6 %
primer RoSC	39,2 %	38,1 %	54,1 %
kórházból elbocsátott betegek	n.a.	10 %	16 %

Következtetések, összefoglalás: 2002 óta évente szervezünk újraélesztési tréningeket, melyeken a kórház bármely osztályán dolgozó asszisztensek és orvosok vehetnek részt. E képzések speciálisan a kórházi resuscitációs szolgálat szemléletét hordozzák. A rendszeres képzéseknek köszönhetően jól látható módon növekszenek a resuscitációs team megérkezése előtt végrehajtott tevékenységek minőségi mutatói.

A resuscitációs szolgálat szakmai kompetenciáját az évente szervezett ALS kurzusokkal és a félévente tartott frissítő tanfolyamokkal igyekeztünk szinten tartani a szolgálat megalakulásától kezdődően. 2004 első félévétől havi rendszerességgel tartunk ún. próbariasztásokat. A próbariasztások keretében a resuscitációs teamnek egy szimulált újraélesztési feladatot kell megoldania - ALS gyakorló fantom segítségével - valós környezetben, valós eszközökkel. A gyakorlat minden esetben videó rögzítésre kerül, melyet a gyakorlat vezetői és a resuscitációs team tagjai röviddel a próbariasztás után közösen kielemeznek.

Ez év januárjától elemeztük a különböző osztályok vonatkozó statisztikáit, s a speciális adottságoknak megfelelő tanfolyamok/képzések megvalósításával tervezzük a hosszú távú túlélés esélyeinek javítását.

A resuscitációs szolgálatnál és az összkórházi szinten alkalmazott - minőségügyi alapokon nyugvó - képzési stratégia az összesített adatok alapján minőségi javulást eredményezett a resuscitációk kimenetelét illetően.

Kulcsszavak: resuscitáció, resuscitációs szolgálat, tanfolyam

SZ.24

MELLKASI KOMPRESSZIÓK VÉGZÉSE MOZGÓ MENTŐGÉPKOCSIBAN

Dr. Góbl Gergely¹, Blazsek Anikó¹, Dr. Góbl Gábor², Dr. Diószeghy Csaba¹

1) Jahn Ferenc Dél-Pesti Kórház Sürgősségi Betegellátó Osztály, Budapest, 2) Országó mentőszolgálat Főigazgatóság

Bevezetés: A mellkasi kompressziók folyamatos és megszakítások nélküli végzése elengedhetetlen feltétele a sikeres resuscitationak. A helyszíni reanimációk egy részében a keringésmegállást kiváltó tényező nem szüntethető meg, ilyenkor felmerül a beteg sürgősségi osztályra való beszállítása - akár a folyamatos mellkasi kompressziók alatt is. Az irodalomban jelenleg nincs olyan adat, ami a mozgásban lévő mentőautóban zajló kompressziókat az álló kocsiban történővel hasonlítaná össze.

Célkitűzés: a mellkasi kompressziók összehasonlító vizsgálata álló és mozgó mentőgépkocsiban, kontrollált körülmények között.

Módszer: Resuscitációban képzett (ERC ALS Provider) segélynyújtók által végzett kompressziókat az AMBU C fantom számítógépes szoftverével rögzítettük. Az álló, majd előre meghatározott útvonalon - az engedélyek birtokában - megkülönböztető jelzést használva haladó standard MB-210 esetkocsiban 3 percen át folyamatos kompressziókat végeztek, random sorrendben. Az eredmények közül a kompressziók frekvenciáját, mélységét, a hibás kéztartás fantom által történő jelzésének gyakoriságát valamint a mellkas kitérés akadályozását (leaning) figyeltük átlagosan, majd az első, második és harmadik percben elkülönített 10 másodperces időintervallumokban is. Az eredményeket 1 mintás T próbával hasonlítottuk össze, szignifikancia szintnek a $p < 0,05$ fogadtuk el.

Eredmények: Az álló gépkocsiban történő kompressziók során a 3 perces reanimáció alatt a segélynyújtó fáradása a frekvencia csökkenésében (101,1 - 95,1 - 92,8; mindegyik $p < 0,05$) valamint a kompresszió mélységének csökkenésében (38,9 - 34,5; $p < 0,05$) érhető tetten. Érdekes módon a mozgó kocsiban történő reanimáció során ez a fáradás semmilyen paraméterben nem mutatott szignifikáns eltérést a vizsgált 3 perc alatt. A két helyzet összehasonlításakor kiderült, hogy az általunk vizsgálat paraméterek tekintetében egyedül az átlagos 3 perces tartó compressio frekvenciájában van szignifikáns eltérés (95,0 - 104,8; $p < 0,05$), méghozzá a mozgó kocsiban történő reanimáció javára. A többi paraméterben szignifikáns eltérés nem igazolódott.

Következtetés: Az általunk vizsgált paraméterekben nincs jelentős eltérés az álló vagy a mozgó mentőko-csiban történő mellkasi compressio tekintetében.

Limitáció: a vizsgálat természetesen nem alkalmas arra, hogy a haemodynamikai hatás tekintetében következtetést lehessen levonni. Erre további vizsgálatok elvégzésére van szükség.

SZ.25

A KÓRHÁZON BELÜLI ÚJRAÉLESZTÉSEK ÉRTÉKELÉSE MAGYARORSZÁGON - UTSTEIN SZERINTI ADATFELDOLGOZÁS

Szente Szilvia, Dr. Diószeghy Csaba

Jahn Ferenc Dél-Pesti Kórház Sürgősségi Betegellátó Osztály, Budapest

Bevezetés: A resuscitációk egységes forma szerinti adatgyűjtését Magyarországon még csak kevés kórházban végzik rutinszerűen. A rendelkezésre álló adatok egymással és a nemzetközi eredményekkel való folyamatos összevetése pedig igen érdekes és hasznos következtetésekre adna lehetőséget.

Célkitűzés: A kórházon belüli újraélesztések kontrollált vizsgálatát Utstein szerinti mintavételezéssel végeztük el a jelenleg ilyen adatszolgáltatást végző három intézményben. Az adatokat összesítettük és részben az adatszolgáltató három centrumot egymáshoz, részben pedig az összesített hazai adatokat a nemzetközi irodalomban fellelhető eredményekhez hasonlítottuk.

Módszer: A Semmelweis Egyetem Kútvölgyi Klinikai Tömb (KKT), a Jahn Ferenc Kórház (JFK) és a Szent Imre Kórház (SzIK) resuscitációs szolgálatai által 2002. július 1. és 2004. december 31. közti időszak alatt dokumentált újraélesztéseinek Utstein adatlapjait összesítettük.

Eredmények: Összesen 225 resuscitatio adatait elemeztük, ebből 51 a KKT-ben 116 a JFK és 58 a SzIK-ban történt. A sokkolandó ritmusok (VF/VT) aránya 10,7% volt. Spontán keringés helyreállása (ROSC) 47%-ban történt a kórházat élve elhagyók aránya 10,2% volt. A centrumok között különbség mutatkozott a VF/VT aránya, a resuscitációk átlagos ideje valamint a kórházat élve elhagyók aránya között is. A nemzetközi irodalomban a ROSC 46% a kórházi elhagyás aránya pedig 17%. Ugyanitt a VF/VT arány is magasabb (31,4%)

Megbeszélés: a hazai adatok nemzetközi eredményekkel történő összehasonlítása azt mutatja, hogy a ROSC tekintetében a hazai újraélesztések hatékonysága megfelelő. A kórházat élve elhagyók aránya azonban még elmarad a nemzetközi adatok szerint várhatótól. Az okok között a beteganyag különbözőségei (intenzív és coronaria őrzők bevonása a nemzetközi adatokba); valamint feltehetően a postresuscitatio komplex kezelésben látható különbségek jelölhetők meg. A hazai centrumok eredményeiben látható különbséget elsősorban a beteganyag különbözőségei (a kórház felépítéséből adódó profilok eltérései) okozhatják.

Köszönetnyilvánítás: az adatszolgáltatásért dr. Fritúz Gábort (KKT), dr. Kiss Domonkost (JFK) és Nagy Ferencet (SzIK) illeti köszönet.

SZ.27

SZEPSZISMENEDZSELÉS SÜRGŐSSÉGI OSZTÁLYON, INTENZÍV OSZTÁLYOS TAPASZTALATOK ALAPJÁN

Dr. Farkas Anikó, Dr. Tóth Anikó

Kenézy Gyula Kórház-Rendelőintézet Kórházhygiénés és Anaesthesiologiai és Intenzív Therapiás Osztály, Debrecen

Célkitűzés: kórházunk intenzív osztályán rendszeres infektológusi konzultálás mellett eredményes infektó-menedzselés folyik. Ennek minél több algoritmusát szeretnénk a sürgősségi osztályon is alkalmazni.

Módszer: 2004. január 1.-2004. december 31. között az intenzív osztályon kezelt és felvételkor infektóival rendelkező betegek kórtörténetét elemeztük retrospektíve. Vizsgáltuk, hogy intenzív osztályos ellátásuk előtt sürgősségi osztályon milyen diagnosztikus és therapiás beavatkozások történtek és ezek mennyi időt vettek igénybe (antibiotikum, sebészi ellátás, intenzív supportív therapia).

Adatok, eredmények: 819 betegből 178 rendelkezett infektóival felvételekor. Az osztályon 78 betegnél alakult ki fertőzés. Sürgősségi osztályról infektóival 19 beteget vettünk át. A súlyos sepsissel felvett betegek több, mint 90%-a nem sürgősségi osztályról került hozzánk, noha az esetek 30%-a volt területen szerzett.

Következtetés: Infektóival felvételre kerülő betegek esetében hatékonyabb diagnosztikára és menedzselésre lenne szükség, már a sürgősségi osztályon. Elengedhetetlen ennek érdekében a sürgősségi osztály ezirányú támogatása: a célzott diagnosztika, a súlyosság felmérő score-ok használata, megfelelő monitorozás, a hatá-sos oki és supportív therapia minél korábbi megkezdése. Ehhez finanszírozási feltételeket, oktatást és rendszeres ellenőrzést kell biztosítani.

Összefoglalás: a súlyos fertőzés miatt intenzív osztályra felvett és alapvetően területen szerzett infektóik menedzselésében a sürgősségi osztály jelenleg korlátozott szereppel bír, ezen célszerű változtatni. A sürgős-

ségi osztály infekció ellátási protokolljának kialakításához prospektív, legalább 2 hónapos vizsgálatot terve-
zünk, napi infektológusi jelenléttel:

Kulcsszavak: sürgősségi ellátás, sepszis score, helyi szakmai protokoll

SZ.28

A TISZTÁZATLAN ETIOLÓGIÁJÚ HAEMOTHORAXRÓL

Dr. Varga Csaba, Dr. Szappanos Klára, Dr. Horváth Gyula, Dr. Balogh Gábor
Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár

Jelen előadásunkban B.J. 67 éves férfi beteg esetét kívánjuk ismertetni, aki banális mellkasi panaszokkal ér-
kezett Intézményünkbe. A vizsgálatok után panaszai hátterében tisztázatlan etiológiájú haemothorax igazol-
ódott. Előadásunkban a diagnosztikai nehézségekre és a kórképre kívánjuk a figyelmet felhívni az eset is-
mertetésével a kórházba kerüléstől a lábadozásig.

Kulcsszavak: haemothorax, tisztázatlan etiológiájú, diagnosztikus nehézségek

SZ.29

KAPOSVÁR - ÚJ SÜRGŐSSÉGI OSZTÁLY INDULT

Dr. Varga Csaba, Dr. Repa Imre, Dr. Soós Viktor
Kaposi Mór Oktató Kórház Sürgősségi Betegellátó Centrum, Kaposvár

Rövid előadás formájában, életképekkel illusztrálva kívánjuk bemutatni Somogy megye és a dél-dunántúli
régió első Sürgősségi Betegellátó Centrumát a kialakítástól a működésig.

Kulcsszavak: Sürgősségi Betegellátó Centrum, Somogy megye, Kaposvár

SZ.30

ETILÉN-GLIKOL MÉRGEZÉS NEM VÁRT KOMPLIKÁCIÓVAL - ESETISMERTETÉS

Dr. Dorogi Edit, Dr. Gulyás Szilvia, Dr. Kovács Zsolt, Dr. Fekete Borbála
Jósa András Kórház Sürgősségi Betegellátó Osztály, Nyíregyháza

F.E. 43 éves nőbeteg etilén-glikol mérgezéssel került osztályunkra. Felvétele után néhány órával
haemorrhagiás shock tüneteit észleltük, melynek hátterében lépruptura igazolódott, sürgős műtét történt.

SZ.31 A SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁS MINŐSÉGÜGYI KÖVETÉSE

Oláhné Minya Tünde, Csikai Sándorné
Jósa András Kórház Sürgősségi Betegellátó Osztály, Minőségügyi Csoport, Nyíregyháza

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórház Sürgősségi Betegellátó Osztálya 22 éves múltra tekint vissza. 22 év
alatt körvonalazódott a Sürgősségi Betegellátó Osztály feladata, létrehozásának haszna.

Az SBO jövőképe minden érdekelt fél elvárásával összecseng, nevezetesen a fejlesztés, a szakmai és tudo-
mányos kibontakozás, továbbképzés szervezett és egyéni formája, minden munkaköri csoportban természe-
tes igényként jelenik meg. Mindezek a betegellátás minőségének javítását és a társadalmi visszhang javulá-
sát segítik.

Előadásunkban bemutatjuk a Jósa András Kórház minőségügyi rendszerét, a sürgősségi betegellátás folya-
matát, működését, jövőkép formáló elemeket a minőségügy keretében, minőségügyi módszerek alkalmazá-
sával.

SZ.32

VÍZMÉRGEZÉS KÖVETKEZMÉNYEKÉNT KIALAKULT, SÚLYOS KLINIKAI TÜNETEKEL JÁRÓ HIPOZMOTIKUS HIPERVOLÉMIA

Dr. Botos Péter, Dr. Kiss Katalin, Dr. Marton Sándor, Dr. Kozma Zsolt
Markhot Ferenc Kórház-Rendelőintézet Sürgősségi Betegellátó Osztály, Eger

A só-és folyadékháztartás szabályozásának folyamata kiemelt jelentőségű a szervezet homeostasisának fenn-tartása céljából. A vizeket érintő bármilyen irányú jelentős változás súlyos következményekhez vezethet. Esetismertetésünkben egy 17 éves betegünk kórtörténetét mutatjuk be, akit ismétlődő epileptiform rosszullé-teket követően kontaktusképtelenül, hiperpirexiás állapotban súlyos fokú hiponatrémiával szállítottak kór-házunk Sürgősségi Betegellátó Osztályára. Jelen munkánk célja egy szokatlan etiológiájú, alarmírozó klinikai képpel járó hipozmotikus hipervolémia bemutatása, kiemelve a differenciál diagnózis legfontosabb tényezőit, az anamnesis jelentőségét valamint a kezelés tervezésének és ellenőrzésének szempontjait.

Kulcsszavak: hiponatrémia, hipervolémia, vízmérgezés, agyödéma, konvulziók

SZ.33

AZ ALAPELLÁTÁSI ÜGYELET HELYE A SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁSBAN

Dr. Debreceni Katalin

Szent Imre Kórház Sürgősségi Betegellátás Mátix Intézete, Budapest

Cél: Az alapellátási ügyelet szerepének hangsúlyozása és jelölése a sürgősségi ellátás láncolatában.

Módszer: az ügyeleti ellátó rendszer saját statisztikájának feldolgozása, a kapcsolódó kórházi rendszer - mint külső minőség kontroll - adatainak feldolgozása. Panaszos ügyek számának értékelése.

Adatok és eredmények: Budapest XI. kerületében az alapellátási ügyelet összeköltözött a sürgősségi egy-séggel. A két rendszer közös pontja az ambuláns betegforgalom - ahol az alapellátási ügyeleti szintre közös triage-nurse döntése alapján kerül a beteg. A helyszíni ellátások elsődleges "triage"-át szakképzett, ügyeleti asszisztensek végzik. 2004-ben 12263 beteget láttunk el. 62%-ukat ambuláns 38%-ukat helyszíni ellátását formájában menedzseljük. 2003-ban 3 panaszos ügyével szemben 2004-ben csupán egy esetet kellett kivizs-gálnunk. Kiemelkedő eredménynek tudható be, hogy az ellátási protokollok egységesítése megkezdődött a kórházi és az ügyeleti ellátás között.

Következtetés, összefoglalás: Véleményünk szerint a szakmai szempontból integrált rendszer elsődlege-sen a beteg érdekét és biztonságát szolgálja. Rendszer szempontjából hatékonyabbá, így gazdaságosabbá teszi a rendszert. Az ellátásban fellelhető időigényes párhuzamok jó effektussal kiküszöböli, így például a kri-tikus állapotok azonnali, megfelelő szintű ellátása nem késlekedik. A szakmai protokollok illeszkednek, az ellátás egységes szemléletű, a kölcsönös visszacsatolás gyors, általában kollegiális.

Megállapításaink:

- az alapellátási ügyelet elsősorban sürgősségi orvostani szemléletet igénylő ellátási forma, melyet a sürgősségi ellátás kereteiben kell felhasználni
- - kórházhoz való szakmai integrációja hatékony és gazdaságos
- - az elsődleges triage alapellátás szintjén is szakdolgozói kompetencia

Kulcsszavak: alapellátási ügyelet, triage, sürgősség, szakdolgozó, integráció

SZ.34

A SÜRGŐSSÉGI SZEMLELET KIALAKÍTÁSA A SZAKDOLGOZÓI KÉPZÉSÉBEN

Tamás Katalin, Dr. Berényi Tamás

Szent Imre Kórház Sürgősségi Betegellátás Mátix Intézete, Budapest

Cél: A sürgősségi betegellátás minden esetben egy jól szervezett team munkát igénylő folyamat, melyben meghatározó szerep jut az ezen a területen tevékenykedő szakdolgozóknak is. Célunk a sürgősségi betegel-látás alapvető fogalmainak - triage, dependencia szint, protokollok - megismertetése és a kapcsolódó ápolói kompetencia szintek meghatározása, a kapcsolódó készség biztosítása. Távlati cél a sürgősségi szemlélet készséggé tétele az egész kórház vonatkozásában.

Módszer: Intézetünk 2001. decemberében kezdte meg működését a Szent Imre Kórházban. Már a kezde-tekől kiemelt hangsúlyt helyeztünk az oktatásra, képzésre és továbbképzésre egyaránt. Az eltelt több mint 3 év alatt folyamatosan bővül mind az orvosi, mind a szakdolgozói létszámunk. Az osztályunkon a szakdolgozók több mint 3/4-a magasán kvalifikált. Az egységes szemléletet rendszeres belső továbbképzésekkel, kapcsoló-dó vizsgákkal biztosítjuk. A szemlélet kórházi megjelenését a kórházi akut ellátó osztályokon dolgozók részé-re, az Intézetünk által meghirdetett továbbképzések formájában biztosítjuk. Indikátorként, a triage-nures tevékenységének hatékonyságát találati arányban, egyes magas dependenciájú kórkép ellátását időfaktor, a resuscitatio készség meglétét a RoSC (spontán keringés visszatértének) arányában értékeljük.

Eredmények: A triage nurse munkája a jelentkező betegek alapellátásba való átutalása, melyet 97,3% biz-tonsággal végeznek. A rendszerbe visszairányított betegek csupán 0.5%-a kerül végül kórházi ellátásra. Eb-ből adódó találati biztonság 99% feletti. A magas dependencia szintű betegek átlagos menedzselési ideje:

ACS (PCI-management) 14 perc, ischaemic stroke (door-drug time) fibrinolysis megkezdési ideje 34 perc. Mindkét paraméter belül van a nemzetközi elvárásban megfogalmazottnak. A team munka hatékonysága - reanimáció vonatkozásában - az egységen végzett és a kórházi újraélesztés során tapasztalt, elsődleges sikerességgel jellemezhető. Az elsődleges visszatérés helyszínén (Sürgősségi Egység) 66%, míg kórházi szolgálat szintjén 45%.

Következtetés, Összefoglalás: A fenti adatok egységünk munkájának nemzetközi összehasonlíthatóságát szolgálják - a változó mutatókat folyamatosan értékeljük és keressük a változás okát, a további javítás lehetőségeit. Ezek a mutatók csak egységes és hatékony team-munkával érhetőek el, amiben a szakdolgozóknak meghatározó szerepe van. Ez a készség a gyakorlatra is nagy hangsúlyt fektető továbbképzés, rendszeres gyakorlás és kontroll rendszerében sajátítható el. Az így megszerzett ismeretek hozzájárulnak a kórházi összhálózási arány csökkentéséhez.

Kulcsszavak: sürgősségi szemlélet, akkreditált továbbképzés

SZ.35

A TERROR ÉS A SÜRGŐSSÉG

Dr. Svéd László

Honvédelmi Minisztérium, Honvéd Vezérkar, Egészségügyi Csoportfőnökség, Budapest

A különböző, elsősorban öngyilkos merényletek során keletkező sérülés típusok, azok nagyságrendjét befolyásoló körülmények és a felszámolás idejét meghatározó eljárások és módszerek bemutatása az előadás célja.

Az elemzés az afganisztáni és iraki műveletek, illetve az izraeli egészségügyi szolgálat közel 900 öngyilkos merénylet következményeinek felszámolása során szerzett tapasztalatok szintetizálásával próbálja a figyelmet az egyszerű és hatékony módszerekre irányítani.

A terror akciók megelőzése gyakorlatilag lehetetlen. A következmények felszámolásához igen szakszerűen felkészült erőkre - köztük egészségügyi erőkre - és roppant egyszerű eljárásokra van szükség.

Általában a terror akciók helyszínén a veszteségek megoszlása az alábbiak szerint alakul:

- 10% halott, de ez autóbuszban 18 %, zárt térben 14 %, nyílt területen 8 %
- 21 % stressz reakció,
- 30 % polytraumatizált, súlyos sérült,
- 3-5 % könnyű sérült, helyszínén ellátható,
- 34-36 % sértetlen.

Az 50 %-on felüli veszteség nagyságrendekkel haladja meg az általában katonai műveleteknél számvetett veszteségeket. A sérülések jelentős része általában a nyílt területen elkövetett akciókban végtagsérülés, míg zárt térben a fej és mellkas sérülések dominálnak.

A helyszíni ellátás során a részletes osztályozást és az adminisztrációt kerülni kell, ez a kórházak és a végleges ellátó helyek feladata. A helyszínén a beavatkozások kizárólagosan a légút biztosítására, - lehetőség szerint pulsoxyméter kontrollal - mellkas drainagere és vérzéscsillapításra szorítkoznak.

Így érhető el, hogy 10-20 percre becsült káosz periódusa után, 10-30 percen belül a helyszíni ellátás befejezhető, és 60-70 perc múlva a kiürítés fázisa is lezajlik. Az izraeli beszámolók a fenti módszerek alkalmazásával jelenleg 34 perces felszámolási átlag időről szólnak.

Nyilvánvalóan ehhez állandó készenlétben lévő szárazföldi- és légi úton alkalmazható kiürítő, valamint egészségügyi ellátó személyzetre van szükség.

SZ.36

BETEGJOGOK SÜRGŐS SZÜKSÉGBEN

Lendvai Rezső

Országos Mentőszolgálat Szombathelyi Mentőállomása

Cél: A sürgősségi ellátásban részt vevők figyelmét felhívni a betegjogok megismerésére és megtartására.

Módszer: Az 1997. évi CLIV. törvény egyes betegjogi paragrafusainak elemzése, a sürgősségi ellátás szakmai és szervezési szempontjainak figyelembe vételével

Adatok, eredmények: 5 év tapasztalatai mutatják, hogy sok panasz keletkezik sürgős szükségben, amelyek jó része megelőzhető lenne.

Összefoglalás: A sürgős szükség nem ok a betegjogok megsértésére. A beteget sürgős esetben is megilleti az ellátáshoz való jog, az emberi méltóságának tiszteletben tartása, a kapcsolattartási- és a titoktartási jog. A beteg a törvény szabta keretek között élhet az önrendelkezéssel és az ellátás visszautasításának jogával is.

Az érvényes jognyilatkozatok elkészítése, a cselekvőképtelen beteg jogainak tiszteletben tartása mind folyamatos ráfigyelést igényel.

Kulcsszavak: Betegjogok, betegjogi képviselő, ellátáshoz való jog, kapcsolattartás, önrendelkezés, jognyilatkozat, cselekvőképtelen, ellátás visszautasítás, helyettes döntő.

SZ.37

AKUT DIABETOLOGIAI KÓRKÉPEK A SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁSBAN

Dr. Lénárt Marianna¹, Dr. Erdélyi Zsuzsanna¹, Dr. Juhász Márta²

Bács-Kiskun Megyei Kórház 1) Sürgősségi Betegellátó Osztály, 2) II. Belgyógyászat

A korszerű inzulinfajták, a konzervatív vagy intenzifikált inzulinkezelés, valamint a per os terápia széleskörű lehetőséget biztosít a diabetes mellitus kezelésében. A váratlan szövődmények elhárítása sürgős beavatkozást igényel. Ezen diabeteses krízisállapotok : a hypoglycaemiás coma (insulin kiváltotta, valamint sulfanylurea- kezelés során észlelt, eszméletvesztéssel járó rosszullét), hyperglycaemiás ketoacidosis, a hyperosmolaris, nonketotikus coma és a laktatacidosis. Az adequat sürgősségi ellátáson túl ezen kórképek közül a teljes CH-anyagcsere rendezéséig osztályunkon döntően az inzulin kiváltotta hypoglycaemiás comás betegeket kezeljük. A sulfanylureák okozta elhúzódó hypoglycaemia valamint a hyperglycaemiás comák szoros observatio mellett osztályos felvételt igényelnek.

SZ.38

AZONOS SZAKMAI SZÍNVONAL, ESÉLYEGYENLŐSÉG MAGYARORSZÁG EGÉSZE RÉSZÉRE A SÜRGŐSSÉGI BETEGELLÁTÁSBAN

Dr. Zsonda László

Jósa András Kórház Sürgősségi Betegellátó Osztály, Nyíregyháza

Megszűnt a hátrányos helyzetű, vidéken, kistelepüléseken élő lakosság, valamint a hiányszakmákkal küzdő intézmények egészségügyi ellátásának kedvezőtlen helyzete. Csökkenthető az évenkénti idő előtti, elkerülhető halálozás mértéke. Javítható az évente kb. 150-200 ezer szívroham és agyi érbetegség miatt megbetegedettek, a toxikológiai, traumatológiai, anyagcsere zavarok és egyéb más betegek optimális időn belüli ellátásának lehetősége. Azonnalivá tehető valamennyi szakterület legmagasabb szintű sürgősségi ellátása, biztosítható a folyamatos szakmai továbbképzés.

A Mona-System Egészségügyi Informatikai Konzultációs Rendszer képes valamennyi fekvőbeteg intézet, szakrendelő, alapellátási rendelő és az egészségügyi minden egyéb felhasználója között szakmai konzultációt létrehozni.

A betegellátásban alkalmazott valamennyi diagnosztikus berendezés álló és mozgóképanyagát belső hálózaton és az interneten továbbítani lehet konzultációs céllal. Ahol nincs internet, ott modemes kapcsolatok továbbítják a laboratóriumi kéréseket és EKG felvételeket. A konzultációs központok folyamatosan adnak szakmai segítséget a területi betegellátás részére és biztosítják a progresszív betegellátás keretében az optimális időn belüli betegátvételt. A betegek otthonukból digitalizált vércukormérővel, vérnyomásmérővel és EKG készülékkel kapcsolódhatnak a konzultációs rendszerhez. A konzultáció nélkülözhetetlen része a skype telefonrendszeren történő szóbeli megbeszélés, mely konferencia beszélgetésre is alkalmas és ingyenes a regisztrált felhasználók között. A rendszer egész országra való kiterjesztése azonnali szakmai segítségkérést és segítségnyújtást biztosít valamennyi egészségügyi intézmény, alapellátási rendelő és az állampolgárok részére is. A rendszerhez való csatlakozás csak elhatározás kérdése. A felhasználónak minimális bérleti díjjal lehet a konzultációs rendszerhez kapcsolódni.