

## A TOMPA HASI SÉRÜLÉSEK FELISMERÉSÉRŐL

Dr. Széchy Miklós orvos alezredes az orvostudományok kandidátusa

*A Magyar Honvédség Központi Honvédkórház Baleseti Sebészeti Osztály 40 éves fennállása alkalmából tartott tudományos ülésen elhangzott előadás, 1993. január 29.*

**Akut hasnak az általános sebészetben három eredete lehetséges: a vérzés, a fertőzés és a passagezavar. A sürgető életveszélyben ezt a hármat kell felmérni és felismerni, nem egyes szervi, vagy egyes betegségdiagnózisra törekedni.**

Az idő sohasem áll meg, ez a legdemokratikusabb törvény. Az ember azonban időnként megáll egy percre és megünnepeli önmagát. Ilyenkor a múltat elemzi, hogy jobbíthassa a jövőt. *A ma ünnepelet 40 év több egy emberöltőnél, így a kerek számok büvöletén túl is megérdemli az ünneplő kiértékelést.*

47 szolgálati évem árulkodva jelzi, hogy már orvos voltam a magyar traumatológia megalakulásánál. Örömmel észleltem végig óriási szervezeti, diagnosztikus és terápiás fejlődésüket. De az ünnephez igazán méltónk azt tartom, hogy a hasi sérüléseket most csak példaként használjam fel arra, hogy ez ünnepen egyszer tényleg Önmagunkról beszéljünk. Arról ugyanis sosem esik szó, hogy hogyan is jut el gondolkodó agyunk a diagnózisig, pedig már *Hipokratész* azt tanította, hogy „*Az istenek az eredményes terápia feltételül a helyes diagnózis követelményét szabták ki ránk*”.

Az idő az intuitív és blick-diagnózis csodáját és az ezzel járó háttér-bizonytalanságot is átjátszotta a műszeres és laboratóriumi diagnosztikáknak. Hangsúlyozom: korántsem kívánom ezek óriási té-

nyértékét csökkenteni, bár csapdájuk nemcsak az, hogy nem mindig, nem mindenhol és nem mindenkinek állnak rendelkezésére, hanem az is, hogy háttérbe szorították a fizikális diagnosztikát. Ezt tette már a század fordulón a röntgensugár is: azelőtt is törtek csontok, és régi könyvek tanúsítják, hogy fizikálisan is lehetett elég pontos törésvizsgálatot csinálni (igaz, több is volt a sánta ember). Nem árt tehát mindig készen tartani klinikai diagnosztikus ismereteinket (mint Cromwell is tanácsolta: jó, ha a katonáknak felolvassák a bibliát is, csak el ne felejtsek szárazon tartani a puskaport. Ismétlem ez nem az új ellenemelt kifogás, mert akkor hogyan lenne fejlődés, hanem az értékes régi védelme. Mindig adódhatnak helyzetek, és mi katonáorvosok tudjuk legjobban, hogy a triage tevékenységében milyen kevésbé lehetne helyet szorítani gépeknek és laboratóriumi metodikáknak. Az életveszély, a gyors halál veszélye az időt és a gyors tevékenységet is kötelezően meghatározza: ilyenkor az időigényes vizsgálatok eredményei nemegyszer késve érkeznek: halált, szövődeményt, de mindenképpen nagyobb terhet róva a sérült szervezetére. Emiatt döntő a gyorsan eredményt adó magasszintű klini-

kai diagnosztika. Verebély azt tanította, hogy ehhez három tényező szükséges: (1) sok beteget kell rendszeresen vizsgálni, mert ebből tanulunk és tapasztalunk. (2) minden egyes beteget is sokszor és rendszeresen meg kell vizsgálni (egyáltalán meg kell vizsgálni, mert néha azt is alig, vagy rosszul teszik), mert így található fel a megbúvó, nem árulkodó, de meghatározó jel, melyből a mögötte lévő jelenségre következtethetünk. (3) Végül a diagnózis csinálás közben is tudatos következetességgel kell vizsgálnunk, hogy nem követünk-e gondolkodásunkban logikai hibát: **Bakay** is azt tanította, hogy a rossz diagnózisnak három csoportja van: vagy a tünet csap be, vagy az interpretáló logikánk. Harmadik, a tudatlanságé, a nemtudás, az elégtelen tudás és rossz vizsgálat eredménye. Idézte **W. Osler**-t: „*It is astonishing with how little reading and knowing a doctor can practice medicine, but it is not astonishing how badly he may do it*”.

**Schütz** filozófiai tankönyve szerint az orvosi diagnosztika inductív–deduktív nyomozó munka: tudásunk aktuális általánosságából, keressük az egyedit, a jelet, melyből visszakövetkeztetve az általánosra máris megvan a baj. **Bertalanfy** Nobel-díjas rendszerelmélete azonban a megismeréshez vezető úton több módszert igényel. Ilyen az analysáló–synthetizáló értékelés (már **Göthe**: *Analyse, wenn nötig, Synthese wenn möglich*), valamint a fogalomalkotáshoz szükséges abstractív–determinatív (kiemelő–specifikáló) gondolatpár. Így áll össze a megismeréshez a subjektív emberiszemélyi alap, amely számítógépes software-t a tudományos morfológiai és functionalis objectív tényekből képes rendszerbe állítani.

Ezeket a vizsgáló gondolati metodikákon átszűrve: a *tompa hasi sérülések azéрт acutan életveszélyesek, mert hasi katasztrófát okoznak*. Acut hasnak az általános sebészetben három eredete lehetséges: a vérzés, a fertőzés és a passagezavar. A sürgető életveszélyben ezt a hármat kell felmérni és felismerni, nem egyes szervi, vagy egyes betegségi diagnózisra törekedni. Sürgős celiotomiát ugyanis csak ez a három tényező indokol. Eldönteni ténylegesen azt kell, hogy operáljuk-e, vagy nem? A műtét viszont csak akkor lesz több exploratív, ha el tudjuk látni, ha valami eldugult, vagy kilyukadt, valamint, ha rekonstruálhatjuk, vagy resecálhatjuk, ha valami roncsolódott, vagy veszélyt okozóan elromlott. Tehát a műtéti javallat sem műtét típusra, hanem csoportra teendő — különösen hyperacut esetekben. A műtét javallata ilyenkor lehet a „nem tudom” diagnózis, de az fog a fölösleges és iatrogenitással terhelt műtéttől kevesebbet végezni, aki ezt a „nem tudom” javallatot csak tudatosan és rendszerben végigvezetett gondolatsor frustratioja után mondja ki. A legnehezebb és legfelelősségteljesebb határozat természetesen az ellenjavallat, ami acut has esetén sosem lehet definitív, csak rendszeres időközönként szigorúan revideált.

A balesetes acut has azonban különbözik is a betegség okozta katasztrófától abban, hogy: 1. egyszerre több fajta katasztrófát okozhat egyetlen sérülés (nemcsak a betegen, hanem a hasüregben is). 2. Balesetben szinte alig látható primer passagekatasztrófa, ami csak szövödményként alakul ki napok után. Helyette a szervcsonkolások jelentenek újabb csoportot. 3. A sérüléssel eredet miatt a fájdalom — különböző fokon — baleset után mindig

megtalálható, így a fájdalom finomító analysise nemegyszer a diagnózis letéteményese. 4. Más a baleset katasztrófája abban is, hogy vérzés esetén sebészi eredetben a lumenbe, vagy szabad hasüregbe került vérezéstipizálás — helyett, vagy mellett — két másfajta csoport végiggondolása is szükséges: a primer vascularis és a sekunder (szövetroncsolást követő) apoplexiás vérezéstipusé. Az előbbi inkább (spontán alig csillapodó) fluid, a másik apoplexiás, vagy (szervroncsolásnál) kevert vérezést eredményez. Nagy fluid vérzés akár a shock-tüneteket meg sem várva okoz nagy dyspnoeal és finom didergéssel járó, sápadt, gyors halált, míg az apoplexiás vérzés spontán mechanikai és biológiai csillapodókészsége miatt ad időt a sebészeti interventiora. 5. Fertőzés esetén el kell különíteni a bakteriális és a metabolikus toxicosist: bakterialisat a gyomor-bélhuzam sérülése okoz (a gyomoré kihívó kémiai peritonitist, a vékonybélé elkent alattomos fertőzést mutat, míg a vastagbélé magas lázzal, hypekinetikus circulatio jeleivel és profus sudomotoros activatioval járó endotoxinshock tüneteivel jelentkezik; míg metabolikus toxicosist a vér, epe, pancreasnedv, nyirok, vizelet és a parenchymás szervek traumás zuzalékának hasüregbe ömlése okozza. 6. A roncsolás érheti a hasfalat, az üreges és parenchymás szerveket és ezek függesztékeit a mesenteriumot, valamint az urogenitális apparatust. 7. Nem szabad elfeledkezni baleseteknél a környezet, a nem szigorúan vett hasüreg sérüléseinek vizsgálatától és felméréséről sem: a mellkas, a rekesz, a gerinc, a medencecsontok és a gát vizsgálata nélkül nem teljes a felismerő-nyomozó munka. (Az egész törzs vizsgálata szükséges tehát).

*A teljes diagnosztikus gondolatmenet*

*végigvezetése nagyon hosszú tanulmány lenne. A további gondolkodásbeli logika példakénti bemutatására a sérüléseknél mindig jelenlévő fájdalom finomító klasszifikálásának bemutatására vállalkozom csupán:*

**A fájdalom idegi jel.** Van eredete, kiindulási forrása, helye, típusa, foka, minősége, jellege és kapcsolt tünetei. Mindezek végig gondolandók. *A direct neurogen (villámcsapásszerű) fájdalom* mellett az indirect angiogen és myogen fájdalom további csoportra bontható: *Az angiogen fájdalom* lehet pulzáló (fluxió), feszülő (congestív), vagy ischaemiás (progressív). *A myogen fájdalom* lehet (folyamatosan) spasticus, vagy (nem görcsszerű, feszülő) dystensív. *Az angiogen a roncsolásokat és gyulladásokat követi, a myogen az üreges szervekre tereli a gyanút (sphinchterek). Kiinduló pontja alapján constansan helyhezköött a hasfal roncsolásos fájdalma, míg változó lehet a helye, vagy kiterjedő jellegű (nemcsak ott fáj, ahol sérült) a hasüregi roncsolásé.* Folyamatosan monitorozni kell a fájdalom fokát, ennek progressív, stagnáló, vagy regressív jellegét. **Észlelni kell** mennyiségileg a kisnagymegsemmisítő foka mellett a minőséget is: *Apprehensív* (csak nyomásérzékeny) fájdalmat okoz a zúzódás, *continuuális* az ischaemiás, *dystensív* a paralyticus, szabályosan visszatérő a bélvezeték, ismeretlen kisugárzó az epe és ureter, a lépsérülés fájdalom. Tompa, de helyhezköött a roncsolás érzékenysége, míg progressióra utal az impulzivitás. *Típusa szerint* található a hasban *peritonediális* fájdalom, a jellemző visceromotoros és viscerosensibilis kísérőtüneteivel és a *visceralis-vegetatív* fájdalom, melyet még a kooperáló beteg sem tudja helyhez kötni, hanem hasa körülta-

pogatásával, körbesimitásával jellegzetesen keresi, de nem találja. Az *urogenitalis fájdalma* nem jelentkezik a középvonalban, hanem oldalt, combba sugárzanak (kivéve a hólyag dystensív fájdalma). A *retroperitoneum fájdalma* tompa, erősödően progressív, feszülő, hátba sugárzik. De nemcsak a kisugárzásra, hanem a kapcsolódó tünetekre is figyelni kell: van *nyugalma* t parancsoló mozdulatlan helyzetű fájdalom (pancreas, duodenum), *positiot kereső* (lép, vékonybél, vese, epe) és *iactaló mozgást kikényszerítő* (elzáródásos, ischaemiás, görcsös). Kísérő tünet a hányás, vizeleti, székletinger. **Befolyásolhatja a fájdalom keringést** (shock, pulzus, vérnyomás), a *légzést* (fulladás, poltachidyspnoe), a *termo és audiomotoros aktivitást* és így tovább: mindenki bővítheti megfigyeléseit a betegeken éppúgy, mint fiziologiai, pathofiziologiai és diagnosztikai könyvekből, egyenként gyűjtve ki az egyes típusokat és értéküket.

*Látható, hogy a jó orvost a rossztól nem egyetlen, hanem nagyon sok kicsi, apró tulajdonság különbözteti meg.*

Ezekről igyekeztem Önöket informálni, gondolatokat indukálva, ha fel tudtam kelteni érdeklődésüket (ami **Bakay** szerint a jó előadás ismérve). Ha csak annyit fogadnak el ezekből a taxatív felsorolásokból, hogy tudatossággal és rendszerezéssel biztosabb (rendszerelméleti) alapra helyezhetik diagnosztikus rutinjukat, előadásom már célt ért el, hiszen mesterségből tudomány szintjére emelték metodikájukat.

*A tudomány ugyanis nem más, mint rendszerezett tudás.*

**Col. Miklós Széchy M. D. M. C.**  
**Detection of blunt abdominal injuries**

Underlying causes of acute abdomen in general surgery are as follows: haemorrhage, infection and intestinal obstruction. In life-threatening emergency situation these three factors are have to be assessed and recognized without striving to diagnose pathological changes of different organs or to determine disease entities.

*Dr. Széchy Miklós*  
*1014 Budapest, Uri u. 30.*