

Czesław Żaba,<sup>1</sup> Zbigniew Żaba,<sup>2</sup> Jerzy T. Marcinkowski,<sup>3</sup> Aneta Klimberg<sup>3</sup>

## Przediagnozowanie w rozpoznawaniu obrażeń czaszkowo-mózgowych jako błąd diagnostyczny

### Overdiagnosis of crano-cerebral injuries as a diagnosis error

<sup>1</sup> Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej, Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>2</sup> Z Kliniki Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Leczenia Bólu, Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>3</sup> Z Katedry Medycyny Społecznej, Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

W pracy przedstawiono problem błędu diagnostycznego polegającego na nadużyciu rozpoznań obrażeń czaszkowo-mózgowych a zwłaszcza wstrząśnienia mózgu. Stawiane przez lekarzy, w tym także specjalistów, rozpoznania dotyczące urazów czaszkowo-mózgowych w tym wstrząśnienia mózgu często są nieadekwatne do wywiadu, objawów klinicznych i wyników badań dodatkowych. Przyczyn błędnych diagnoz (nadużyć) jest kilka, jednak najczęściej wynikały one z niedokładnie zebranego wywiadu, nadmiernej ostrożności lekarza, zbytnej ufności do pacjenta oraz pomocy w uzyskaniu wyższych odszkodowań. Przediagnozowanie wynikało również z przekonania lekarzy, że błąd diagnostyczny polega na nierozpoznanie choroby albo obrażenia, a nie na diagnozie na wyrost, aby uniknąć późniejszych oskarżeń ze strony pacjenta. Dlatego do sporadycznych sytuacji należą sprawy sądowe przeciwko lekarzom, którzy przediagnozowali obrażenia.

The report presents the problem of a diagnostic error consisting in abusing the diagnosis of cerebro-cranial injuries, and especially cerebral concussion. Diagnoses of cerebro-cranial injuries, including brain concussion established by physicians, including specialists, are often inappropriate in view of the medical history, clinical manifestations and laboratory findings. There are several reasons for the misdiagnoses (diagnostic abuse), but most commonly they result from an inappropriately taken medical history, excessive trust in the patient, and willingness to help the patient in receiving higher compensation. Overdiagnosing is also caused by the conviction shared by physicians that a diagnostic error lies in non-detection of a disease or injury rather than in overdiagnosing the patient in order to avoid subsequent charges. This is

why proceedings at law against physicians who have overdiagnosed injuries occur only sporadically.

**Słowa kluczowe:** błąd diagnostyczny, uraz czaszkowo-mózgowy  
**Key words:** diagnostic errors, cerebro-cranial injuries

W Polsce obserwujemy systematyczny wzrost liczby spraw karnych i cywilnych w sądach powszechnych, a także sądach lekarskich dotyczących problemu błędu medycznego popełnionego przez pracowników służby zdrowia, przede wszystkim lekarzy. Istotą błędu medycznego jest działanie lub zaniechanie sprzeczne z powszechnie przyjętymi podstawowymi zasadami wiedzy lekarskiej. Zasady te są przekazywane już w czasie studiów lekarskich i zawarte są w dostępnych podręcznikach. Ponadto każdy lekarz w związku z ciągłym postępem wiedzy lekarskiej zobowiązany jest do stałego dokształcania się i posiadania aktualnych wiadomości medycznych. W piśmiennictwie medycznym i prawniczym wprowadzono różne podziały błędów medycznych: diagnostyczne, terapeutyczne, techniczne, organizacyjne, decyzyjne, wykonawcze i orzecznicze [1, 3, 5].

Jednym z najczęstszych popełnianych błędów przez lekarzy jest błąd diagnostyczny. Błąd diagnostyczny polega na wadliwej ocenie objawów chorobowych, co w konsekwencji doprowadza do wyciągnięcia innych wniosków niż te, które wynikają w takich przypadkach z rzetelnej wiedzy medycznej. Przyczyną błędu diagnostycznego jest

przeoczenie przez lekarza objawów choroby z powodu niedokładnie zebranego wywiadu lub badania przedmiotowego (tzw. błąd przez zaniechanie) albo nieprawidłowej interpretacji uzyskanych wyników badań (tzw. błąd rozumowania). Błąd diagnostyczny skutkuje zwykle późniejszymi konsekwencjami, ponieważ ma decydujące znaczenie na cały dalszy proces leczenia chorego, a często powoduje skutki nieodwracalne [3, 4, 5].

Błąd diagnostyczny ma znaczenie nie tylko kliniczne, zwłaszcza w ostrych stanach chorobowych, wpływając na postępowanie lecznicze, ale także orzecznicze. Nierozpoznanie obrażeń, zwłaszcza wewnętrznych, ma istotne znaczenie w celu ustalenia następstw doznanego urazu, a tym samym kwalifikacji prawnej czynu czy też oceny stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu. Rozpoznając błąd diagnostyczny zwykle ma się na myśli – jak wyżej podano – nierozpoznanie choroby czy też obrażenia. Natomiast niezauważanym problemem przez klinicystów jest sytuacja odwrotna, tzn. rozpoznawanie chorób, obrażeń, których nie ma lub określenia ich jako cięższe (na wyrost) niż są one w rzeczywistości. Takie sytuacje należy określić jako przediagnozowanie [3, 5].

Lekarze stawiający takie rozpoznania na wyrost, które zwykle są korzystne dla pacjenta, uważają, że nie wywołują one ujemnych skutków, tak jak w przypadku nierozpoznanie choroby czy obrażenia. W świadomości lekarzy panuje pogląd, że błąd diagnostyczny polega na nierozpoznanie choroby albo obrażenia, a nie sytuacje odwrotne – przediagnozowanie. Dlatego aby uniknąć późniejszych oskarżeń ze strony pacjenta lekarze często decydują się postawić diagnozę na wyrost, czyli przediagnozować. Z tego względu do sporadycznych sytuacji należą sprawy sądowe przeciwko lekarzom, którzy przediagnozowali obrażenia.

Zdaniem autorów takie rozpoznania na wyrost (przediagnozowanie), należy traktować także jako błąd medyczny diagnostyczny, a w niektórych przypadkach błąd opiniodawczy.

Przyczyn błędnych przediagnozowań jest kilka, najczęściej to nieprecyzyjnie zebrany wywiad, w tym także, co do okoliczności zdarzenia. Bardzo często lekarz ogranicza się do ogólnego stwierdzenia chorego, że w wyniku urazu głowy stracił przytomność. Wynika to z jednej z głównych zasad leczenia, udzielania pomocy jakim jest zaufanie lekarza do chorego. Lekarze dają wiarę chorym i często nie podejmują próby, aby zobiektywizować uzyskaną informację. Opierając się na uzyskanych danych w trakcie zebranego wywiadu udzielają zwolnień od pracy, a potem rozpoznają nerwicę pourazową, cerebriastenię albo encefalopatię pourazową. Inny-

mi przyczynami stawiania rozpoznań na wyrost są nadmierna ostrożność lekarza, a niejednokrotnie „pomoc” w uzyskaniu wyższych odszkodowań. Lekarze, aby uniknąć pretensji a później oskarżeń ze strony pacjenta, że nie rozpoznano u niego choroby, obrażenia, ponieważ podaje subiektywne dolegliwości, których obiektywnie nie może lekarz zweryfikować, decydują się często pod presją chorego na postawienie diagnozy na wyrost, czyli przediagnozowanie. Często takie rozpoznania na wyrost jest później wykorzystywane przez chorego w celu osiągnięcia odszkodowania albo uzyskania czasowej niezdolności do pracy.

Najwięcej błędnych rozpoznań stawiali lekarze w izbach przyjęć szpitali oraz powołani *ad hoc* w charakterze biegłych sądowych. W pracy pominięto inną przyczynę nadużycia diagnostycznego, którą jest prośba chorego w zamian za korzyść materialną, ponieważ takie postępowanie lekarza nie mieści się w kategoriach błędu diagnostycznego.

Do najczęściej popełnianych błędów z zakresu obrażeń czaszkowo-mózgowych należały wstrząśnienia mózgu [1, 3, 5].

Obrażenia czaszkowo-mózgowe są najczęstszymi obrażeniami ciała występującymi u ofiar wypadków komunikacyjnych, pobić i bójek, upadków itp. Nierzadko poza obrażeniami głowy występują także obrażenia w obrębie innych narządów, które mogą być przyczyną dodatkowych objawów klinicznych utrudniających rozpoznanie zarówno obrażeń czaszkowo-mózgowych jak i innych narządów. Obecność obrażeń wielonarządowych może być przyczyną pomyłek diagnostycznych, spotykanych zwłaszcza ze współistnieniem stanu nietrzeźwości osoby badanej. Obrażenia czaszkowo-mózgowe nie są łatwe do rozpoznania, jak i leczenia. Jest to spowodowane wieloma czynnikami, tj. siłą i miejscem urazu, rozległością i charakterem obrażeń, a także często skrytym przebiegu w początkowym okresie. Najtrudniejsze do rozpoznania są obrażenia zamknięte głowy oraz stany lżejsze niepozostawiające trwałych następstw. Niejednokrotnie decydującym czynnikiem w rozpoznaniu obrażenia wewnątrzczaszkowego są podawane objawy porażonego.

Problematyka obrażeń ośrodkowego układu nerwowego poza kliniką i autopsją obejmuje również orzecznictwo karne, cywilne i ubezpieczeniowe. Prawidłowa kwalifikacja urazów czaszkowo-mózgowych i ich następstw także nie jest łatwym zadaniem orzeczniczym. W kilkunastu sprawach cywilnych i karnych wydawaliśmy opinie dotyczące ustalenia obrażeń głowy, zauważono, że postawione rozpoznania w dokumentacji medycznej nie odpowiadają rzeczywistym odniesionym obrażeniom [1, 2, 3, 5].

Najczęściej weryfikowanymi rozpoznaniem klinicznymi obrażeń czaszkowo-mózgowych były wstrząśnienia mózgu i jego późniejsze konsekwencje pod postacią cerebriestonii pourazowej, encefalopatii.

Rozpoznanie wstrząśnienia mózgu stanowi jedno z trudniejszych i budzących wątpliwości zagadnień nie tylko klinicznych, ale i sądowno-lekarskich. Wstrząśnienia mózgu są niemal powszechnie rozpoznawane u osób, które doznały jakiegokolwiek urazu głowy. Takie rozpoznanie stawiają lekarze w oparciu tylko o zebrany wywiad, gdy badana osoba podała, iż straciła na moment przytomności. Pojęcie krótkotrwałej utraty przytomności jest określeniem nieściśłym.

W przypadku dłuższej utraty przytomności i towarzyszącej jej niepamięci wstecznej rozpoznanie wstrząśnienia mózgu nie budzi wątpliwości. Nadużywanie rozpoznań wstrząśnienia mózgu najczęstsze jest w przypadku lekarzy udzielających pierwszej pomocy w ambulatoriach, izbach przyjęć szpitali i pogotowia ratunkowego, a także neurologów, do których chorzy zgłaszają się po kilku dniach. Często chorzy byli kierowani do neurologa z rozpoznaniem stłuczenia głowy. Natomiast neurolog zmieniał rozpoznanie na wstrząśnienie mózgu lub stan po wstrząśnieniu mózgu.

Powyższe sytuacje stawiają w bardzo trudnej roli biegłego lekarza, który jest zobowiązany do wydania obiektywnej opinii sądowno-lekarskiej. W takich przypadkach biegły lekarz weryfikuje rozpoznania wstrząśnienia mózgu w oparciu o zapisy zeznań świadków oraz chorego zawartych w aktach sprawy.

W większości przypadków wstrząśnienie mózgu było rozpoznawane po twierdzeniu pacjenta, że stracił przytomność oraz zgłaszanych bólach głowy. Po kilkudniowej hospitalizacji pacjenci otrzymywali skierowanie celem dalszego leczenia do neurologa oraz zwolnienie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy. Bardzo często u takich chorych w badaniu neurologicznym nie stwierdzono odchyłań od normy.

W przypadkach zgłaszanych bólów głowy trwających kilka lub kilkanaście dni po zdarzeniu, mimo braku odchyłań w badaniu neurologicznym, lekarze rozpoznawali cerebriestonię, encefalopatię pourazową.

Aby uniknąć błędnego rozpoznania ważne jest przeprowadzenie prawidłowego badania pokrzywdzonego. Zbierając wywiad lekarz powinien starannie i dociekliwie ocenić podawane skargi przez badanego, aby wyeliminować agrawację, symulację, dysymulację. Wnikliwej analizie zawsze trzeba poddać informacje dotyczące utraty przytomności po doznanym urazie głowy. Decydującym

tutaj elementem, czy rzeczywiście wystąpiła utrata przytomności jest niepamięć wsteczna, która umożliwia odtworzenie całego przebiegu zdarzenia. Często się zdarza, że lekarze rozpoznają chwilowe zamroczenie spowodowane urazem głowy, związane z tym ból uznają za utratę świadomości. Umiejętnie zebrany wywiad pozwala zwykle na ocenę wiarygodności takich skarg. Zgłaszane dolegliwości nieraz wynikają ze stanów nerwicowych o typie nerwic neurastenicznych [1, 2].

Zdarza się, że badany podświadomie wiąże odczuwane dolegliwości innego pochodzenia z danym zdarzeniem, np. bóle głowy w przebiegu nadciśnienia tętniczego, zmian zwyrodnieniowych odcinka szyjnego kręgosłupa, zapalenia zatok.

Niejednokrotnie czas leczenia szpitalnego czy też ambulatoryjnego jak również zwolnienia od pracy są głównymi kryteriami orzekania następstw urazów głowy. Autorzy coraz częściej spotykają się z sytuacjami przedłużania pobytu w szpitalu nie z powodu leczenia doznanych obrażeń czy też konieczności przeprowadzenia badań, lecz z przyczyn finansowych, które miały na celu refundację leczenia przez kasy chorych.

Kwalifikacja następstw urazu nie zależy od czasokresu pobytu w szpitalu lub zwolnienia od pracy. Podstawą opiniowania jest wyłącznie ciężkość i okres lub trwałość utrzymywania się skutków w postaci obrażeń, które należy określić zgodnie z kodeksem karnym. Dłuższy pobyt w szpitalu często wynika nie tylko z doznanych obrażeń, lecz wykonywania specjalistycznych badań, koniecznej obserwacji, a czasami leczenia innych chorób niezależnych od wypadku.

Przediagnozowanie w postaci wstrząśnienia mózgu przynosi szkodę samemu choremu, ponieważ wywołuje bądź pogłębia to nerwicę (roszczeniową).

Dłuższy pobyt w szpitalu chorego niż to wynika ze stanu jego zdrowia, po wykluczeniu chirurgicznych i innych powikłań, może skutkować wystąpieniem u chorego niesłusznego przekonania o ciężkości doznanego uszkodzenia (obrażenia) i wpłynąć na jego postawę poprzez wyzwolenie zachowań hipochondrycznych.

Poniżej przedstawiono przypadek, który jest przykładem powyższego stwierdzenia.

Młoda kobieta uczestniczyła w wypadku samochodowym jako pasażer, zajmujący miejsce z tyłu. Z lekkimi obrażeniami głowy w postaci sińców została razem z innymi uczestnikami wypadku przewieziona do szpitala. Po zbadaniu pokrzywdzonej lekarz rozpoznał u niej wstrząśnienie mózgu i stłuczenie głowy, kwalifikując te obrażenia do leczenia powyżej 7 dni. Z uwagi na kwalifikację obrażeń

sprawa trafiła do sądu, który zwrócił się do ZMS o wydanie opinii odnośnie określenia rodzaju doznanych obrażeń i ich kwalifikacji. W aktach sprawy poza orzeczeniem wystawionym przez lekarza ze szpitala nie znajdowała się inna dokumentacja medyczna pokrzywdzonej. Z protokołu przesłuchania poszkodowanej wynikało, że podczas jazdy samochodem znajdowała się na tylnym siedzeniu, gdzie spała. Obudziła się, gdy samochód był już w rowie. Z tego względu nie zna okoliczności przed zjazdem samochodu do rowu. W szpitalu chirurg spytał się czy wie co się wydarzyło przed wypadkiem i w trakcie. Pokrzywdzona poinformowała, że nie pamięta wypadku, lecz nie wspomniała o fakcie spania przed wypadkiem. W szpitalu – poza sińcami głowy – nie stwierdzono innych obrażeń, jak również nie było kontynuowane żadne leczenie. Brak dokładnie zebranego wywiadu, a jedynie oparcie się na jedynym fakcie niepamięci wypadku spowodował, że lekarz dyżurny błędnie postawił rozpoznanie wstrząśnienia mózgu.

## PIŚMIENNICTWO

1. Chróścielewski E.: Orzecznictwo sądowo-lekarskie w obrażeniach ośrodkowego układu nerwowego. Pat. Pol., 1974, 25, 3, 415-423.
2. Głowacki J., Marek Z.: Urazy czaszki i mózgu. Krakowskie Wydawnictwo Medyczne. Kraków 2000.
3. Marek Z., Kunz J.: Przewidywanie jako ważna kategoria błędu medycznego. Arch. Med. Sąd. i Krym., 1988, 37, 4, 177-183.
4. Nestorowicz M.: Prawo Medyczne. Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa „Dom Organizatora”, Toruń 1994, 62-65.
5. Raszeja S.: Błędy i niepowodzenia w postępowaniu lekarskim w przypadku obrażeń czaszkowo-mózgowych w świetle opinii sądowo-lekarskich. Arch. Med. Sąd. i Krym., 1988, 4, 240-246.