

AKUTNO OPITO STANJE

Vinko Čatipović¹, Marija Čatipović*

* Djelatnost za psihijatriju, Opća bolnica Bjelovar (prim. Vinko Čatipović, dr. med.)

Specijalistička pedijatrijska ordinacija Marija Čatipović, Bjelovar (mr.sc. Marija Čatipović,
dr. med.)

Adresa za dopisivanje:

Vinko Čatipović

B. Papandopula 36

43000 Bjelovar

SAŽETAK

Alkoholizam je praćen brojnim tjelesnim, neurološkim, psihičkim i socijalnim komplikacijama. Stručna literatura ukazuje na povezanost akutnog opitog stanja s traumama glave i neurokirurškim komplikacijama, ali je moguća povezanost i s komplikacijama drugih vrsta. U radu smo prikazali bolesnicu koja je zaprimljena na odjel psihijatrije pod slikom akutnog opitog stanja. Anamnestički i heteroanamnestički podaci su bili površni i neprecizni, u statusu kod prijema nisu bili izraženi znaci povrede glave niti akutnog intrakranijalnog zbivanja. Tijekom opservacija uočen je razvoj neuroloških simptoma i poremećaja svijesti, čemu je slijedila hitna neuroradiološka obrada i neurokirurška intervencija. Već u radovima „starih“ psihijatara (Bleurler) nalazimo upozorenje da se iza kliničkih slika uvjetovanih konzumiranjem alkohola znaju prikriti druge bolesti, uz rizik previda jedne od njih, navodeći pri tome da pojedine skupine simptoma mogu dobiti «alkoholnu boju». Cilj rada je ukazati na diferencijalnodijagnostičke teškoće pri obradi akutnog opitog stanja i opasnost prekrivanja nezavisnih patoloških stanja plaštem akutnog pijanstva.

KLJUČNE RIJEČI: akutno opito stanje, komplikacije

ABSTRACT

Acute alcohol intoxication

Alcoholism is accompanied by a number of physical, neurological, psychiatric and social complications. Medical journals point to a relation of acute intoxication to head traumas and neurosurgical complications, but a relation to other kind of complications is also likely. In our paper we presented a patient who was admitted to the psychiatric ward with the diagnosis of acute (alcoholic) intoxication. Anamnestic and heteroanamnestic data were superficial and inaccurate, and in the status at the admission no signs of head trauma or acute intracranial processes were evident. During the observation, development of neurological symptoms and consciousness disorder were noticed, followed by an urgent neuroradiological treatment and a neurosurgical intervention. The warning that behind the clinical pictures caused by alcohol consumption other diseases can sometimes be hidden was voiced early, in the works of “the old” psychiatrists (Bleuler), who pointed out the risks of their misdiagnosis, as some groups of symptoms can acquire “an alcoholic hue”. The aim of this work is to focus on differential diagnostics and its difficulties in treatment of acute intoxication, as well as dangers of disguising independent pathological states as acute inebriation.

Key words: acute intoxication, complications

UVOD

Alkohol nije prirodni sastojak ljudskog organizma niti je potreban za normalan rast i razvoj, pa svako uživanje alkohola možemo smatrati intoksikacijom. Ipak, akutnim opitim stanjem smatramo stanje izazvano pijenjem većih količina alkohola, koje izazivaju značajne promjene ponašanja ili psihološkog funkcioniranja (1).

Nasuprot stavovima i radovima koji naglašavaju pojedinačne i ograničene pozitivne učinke konzumiranja manjih količina alkohola (4), stoje znanstveno dokazane činjenice štetnosti dugotrajnog konzumiranja većih količina alkohola (6). Novo doba i nove generacije odlikuju specifični oblici ponašanja, zabave, životnog stila, u kojima način konzumiranja alkohola ima svoje mjesto i ulogu (2). Vrijedno je istaknuti podatak da je u Hrvatskoj pivo registrirano kao prehrambeni proizvod (Zakon o hrani, N.N. 117/03).

U sklopu takvih društvenih trendova ne čudi podatak o sve većem broju osoba zaprimljenih na psihijatrijske i pedijatrijske odjele u stanjima akutne alkoholiziranosti (13). Akutno opito stanje od strane laika, a pogotovo mladih osoba, doživljava se kao gotovo uobičajeno, bezopasno stanje, te se često izbjegava tražiti medicinsku pomoć, što je pogrešno - akutno opito stanje već samo po sebi, ovisno o stupnju alkoholiziranosti i individualnim reakcijama na alkohol, a pogotovo kada uzmemo u obzir moguće komplikacije, često spada u urgentna i životno ugrožavajuća medicinska stanja (11).

PRIKAZ SLUČAJA

RADNA DIJAGNOZA

Pacijentica je primljena u Djelatnost za psihijatriju Opće bolnice Bjelovar, 01.06.2008. godine pod dijagnozom akutnog opitog stanja.

RAZLOG PRIJEMA U BOLNICU

Dovezena vozilom HMP, bez pratnje, akutno alkoholizirana, ličnica hitne pomoći traži detoksikaciju i opservaciju na odjelu psihijatrije.

ANAMNEZA

Bolesnica je rođena 21.10.1979. godine, u Bjelovaru, ima mlađeg brata. Otac je poljoprivrednik, majka trgovac. Obitelj živi u XX karj Bjelovara, ali je pacijentica podstanar u Bjelovaru, zbog posla. Završila je trgovačku školu, odnosno školu za komercijalistu. Nije udana, nema djece.

Sjeća se da je te noći bila u disku, pila je alkohol, uglavnom pivu. Izašla napolje, htjela poslati poruku mobitelom, pozlilo joj je, pala je. Ne zna da li je prvo pala pa joj je pozlilo, ili joj je pozlilo pa je pala. Jednom je povratila. Ne zna da li je pri padu udarila glavom, možda je, onda kaže da možda i nije. Ljuti se i želi da je pustimo, ne želi da zovemo roditelje i uznemiravamo ih u noći, smatra da je s njom sve u redu, ne vidi razlog zašto bi ostala u bolnici. Tek na nagovor, uz obrazloženje da treba ostati „samo par sati do jutra“, smiri se i pristane ostati na odjelu.

RANIJA PSIHIJATRIJSKA LIJEČENJA

Bolesnica je prilikom pregleda zatajila da je psihijatrijski već liječena i da ima otvorenu povijest bolesti u službi. Tek naknadno pronađemo povijest bolesti, u kojoj je evidentirano prvo bolničko liječenje na odjelu psihijatrije od 15. do 18. studenog 1999. godine, pod dg. Tentamen

suicidii cum Diazepam, Krizno stanje, Emocionalna imaturacija. Prema podacima interniste koji je prethodno pregledao pacijenticu 2 sata pred dolazak u bolnicu popila je 20 do 30 tbl. Diazepama, zbog nesuglasica s dečkom. Izvršena lavaža, ordinirana parenteralna rehidracija. Naredno jutro upućena psihijatru. Kod prijema navodi probleme u aktualnoj emocionalnoj vezi, te negativne reakcije članova obitelji, kao razlog pokušaja samoubojstva. Inače je djevojka uredno završila osnovnu školu, a edukativno zakazuje od 2. razreda zubotehničke škole, zbog čega je mijenjala školu i ponavljala razred. Prema nalazu psihologa urednog psihomotornog funkcioniranja, urednog intelektualnog statusa, jasna emocionalna imaturacija, uz blaže izražene histrionične dimenzije osobnosti. Iz otpusnog pisma: "Na odjelu ponašanje u granicama adolescentne dobi uz izraženu emocionalnu imaturaciju". U razgovoru sa socijalnim radnikom pacijentica navodi da majka uzima psihofarmake (s kojima se ona pokušala otrovati), žali se na emocionalnu distanciranost oca te zlostavljanje u aktualnoj vezi, kao i nedostatak intrapsihičkih kapaciteta za rješavanje tih problema.

HETEROANAMNEZA

Kako je bolesnica došla bez pratnje, podatke smo dobili od osoblja hitne pomoći. Osobe zatečene uz bolesnicu na mjestu intervencije hitne pomoći su izjavile da je ona to večer pila alkohol, pozlilo joj je, povratila je i pala. Kako nije bilo pouzdanih podataka o povredi glave, niti vidljivih tragova povrede glave, liječnica hitne pomoći je ocijenila da nema razloga bolesnicu voditi kirurgu, već je zatražila praćenje i detoksikaciju na odjelu psihijatrije.

STATUS KOD PRIJEMA

□ **PSIHIČKI:** pri svijesti, pokretna, orijentirana, alkoholizirana, nedistancirana, svadljiva, događaja vezanih uz pad se nejasno sjeća, ne daje jasne niti pouzdane podatke, pokušava samovoljno izaći iz ambulante, ne iznosi sumanutosti niti obmane osjetila, zadržana na opservaciji uz nagovor...

□ NEUROLOŠKI: samostalno pokretna, ali nesigurna u hodu i Rombergu, blaže smetnje koordinacije, zjenice izokorične, nema lateralizacije centralne etiologije, meningealni sindrom negativan.

□ SOMATSKI: kardiopulmonalno kompenzirana, afebrilna, normotenzivna, bez vidljivih tragova povrede glave.

TIJEK BOLESTI

Bolesnica je dovezena u hitnu psihijatrijsku ambulantu vozilom hitne pomoći oko 4 sata ujutro, nađena pred diskom, akutno alkoholizirana, pozlilo joj je, navodno je pala, jednom povratila, liječnica hitne pomoći traži opservaciju i detoksikaciju na odjelu psihijatrije.

Kod pregleda je bolesnica bila evidentno alkoholizirala, i sama je afirmirala konzumiranje alkohola te večeri. Nekritična i nesuradljiva, ne želi ostati u bolnici, želi izaći iz ambulante, daje netočne podatke (npr. zatajila da je psihijatrijski već liječena i da ima otvoren zdravstveni karton u našoj djelatnosti), odbija dati podatke o članovima obitelji (broj telefona roditelja). Nejasno se sjeća događaja od te noći, navodi da nije sigurna da li je kod pada udarila glavom... Izuzev nesigurnosti u hodu i Rombergu, te blažih smetnji koordinacije nije imala drugih neuroloških ispada, vidljivih tragova povrede glave nije bilo. Obzirom na okolnosti bolesnicu je bilo neophodno zadržati na opservaciji, na što je pristala tek na nagovor.

Oko 6 sati ujutro osoblje na odjelu je zamijetilo da je bolesnica počela intenzivno povraćati. Ponovnim pregledom utvrđena je značajna promjena statusa. Bolesnica koja je kod dolaska bila samostalno pokretna, živahna, dinamična i svadljiva, sada da je postala usporena, blaže somnolenta, desna zjenica šira. Više se ne opire opservaciji, jasno kaže da je pala i udarila glavom, objašnjavajući da je to kod prijema nijekala nastojeći izbjeći hospitalizaciju. Zbog sumnje na

intrakranijalno zbivanje posttraumatske geneze bolesnica upućena kirurgu. Obitelj bolesnice obaviještena o događaju.

Hitan kraniogram: fraktura temp. desno

CT: epiduralni hematom desno 8x2 cm

Neurolog nalazi da je bolesnica somnolentna, ne surađuje kod pregleda već se prepire. desno široka zjenica, ptoza desnog kapka, hemipareza lijevo, Babinski lijevo pozitivan. Dg. Haemathoma epidurale, Hemiparesi l. sin., Fractura cranii.

Kirurg opisuje da je kod prijema na odjel kirurgije bolesnica bila dublje somnolentna, na poziv otvarala oči i komunicirala, ali je bila dezorijentirana. Desna zjenica proširena, lijevo hemipareza te babinski lijevo. Hitna konzultacija dr. Mrak, neurokirurgija KBC Rebro te transport. Pacijentica je rrlaksirana i intubirana. Dg. Haematoma epidurale l.d., Fractura ossis temporalis l.d., Akutno opito stanje.

Bolesnica je zaprimljena na liječenje u Klinici za neurokirurgiju KBC Rebro, 1.6. , te je u Klinici boravila do 4.6.2008., otpuštena pod dg.: Haematoma epidurale l.d., Fractura ossis temporalis l. d., izvršena operacija: Craniotomia FT l.d.d osteoplastica, Evacuatio haematomatis. U otpusnom pismu se navodi da je pacijentica zaprimljena na kliniku radi operacijskog liječenja klinički i radiološki verificiranog epiduralnog hematoma s lijeve strane. Pacijentica je noć prije pala u alkoholiziranom stanju te je zaprimljena u OB Bjelovar gdje je na CT-u endokranija verificiran epiduralni hematom te fraktura temporalne kosti s lijeve strane. Isti dan, nakon konzultacije, pacijentica je premještena na kliniku radi operacijskog liječenja. Indicira se i dana 1. lipnja učini OETA operacijski zahvat. Po pripremi i pranju operacijskog polja napravi se desnostrana ostoplastična frontotemporalna kraniotomija te se evakuira epiduralni hematom. Rana se zatvori po slojevima uz drenažu. Zahvat je protekao uredno i bolesnica ga je dobro podnijela. Poslijeoperacijski se pacijentica premjesti u JIL. Kontrolni CT pokaže uredni poslijeoperacijski status. Rani poslijeoperacijski tijek protiče uredno, Pacijentica se osjeća subjektivno dobro, nema neuroloških ispada, te se premješta u

OB Bjelovar radi nastavka liječenja s preporukama: analgetika, Ranital 2x1, šave odstraniti 8. poslijeoperacijski dan, NRK kontrola kod operatera..

Opća bolnica Bjelovar, Djelatnost za neurologiju, bolesnica liječena od 4.6. do 12.6.2008. godine. pod dg.: St. post craniotomiam FT l.d. osteoplastica et evac. haematomatis epidurale, Fractura ossis temporalis l. d. Bolesnica je premještena s Neurokirurgije KBC Rebro nakon učinjene osteoplastične kraniotomije desno frontotemporalno i evakuacije epiduralnog hematoma. U otpusnom pismu se navodi da se bolesnica subjektivno osjeća bolje. Neurološki status: pri svijesti, kontaktibilna, orijentirana. Slabije čuje na desno uho. U AG položajima uredno održava gornje i donje ekstremitete,. Koordinacijske kretnje uredno izvodi. MTR simetrični, neg. r. Babinskog. Sfinktere kontrolira. Eupnoična, afebrilna, hipotenzivna. Fizikalni nalaz na srcu i plućima u granicama normale. Tijekom boravka na odjelu - stanje stabilno. Izvađeni šavi 9. lipnja, rana suha i mirna. Kontrolni CT mozga 10. lipnja pokazuje uredan postoperacijski intrakranijski status. Preko telemedicine obavljena konzultacija neurokirurga koji prep. EEG i kontrolni CT mozga za mjesec dana, i potom kontrolu neurokirurga. EEG i fundus su u granicama normale. Obzirom da se bolesnica žalila na oslabljen sluh desno učinjen konzilijarni ORL pregled. Nađe se cerumen u desnom zvukovodu. Preporuča se kapanje, te kontrola i audiometrija. Bolesnica se dogovorno s obitelji otpušta na kućnu njegu dobrog općeg stanja i bez neurološkog deficita. Th.: Lupocet p.p., Normabel uvečer. Mirovanje i poštedita od psihofizičkih napora. Izbjegavati sunce. ORL kontrola 16. lipnja. Kontrola neurokirurga za mjesec dana s nalazom CT-a mozga.

Psihologijska egzaminacija, 11.08.2008.: Druga egzaminacija, pethodna prije više godina pod dg. Tentamen suicidii cum medic. Neuropsihologijska obrada nakon kraniotomije izvršene 1. lipnja. Psihomotorno i kineziološki bez ispada funkcije. Anamnestički: senzacije za eksterne fizičke podražaje, povremeno latencije u verbalnim asocijacijama (što klinički nije evidentno). Psihometrijski rezultati ukazuju na urednu vizuomotoriku, sačuvan mnest. retenciju, bez evidentnih kognitivnih

gubitaka. Evidentira se neurastenični sindrom, naznačeno pitanje osobnosti - strukturalna problematika.

Psijatrijski pregledana 18.09.2008. godine, u statusu: pacijentica je kod pregleda adekvatna, komunikativna, bazično raspoloženje disforično, kao i afekt kod pregleda, rel. održanih je voljno nagonskih dinamizama, bez autoagresivnih i psihotičnih tendencija, povredljiva je, osjetljiva - strukturno uvjetovana simptomatika. Postavljena dg. F43.2 i.o., F60.8. Preporučena th.: Cipralex 10mg 1/2 tbl ujutro, Rivotril 0.5mg 1,0,1.

Kontrolni pregled neurologa 13.10.2008. godine: Subjektivno i klinički postupan oporavak. Neurološk status : nešto teže izvodi tandem hod, ostali nalaz u gr. normale. Prep. se povratak svakodnevnim aktivnostima.

DISKUSIJA I ZAKLJUČAK

Neurokemijsko djelovanje alkohola na mozak obuhvaća različite učinke na više neurotransmiterskih sustava: glutamat, GABA, dopamin, opioidni sustav. (5). Povećanjem alkoholemije nastaje poremećaj svijesti, sve do komatoznog stanja, a pri većim koncentracijama nastupa smrt uslijed asfiksije (9, 10).

Uz rizik smrti zbog respiratorne paralize akutna intoksikacija alkoholom praćena je i drugim opasnostima - opasnost inhaliranja povraćenog sadržaja, mogućnost neprimijećenih ozljeda glave, hipoglikemija, ketoacidoza... (3, 12, 14).

Slika akutnog opitog stanja neposredno i posredno (potencirajući oblike ponašanja koje trijezna osoba kontrolira i kompenzira), značajno modificira i prikriva druge kliničke slike koje se mogu istodobno razvijati u tijelu akutno pijane osobe, otežavajući dijagnostičke i terapijske postupke. Medicinski i etički je neopravdano, a ekonomski neizvedivo, svim akutno opitim osobama rutinski raditi opsežnu obradu (npr. kraniogram, CT mozga, konzultacija neurologa i sl.). Stoga svako ozbiljnije akutno opito stanje zavređuje opservaciju i pozornost tijekom cijele detoksikacije, te hitnu intervenciju u slučaju pojave simptoma i znakova koji ukazuju na razvoj druge bolesti ili poremećaja, prikrivenih slikom akutnog opitog stanja (8, 15).

Iako kliničari zanju da alkoholemija često ne odražava točno kliničko stanje akutno opite osobe, treba svim akutno opitim osobama, a pogotvo kod sumnje na bilo kakvu moguću komplikaciju, rutinski odrediti alkoholemiju, kako iz medicinskih tako i medikolegalnih razloga (7).

LITERATURA:

1. Američka psihijatrijska udruga: Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, Četvrto izdanje, Međunarodna verzija, Jatrebarsko: Naklada Slap, 1996.
2. C. Raymond Bingham, Jean T. Shope, and Xianli Tang. Drinking Behavior from High School to Young Adulthood: Differences by College Education. *Alcohol Clin Exp Res* 2005; 29: 2170–2180
3. Cherpitel CJ, Borges GL, Wilcox HC. Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of the literature. *Alcohol Clin Exp Res* 2004 ;28 (5 Suppl):18-28.
4. Collins MA, Neafsey EJ, Mukamal KJ, Gray MO, Parks DA, Das DK, Korthuis RJ. Alcohol in moderation, cardioprotection, and neuroprotection: epidemiological considerations and mechanistic studies. *Alcohol Clin Exp Res* 2009;33: 206-19
5. Diamond I, Gordon A. Cellular and molecular neuroscience of alcoholism. *Physiol Rev* 1997. 77; 1-20.
6. Fadda F, Rossetti Z. L. Chronic ethanol consumption: From neuroadaptation to neurodegeneration. *Prog Neurobiol* 1998; 56: 385-431.).
7. Gentilello LM, Villaveces A, Ries RR, Nason KS, Daranciang E, Donovan DM, Copass M, Jurkovich GJ, Rivara FP. Detection of acute alcohol intoxication and chronic alcohol dependence by trauma center staff. *J Trauma*. 1999;47:1131-5.
8. Imieliński L, Lipińska D. Alcoholic intoxication as a factor complicating acute cranio-cerebral injury. *Wiad Lek*. 1967 Nov 15;20(22):1991-6
9. Kringsholm B. Acute lethal alcohol intoxication. *Z Rechtsmed*. 1976;78:313-9.
10. Lang B. Alkoholizam. U: Muičević V, ur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada, 1995.
11. Potel G, Touze MD, Baron D. Acute ethyl alcohol intoxication. *Rev Prat* 1993; 43: 2043-6.)

12. Sanz Marcos N, Arias Constantí V, Trenchs Sainz de la Maza V, Curcoy Barcenilla AI, Matalí Costa J, Luaces Cubells C. Acute ethanol intoxication in a paediatric emergency department.] *An Pediatr* 2009 ;70:126-30.
13. Schöberl S, Nickel P, Schmutzer G, Siekmeyer W, Kiess W. Acute ethanol intoxication among children and adolescents. A retrospective analysis of 173 patients admitted to a university children hospital. *Klin Padiatr*. 2008 ;220:253-8.).
14. Taler V. i sur. *Alkohologija*. Zagreb: Naklada CSCAA, 2002.
15. Yost DA. Acute care for alcohol intoxication. Be prepared to consider clinical dilemmas. *Postgrad Med*. 2002 ;112:14-6.