

OSTRY DYŻUR PEDIATRYCZNY

RADA NAUKOWA DZIAŁU



Dr n. med.
Małgorzata
Wielopolska
(przewodnicząca)



Dr hab. n. med.
Anna Klukowska



Dr n. med.
Artur Mazur



Dr hab. n. med.
Ewa Toporowska-
Kowalska

Dziecko pod wpływem alkoholu

Piotr Hartmann,
Teresa Jackowska

Klinika Pediatrii, Centrum Medyczne
Kształcenia Podyplomowego
w Warszawie

Adres do korespondencji:
lek. Piotr Hartmann
Centrum Medyczne Kształcenia
Podyplomowego Klinika Pediatrii
ul. Ceglowska 80, 01-809 Warszawa
tel. 22 56-90-204; faks 22 864-11-67,
mail: piotr@pediatria.waw.pl
Praca finansowana w ramach
projektu CMKP nr 501-1-1-19-41/09

Opis przypadku

Do izby przyjęć zespół pogotowia ratunkowego przywiózł chłopca (bez opiekunów), w wieku około 15 lat, z zaburzeniami świadomości, od którego wyraźnie czuć było zapach alkoholu.

Wywiad

Pogotowie ratunkowe zostało wezwane przez patrol policji. W pobliskim parku spacerowicze obserwowali grupę pijanych nastolatków. Ze względu na ich agresywne zachowanie zawiadomiono policję. Funkcjonariusze natychmiast przybyli na miejsce zdarzenia, jednak zastali już tylko nastoletniego chłopca. Ze względu na brak możliwości nawiązania z nim logicznego kontaktu oraz zaburzenia świadomości wezwali pogotowie ratunkowe.

Badanie przedmiotowe

Chłopiec w stanie ogólnym średnim, brak możliwości nawiązania logicznego kontaktu (wypowiedzi niezrozumiałe, liczne przekleństwa), okresowo pobudzony, agresywny. Skóra brudna, cuchnąca wymiocinami, z licznymi otarciami naskórka. Błony śluzowe podsychnięte, z gęstą śliną, gardło przekrwione. Z ust czuć silny zapach alkoholu. Osluchowo szmer oddechowy pęcherzykowy, czynność serca miarowa 90/min, ciśnienie tętnicze krwi w normie 110/70 mm Hg. Brzuch miękki, tkliwy w nadbrzuszu. Pozostałe narządy bez odchyleń od normy.

Rozpoznanie wstępne

Toksyczne działanie alkoholu (ICD-10 – T51).

Postępowanie na izbie przyjęć

Chłopca umyto i przebrano w czyste ubranie oraz pieluchomajtki, ze względu na brak kontroli zwieraczy. Zapewniono dostęp do żyły, pobrano krew na morfologię, gazometrię, badania biochemiczne (białko ostrej fazy, sód, potas, glukozę, mocznik, stężenie etanolu) oraz rozpoczęto dożylny wlew 500 ml 0,9% NaCl, w szybkim wlewie kroplowym. W badaniach laboratoryjnych z odchyleń stwierdzono wysokie stężenie alkoholu etylowego (3,2 promila), kwasicy metaboliczną (pH 7,25, HCO₃ 16 mmol/l), hipokaliemię (K 3,3 mmol/l) i hipoglikemię (50 mg/dl). Ze względu na zagrożenie życia (wysokie stę-

zenie etanolu we krwi), brak opiekunów prawnych (dziecko poniżej 16 roku życia) zdecydowano o hospitalizacji. Stosowano nadal nawadnianie dożylnie (podłączono kolejny wlew płynu 2:1 w ilości 500 ml).

W czasie pobytu chłopca na izbie przyjęć przybyli policjanci z patrolu, którzy byli na miejscu zdarzenia. Dostarczyli znaleziony tam plecak z legitymacją szkolną, z której wynikało, że pacjent ma 15 lat. Ze względu na agresywne zachowanie chłopca na izbie przyjęć w obecności policjantów, zaproponowali oni przewiezienie chłopca do izby wytrzeźwień. Po stanowczej odmowie ze strony lekarza dyżurnego policjanci zażądali podania informacji o stanie zdrowia pacjenta i stężeniu etanolu we krwi, informując jednocześnie o odpowiedzialności za utrudnianie śledztwa. Lekarz odmówił podania tych informacji, zastrzegając się tajemnicą zawodową. Poprosił natomiast funkcjonariuszy o powiadomienie rodziców o fakcie przebywania dziecka na izbie przyjęć i szybkiego przybycia do szpitala w celu wyrażenia zgody na hospitalizację.

Po około dwóch godzinach pobytu dziecka na izbie przyjęć nadal nie było kontaktu z rodzicami chłopca. Lekarz dyżurny powiadomił o tym zdarzeniu starszego lekarza szpitala oraz wysłał faksem do Sądu Rejonowego (Wydział Rodzinny i Nieletnich) informację o przyjęciu chłopca do szpitala i prośbę na wyrażenie zgody na jego leczenie.

W kolejnym dniu hospitalizacji stan chłopca był dobry, nie zachowywał się agresywnie, nie pamiętał wszystkich szczegółów zdarzenia. Na oddział zgłosili się też rodzice, którzy wyrazili zgodę na dalsze leczenie i obserwację dziecka. Badaniem psychologicznym stwierdzono nieprawidłowe relacje w rodzinie pacjenta. Badanie ujawniło też, że nie był to pierwszy incydent spożywania alkoholu przez ich syna. Przeprowadzono rozmowę z chłopcem i jego rodzicami, udzielając wskazówek wychowawczych, oraz poinformowano o szkodliwym wpływie alkoholu na zdrowie. Zalecono konsultację w poradni leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży. Trzeciego dnia pobytu wypisano chłopca do domu w stanie dobrym.

Rozpoznanie ostateczne

Toksyczne działanie alkoholu – etanol (według ICD-10 – T51.0).

Według skali PSS zatrucie oceniono jako lekkie.

Omówienie

Hospitalizacja dziecka w stanie upojenia alkoholowego jest trudnym problemem medycznym i społecznym. Rosnąca liczba takich przypadków powoduje, że spotykamy się z nimi coraz częściej.

Alkohol etylowy jest związkami organicznym o charakterystycznym zapachu i smaku. Z przewodu pokarmowego wchłania się bardzo szybko (w ciągu 15 minut wchłania się około połowa przyjętej dawki). Metabolizm

TABELA 1. Pierwsza pomoc w zatruciu alkoholem etylowym

1. Ocena parametrów życiowych
2. Ocena stanu świadomości
3. Ochrona przed urazami
4. Ochrona przed wychłodzeniem
5. Ułożenie w bezpiecznej pozycji
6. Zapewnienie drożności dróg oddechowych

etanolu zachodzi w wątrobie, około 10% wydalane jest w postaci niezmienionej. Po spożyciu alkoholu etylowego, szczególnie w nadmiernej ilości, występuje wiele działań niepożądanych, które mogą mieć określone konsekwencje zdrowotne. Znaczne upojenie alkoholowe może skutkować:

- utratą sprawności ruchowej (urazy),
- zaburzeniami świadomości, do całkowitej utraty świadomości włącznie,
- zanikami pamięci,
- ostrym nieżytem żołądka, a w skrajnych przypadkach jego krwotocznym zapaleniem.

Objawy zatrucia alkoholem etylowym to, poza charakterystyczną wonią alkoholu, w zależności od jego stężenia we krwi i indywidualnej reakcji pacjenta:

- pobudzenie (euforia, ruchliwość, zaburzenia koordynacji ruchowej, utrata samokontroli, zaburzenia widzenia, rozszerzenie źrenic),
- senność (zaburzenia świadomości, tachykardia, obniżenie napięcia mięśniowego),
- zamroczenie (utrata świadomości, obniżenie napięcia mięśniowego, spadek ciśnienia krwi, hipotermia, hipoglikemia),
- asfiksja (śpiączka, osłabienie lub zanik odruchów, sinica, hipotermia).

Postępowanie w przypadku zatrucia alkoholem etylowym

Pierwszą pomoc w przypadku zatrucia alkoholem przedstawiono w tabeli 1. Należy podkreślić, że pijany nastolatek nie musi trafić do szpitala, ponieważ obowiązujące przepisy (Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi – art. 40) nie precyzują wieku, w którym można umieścić osobę nietrzeźwą na izbie wytrzeźwień. Nakładają jedynie obowiązek utworzenia dodatkowych pomieszczeń dla osób do lat 18. W tych placówkach dopuszczalne jest stosowanie środków przymusu bezpośredniego wobec osób, które stwarzają zagrożenie dla siebie i innych oraz niszczą przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu. Pobyt na izbie wytrzeźwień jest płatny, a odzyskanie należności następuje w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

TABELA 2. Postępowanie w izbie przyjęć w przypadku zatrucia alkoholem etylowym

Ustalenie okoliczności zdarzenia (wywiad)

- ilość, rodzaj i pochodzenie spożytego alkoholu
- inne używki, leki (również przyjmowane na stałe), narkotyki
- ocena możliwości urazów

Ocena stanu pacjenta (badanie przedmiotowe):

- ocena stanu świadomości (skala Glasgow)
- ocena parametrów życiowych (liczba oddechów, tętno, ciśnienie)
- badanie w celu rozpoznania lub wykluczenia urazów

Badania dodatkowe

- podstawowe badania laboratoryjne (morfologia, jonogram, glukoza, gazometria)
- stężenie etanolu w surowicy
- zabezpieczenie próbki krwi do badań toksykologicznych
- badanie moczu (na obecność narkotyków)
- badania obrazowe przy podejrzeniu lub stwierdzeniu urazów (USG, RTG, TK, MR)

Zabezpieczenie pacjenta

- ochrona przed urazami
- ochrona przed wychłodzeniem
- bezpieczne ułożenie
- monitorowanie czynności życiowych

Leczenie

- nie wywoływać wymiotów (duże ryzyko zachłyśnięcia, mała skuteczność)
- intensywne nawodnienie dożylnie
- uzupełnianie niedoborów elektrolitowych, glukozy, zasad
- uspokajamy pacjenta (UWAGA! nie podajemy leków uspokajających ze względu na duże ryzyko działania depresyjnego na ośrodek oddechowy)
- podanie w razie potrzeby leków przeciwbólowych.

Dalsze postępowanie

- ocena ryzyka uzależnienia (czy był wcześniejszy kontakt z alkoholem)
- ocena zachowań ryzykownych związanych z używaniem alkoholu
- konsultacja psychologiczna
- rozmowa z rodzicami

Stosowanie środków przymusu bezpośredniego w szpitalu reguluje Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, zezwalając na stosowanie takiej formy ograniczenia wolności w stosunku do osób z zaburzeniami psychicznymi, których zachowanie wskazuje, że z powodu tych zaburzeń mogą zagrażać bezpośrednio własnemu życiu lub zdrowiu innych osób. W ustawie dopuszcza się możliwość wydania takiego zalecenia przez każdego lekarza w przypadku niedostępności lekarza psychiatry. W praktyce ustawa ta dotyczy właściwie sytuacji przyjęcia na oddział psychiatryczny, a możliwość rozszerzenia jej działania na inne oddzia-

ły budzi wątpliwości. Dlatego też, jeżeli jest możliwe uzyskanie konsultacji psychiatrycznej, należy o to zadbąć. Zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji nie może trwać dłużej niż 4 godziny. Po tym okresie konieczne jest kolejne badanie lekarskie i rozważenie konieczności ewentualnego przedłużenia unieruchomienia.

Najczęściej decyzja o przewiezieniu dziecka do szpitala, a nie do izby wytrzeźwień, jest podejmowana niezależnie od rzeczywistych wskazań. Największe znaczenie ma tu postępowanie osoby zgłaszającej zdarzenie i zawiadamiającej odpowiednie organy. Wezwanie zespołu pogotowia ratunkowego będzie skutkowało przewiezieniem dziecka do szpitala, podczas gdy policja nazbyt często korzysta z możliwości umieszczenia małoletniego w izbie wytrzeźwień. Z zebranych przez autora danych (udostępnionych przez Komendę Stołeczną Policji) wynika, że w Warszawie dotyczy to około 400 nastolatków rocznie (z czego 90% stanowią dzieci w wieku 16-17 lat).

Decyzja o przyjęciu pijanego dziecka do szpitala musi uwzględniać wiele czynników, ale najważniejsza jest ocena parametrów życiowych, zaburzeń świadomości (dziecko nieprzytomne nie może być przyjęte do izby wytrzeźwień), możliwości urazów. Należy też rozważyć podejrzenie zatrucia także innymi środkami. Zatrucie alkoholem etylowym, tak jak każde inne zatrucie substancjami chemicznymi, może przebiegać w sposób nie do końca przewidywalny, szczególnie w młodym wieku. Podstawowe zasady postępowania w przypadku zatrucia alkoholem przedstawiono w tabeli 2.

Najczęściej nie jest możliwe określenie źródła nabycia alkoholu, spożytej jego ilości oraz możliwości użycia innych toksycznych środków (używki, leki, narkotyki). W przypadku zatrucia wieloma substancjami warto zasięgnąć porady regionalnego ośrodka toksykologicznego (tab. 3)

Należy pamiętać, że najwyższym nakazem etycznym dla lekarza jest dobro chorego (Kodeks etyki lekarskiej – art. 2 pkt 2) oraz udzielania pomocy przez lekarza w każdym przypadku (Ustawa o zawodzie lekarza art. 30). Jakikolwiek wątpliwości należy zawsze rozstrzygać na korzyść pacjenta. Przyjęcie upojonego nastolatka do szpitala zapewni mu bezpieczeństwo i dobre warunki. Należy się jednak liczyć z niedogodnościami dla innych przebywających w szpitalu dzieci (brak sal jednoosobowych, agresja, przekleństwa, krzyki pijanego).

Odrębną kwestią jest współpraca lekarza z policją i zakres udzielanych informacji. Od momentu wejścia pijanego nastolatka do szpitala należy pamiętać, że staje się on pacjentem z wszelkimi wynikającymi z tego prawami, łącznie z obowiązkiem zachowania tajemnicy zawodowej przez lekarza. Jeżeli zachowanie tajemnicy nie zagraża pacjentowi lub innym osobom, to należy ten obowiązek zachowywać.

Obowiązujące akty prawne

Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Dz. U. z 2007 r. nr 70, poz. 473, art. 40-42.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie trybu doprowadzania, przyjmowania i zwalniania osób w stanie nietrzeźwości oraz organizacji izb wytrzeźwień i placówek utworzonych lub wskazanych przez jednostkę samorządu terytorialnego. Dz. U. z 2006 r. nr 58, poz. 408.

Kodeks cywilny Dz. U. z 1964 r. nr 16, poz. 93 z późn. zm.

Kodeks karny. Dz. U. z 1997 r. nr 88, poz. 553 art. 115 § 10 z późn. zm.

Ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich. Dz. U. z 1982 r. nr 30, poz. 179 art. 37, 40 z późn. zm.

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Dz. U z 2008 r. nr 136, poz. 857.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Dz. U z 1994 r. nr 111, poz. 535 z późn. zm.

Kodeks etyki lekarskiej.

TABELA 3. Telefony alarmowe ośrodków toksykologicznych w Polsce

Miasto	Telefon
Gdańsk	58 349 28 31
Kraków	12 683 11 34
Lublin	81 740 89 83
Łódź	42 657 99 00
Poznań	61 847 69 46
Sosnowiec	32 266 11 45
Rzeszów	17 853 45 17
Warszawa	22 619 66 54
Wrocław	71 343 30 08

Zalecane piśmiennictwo

PubChem Compound – National Center for Biotechnology Information (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>)

Szymanowska A (red). Alkohol a zachowania problemowe młodzieży: opinie i badania. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. PARPA. 2004.

Maxwell R. Dzieci, alkohol, narkotyki: przewodnik dla rodziców. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2001.