

## Ne a gombhoz alakítsuk már a kabátot! – gondolatok egy jogszabály-módosítási kezdeményezés margójára

Több alkalommal keresett már Mihály Sándor, az OVSz Szervkoordinációs Iroda igazgatója az agyhalál észlelésével és megállapításával kapcsolatos probléma megoldása érdekében. Az országos koordinátorok a donort jelentő és gondozó kollégáktól többször kapnak visszajelzést arról, hogy nem minden esetben sikerül elérni a jogszabályban előírt módon az apnoe teszt elején a normokapniát (38-42 Hgmm), továbbá a teszt végén a 60 Hgmm-es CO<sub>2</sub>-határértéket. A koordinátor szervezet a hatályos jogszabály előírásainak megfelelő eljárást kéri minden indokolt esetben, éppen az agyhalál megállapítását végző bizottsági tagok és a kórházak védelme érdekében. Visszajelzésük alapján egyes kollégák azt is megfontolandónak tartják, hogy a jogszabályt módosítsuk.

Amikor az agyhalál megállapítással kapcsolatos tanfolyamokon részletezzük a hazai jogszabályt, minden alkalommal büszkén kiemeljük a hallgatónak, hogy a hazai szabályozás azért is úttörő jellegű, mert checklist-szerűen tartalmazza, milyen feltételek teljesülése esetén megalapozott az agyhalál diagnózisának kimondása. A jogalkotók szándéka ezzel egyrészt a szakmai, másrészt a jogi biztonság biztosítása az agyhalál-megállapításban résztvevők számára. Ez azt is jelenti azonban, hogy azok a kollégák, akik nem a feltételek teljesülésével mondják ki az agyhalál tényét, mind szakmailag, mind jogilag hibát követnek el és elmarasztalhatók.

Csak emlékeztetőül: az apnoe teszt végzésének feltétele, hogy normokapniáról indulva, a beteget a lélegeztetőgépről levéve (közben passzív O<sub>2</sub>-áramlást biztosítva) vizsgáljuk azt, hogy a légzőközpontot az emelkedő CO<sub>2</sub> parciális nyomás képes-e beindítani és képes-e légzőmozgásokat elindítani. Egy valóban agyhalott, hiányzó spontán légzésű betegnél a 60 Hgmm-es CO<sub>2</sub> érték elérése az artériás vérben nem jelenthet gondot! A kiindulási normokapniára való beállítás kontrollált lélegeztetés esetén egy intenzív szakorvos számára nem okozhat szakmai kihívást. Persze előfordulhat, hogy a kiinduláskor (kompenzált vagy nem kompenzált) metabolikus acidózis van jelen. Ilyenkor az apnoe-teszt alatt felszaporodó szén-dioxid egy része bikarbonát képzésre használódik el és ezért nem emelkedik meg az artériás PCO<sub>2</sub> 60 Hgmm-re. Ezt a célt szolgálja a kiinduláskor vett artériás vérgáz minta analízise. Ilyenkor az apnoe teszt megkezdése előtt külső bikarbonát bevitelével

kell rendeznünk a bázishiányt és csak ezt követően végezhető szakmailag megalapozottan a teszt.

Az OVSZ is és a szakképzést-szakorvos továbbképzést végző egyetemek is évről-évre nagy energiákat fektetnek arra, hogy képzésekkel fokozzák a kollégák szakmai biztonságát az agyhalál diagnosztikával kapcsolatosan. Ezeken a tanfolyamokon az agyhalál megállapítás rutin teendői mellett az esetlegesen előforduló bizonytalansági tényezőkre is kitérünk. A jogszabály módosítása helyett az ismeretek frissítését és elmélyítését én inkább megfontolandónak tartanám.

Dr. Fülesdi Béla