

REPETITÓRIUM URGENTNEJ MEDICÍNY

Bezvedomie neúrazového pôvodu

Viliam Dobiáš

Life Star Emergency, s.r.o., Limbach

Bezvedomie je stav, ktorý bezprostredne ohrozuje život postihnutého a pomoc treba začať poskytovať v priebehu desiatok sekúnd. Sú príhody benigné, ktoré sa upravujú aj spontánne, napr. mdloba, ale sú aj stavy, ktoré po odznení bezvedomia majú byť vyšetrené lekárom, ktorý rozhodne o ďalšom postupe podľa závažnosti príznakov. Najčastejšie príčiny bezvedomia okrem alkoholu sú epilepsia, úrazy lebky a mozgu, hypoglykémia (Via Practica 4/2004), otravy liekmi a drogami, cievne mozgové príhody, febrilné krče u detí a kolapsové stavy. Obsahom článku sú neúrazové príčiny bezvedomia.

Kľúčové slová: bezvedomie, neodkladná prednemocničná starostlivosť, epilepsia, kolaps, febrilné krče, opilstosť.

Kľúčové slová MeSH: bezvedomie – etiológia, terapia; prvá pomoc; epilepsia; synkopa; krče febrilné; intoxikácia alkoholická.

Via pract., 2005, roč. 2 (10): 417–420.

Úvod

Bezvedomie je strata schopnosti reagovať na vonkajšie podnety (zvuk, bolesť) následkom poruchy funkcie mozgu. Bezvedomie je štvrtou z piatich život ohrožujúcich príhod (po zastavení srdca, dýchania a krvácaní) a to bez ohľadu na príčinu, či chorobu, ktorá bezvedomie vyvolala. Porucha vedomia môže byť kvalitatívna a kvantitatívna.

Príčiny

Najčastejšie príčiny bezvedomia v prednemocničnej sfére sú opilstosť (ebrietas), epilepsia (typ grand mal), úrazy hlavy, diabetes mellitus (hlavne hypoglykémia, veľmi ojedinele hyperglykémia), febrilné krče, otravy liekmi a drogami, cievne mozgové príhody.

Riziká

Bezvedomie je stav ohrozujúci život, lebo spôsobuje poruchy dýchania, upchatie dýchacích ciest a často prispieva k zatečeniu obsahu žalúdka do pľúc s možnosťou obštrukcie dýchacích ciest a/alebo následnou bronchopneumóniou. Až 85% pacientov v bezvedomí aspiruje regurgitovaný žalúdočný obsah. Výsledkom porúch respirácie je hypoxia a hyperkapnia. Bezvedomie vyvoláva aj poruchy cirkulácie v zmysle hypotenzie, vazodilatácie a zníženej perfúzie tkanív, čo môže spôsobiť poruchy funkcie všetkých dôležitých orgánov a systémov a späťne prehĺbiť bezvedomie.

Klinický obraz – anamnéza

Dôležité je zistiť stav od príbuzných a svedkov, či bezvedomie vzniklo náhle, alebo postupne s varovnými príznakmi, podstatnou môže byť lieková anamnéza. Príbuzní často nevedia, alebo taja užívanie drog a alkoholu, negujú suicidálne tendencie v minulosti. Pri náhle vzniknutom bezvedomí musí byť anamnéza cielená a rýchla, podľa predpokladanej

a pravdepodobnej príčiny na základe pohlavia a veku postihnutého a podľa prostredia, v ktorom bezvedomie vzniklo. Aj pri neúrazovom bezvedomí treba v okolí postihnutého zisťovať úraz hlavy v minulosti z niekoľkých hodín až dní.

Všeobecné príznaky

1. Kvalitatívna porucha vedomia – postihnutý nereaguje normálne (zmätenosť, nezrozumiteľná reč, nevhodné odpovede).
2. Kvantitatívna porucha vedomia – somnolencia (postihnutý reaguje na hlasné oslovenie), sopor (reaguje na bolestivý podnet), alebo kóma (nereaguje na žiadne podnety).
3. Retrográdna amnézia po nadobudnutí vedomia. Postihnutý nevie popísať predchádzajúce udalosti (vyskytuje sa nielen po úrazoch, ale aj po zotavení z hypoglykémie, epilepsie).
4. Nepravidelné a chrčivé dýchanie, zvukové fenomény sú výraznejšie počas výdychu.
5. Neprirodzené sfarbenie kože a slizníc.

Prvá pomoc bez pomôcok

1. Zistiť prítomnosť dýchania a pulzu,
2. pri zachovanom dýchaní uložiť do stabilizovanej polohy na boku (ak pri bezvedomí postihnutý nedýcha a nemá hmatný pulz, začať kardiopulmonálnu resuscitáciu),
3. privolať odbornú pomoc,
4. sledovať prítomnosť dýchania a pulzu,
5. zaistiť zvratky, obaly od liekov, fľaše s nápojmi a podozrivé chemikálie.

Prvá pomoc zdravotníka – všeobecná

1. Skontrolovať, doplniť prvú pomoc bez pomôcok,
2. zmerať vitálne funkcie s dôrazom na dostatočné dýchanie,
3. zaistiť žilu periférnym cievnym katétrom,

4. podať 40% glukózu 20–60 ml pri hypoglykémii, aj bez presnej diagnózy (Via Practica 4/2004),
5. podať antidótum pri predávkovaní opioidmi, heroínom (Naloxón 0,2–0,8 mg i. v.). Podať už pri podozrení na predávkovanie. (Podať antidótum Anexate pri predávkovaní benzodiazepínmi – len relatívna indikácia),
6. doplniť objem cirkulujúcej krvi, napr. 500 ml 0,9% NaCl i. v. v priebehu 15 minút, pokračovať podľa reakcie tlaku krvi a pulzu,
7. chrániť pred podchladením,
8. rozhodnúť o smerovaní postihnutého, pri podozrení na cudzie zavinenie informovať políciu.

Poznámky k všeobecnej liečbe bezvedomia

Neuróny v CNS potrebujú kyslík a glukózu, nedostatok glukózy má rovnaký účinok ako nedostatok kyslíka, len časový interval do ireverzibilných zmien je dlhší. Ak nevieme stanoviť etiológiu bezvedomia, alebo sme v pochybnostiach, treba podať koncentrovaný roztok glukózy do žily. Pri hypoglykémii sa postihnutý začne preberať v priebehu 1–2 minút. Ak je príčina iná, získame čas na stanovenie diagnózy. Glukóza má jedinú kontraindikáciu – úrazy mozgu, ale v takom prípade je väčšinou úrazová etiológia evidentná.

Naloxón – nemá kontraindikácie a môže ho podať aj naslepo, na základe podozrenia na intoxikáciu heroínom u mladšieho muža v bezvedomí, s útlmom dýchania a miózou.

Niektorí autori odporúčajú aj paušálne podanie anexátu ako antidótu benzodiazepínov, ale tento postup nemá opodstatnenie, lebo liekové intoxikácie sú väčšinou kombinované s alkoholom a inými sedatívami (len benzodiazepíny iba výnimočne), účinok sa pravdepodobne neprejaví a aj jeho cena ho vylučuje z paušálneho prednemocničného podávania.

Diferenciálna diagnóza – odlišnosti

Pri kolapse, epilepsii a febrilných kŕčoch sa postihnutý preberie k vedomiu spontánne v priebehu pár minút. Pri hypoglykémii sa spontánne bez liečby bezvedomie nemení, alebo prehlbuje. Pri intoxikácii alkoholom môže postihnutý reagovať na bolestivý podnet, ale v pokoji znova upadne do bezvedomia, ktoré sa môže buď prehlbovať, alebo sa postupne preberá, ale v priebehu desiatok minút až hodín.

Epilepsia

Úvod

Bezvedomie vyvolané záchvatom epilepsie (tzv. grand mal – veľký záchvat) je najčastejšou príčinou bezvedomia hneď po intoxikácii alkoholom, od ktorého sa výrazne odlišuje. Existuje ešte niekoľko druhov epilepsie s rôznymi prejavmi, ktoré však nie sú tak nápadné, nevyžadujú prvú pomoc a nedochádza pri nich k poraneniu. Približne každý dvanásť pacient záchrannej služby vo veľkých mestách je ošetrovaný po epileptickom záchvate.

Definícia

Epilepsia je nepravidelná a abnormálna elektrická aktivita v mozgu spojená s kŕčmi a bezvedomím. Vzniká po niektorých úrazoch hlavy a operáciách mozgu, môže sprevádzať ochorenia ako napr. cukrovka, choroby pečene a obličiek, alkoholizmus a iné liekové a drogové návyky, ale aj abstinénne príznaky. Často sa však ani podrobným vyšetrením nezistí príčina tejto choroby, o ktorej je z histórie známe, že sa vyskytovala v kráľovských rodoch, u šamanov, čarodejníkov a u ľudí s mimoriadnymi vlohami a nadaním (napr. Cézar, Napoleon, Molière, Christie, Dostojevskij, Gogh, Čajkovskij).

Klinický obraz – anamnéza

U liečeného epileptika nie je na diagnózu záchvatu, ktorý skoro vždy odznie skôr, ako príde odborná pomoc, anamnéza dôležitá. Napriek tomu po záchvate nesmieme zanedbať možnosť, že záchvat epilepsie bol sekundárny a aj u liečeného epileptika môže ísť o inú príčinu ako obyčajne. Prehliadnutím tejto teoretickej možnosti by sme mohli zanedbať starostlivosť. Pri cielenej anamnéze zisťujeme:

- začiatok záchvatu, trvanie, priebeh, interval od predchádzajúceho záchvatu, užívane, ev. vynechané antiepileptiká,
- úraz hlavy v rozptyle od hodín do niekoľko dní v minulosti,
- bolesti hlavy, drogy, alkohol, iné lieky (aj vysadenie liekov!), diabetes a CMP v anamnéze,

- u mladistvých aj prejavy chrípky alebo prechladnutia pred pár dňami, pobyt v kolektíve (možnosť meningitídy).

Príznaky

Sú dramatické, nápadné, alarmujúce a na ľudí, ktorí záchvat epilepsie nikdy nevideli, pôsobia priam hrôzostrašne. U rôznych ľudí sú drobné odlišnosti, ale u toho istého človeka prebieha záchvat takmer vždy uniformne.

Vždy a u každého je veľký záchvat zložený z viacerých fáz, ktoré sa môžu líšiť dĺžkou trvania, ale ich následnosť je stabilná:

1. Aura – pocit akustický, čuchový, chuťový a iný, môže predchádzať záchvat niekoľko sekúnd až minút, väčšinou si ho pacient nepamätá pre retrográdnú amnéziu.
2. Náhly vznik hlbokého bezvedomia s pádom na zem.
3. Opistotonus v trvaní do 30 sekúnd.
4. Toniccko-klonické kŕče priečne pruhovaného svalstva celého tela, najviac viditeľné na končatinách. Kŕče netrvajú väčšinou dlhšie ako 3 – 5 minút.
5. Po skončení kŕčov sa postihnutý pomaly preberá z bezvedomia cez fázu zmätenosti a somnolencie. Úplné zotavenie nastáva do 30 – 60 minút od začiatku záchvatu.
6. Záchvat sprevádza zrýchlené, úsilné a chrčivé dýchanie s cyanózou akrálnych častí tela, tvorba peny (zo slín) na ústach a takmer pravidelne je spojený s mimovoľným odchodom moču, niekedy aj stolice.
7. Následkom nekontrolovaného pádu býva rana na hlave, odrenina tváre, niekedy sa postihnutý pohryzie do jazyka (hryzné rany sú drobné a nevyžadujú ošetrovanie).

Prvá pomoc bez pomôcok

Okrem asociálnych jedincov je každý postihnutý už po prvom záchvate v živote podrobne vyšetrený a sledovaný v neurologickej ambulancii. Epilepsia nie je považovaná za chorobu, o ktorej sa bežne hovorí v spoločnosti a preto skoro každý postihnutý po záchvate ochorenie popiera. Úlohu hrá aj strach pred stratou zamestnania, vodičského preukazu, spoločenského statusu.

Cieľom prvej pomoci je preto len zabrániť poraneniu pri kŕčoch (pád býva nečakaný a málokedy sa dá zabrániť poraneniu pri páde na zem).

Postup:

1. Pokúsiť sa zabrániť nekontrolovanému pádu na zem, pri aure uložiť do postele.
2. Chrániť postihnutého, aby si počas kŕčov neudrel niektorú časť tela o tvrdé a ostré predmety (nebrániť kŕčom, ktoré sú mimoriadne silné). NEDÁVAŤ nič do úst, nesnažiť sa otvoriť ústa, nevyfahovať ja-

zyk. Kŕč žuvacieho svalstva a zahryznutie do jazyka vznikne už v momente pádu na začiatku vzniku bezvedomia.

3. Sledovať trvanie kŕčov a postupné preberanie sa z bezvedomia.
4. Rozhodnúť o privolaní pomoci.

Prvá pomoc zdravotníka

- Prvotné a druhotné vyšetrenie, vrátane orientačného neurologického vyšetrenia.
- Hľadať poranenie, podľa rozsahu rozhodnúť o transporte do zdravotníckeho zariadenia.
- Podať antikonvulzíva (Diazepam 10 mg i. m., prípadne aj p. o., u detí 0,3 mg/kg i. m. aj rektálne).
- Zariadiť sledovanie pacienta dospelo poučenou osobou počas 1 – 2 hodín.
- Pri prvom záchvate v živote odporučiť neurologické konzílium.

Privolať špecializovanú zdravotnícku pomoc treba len v presne určených prípadoch:

1. kŕče trvajúce dlhšie ako 5 minút = status epilepticus (Rýchla lekárska služba),
2. druhý záchvat kŕčov s bezvedomím do 30 minút po predchádzajúcom status epilepticus (Rýchla lekárska služba),
3. bezvedomie po odznení kŕčov, ktoré trvá viac ako 1 hodinu (Rýchla zdravotnícka služba),
4. krvavé poranenie spôsobené pádom (Rýchla zdravotnícka služba),
5. záchvat na verejnom priestranstve bez prítomnosti príbuzných (Rýchla zdravotnícka služba).

V ostatných prípadoch je privolanie záchranného systému zbytočné. Do príchodu pomoci záchvat pomíne a liečba spočíva len v podaní lieku, ktorý postihnutý aj tak užíva a slúži len na oddialenie nasledujúceho záchvatu. Po prekonanom záchvate je dočasne znížený prah citlivosti na vznik nového záchvatu. S prekonaným záchvatom sa už vôbec nič nedá robiť.

Poznámka

Po každom bezvedomí, ktoré spontánne odznie, musí prítomný lekár vyšetriť postihnutého na zistenie prípadnej pretrvávajúcej neurologickej symptomatológie. Základom je cieľená anamnéza, bežné fyzikálne vyšetrenie, vrátane merania TK, P, SpO₂, ev. TT, kontrola poranení spôsobených pádom a:

- stav vedomia, trend zmien pri zotavovaní z bezvedomia;
- postavenie bulbov, veľkosť zreníc, fotoreakcia, izo-, anizokória a korneálny reflex;
- opozícia šije (meningeálne príznaky);
- symetria svalovej sily a pohyblivosti končatín, ev. kožná citlivosť.

Prevenca

Podporujúce faktory vzniku záchvatu: hlavne alkohol a vynechanie liekov, ostatné príčiny sú zriedkavé a skôr anekdotické: nadmerná telesná a duševná únava, nepravidelný režim bdenia a spánku, dlhé sledovanie televízora a práca pri blikajúcej obrazovke starého typu počítača, staré typy neónových žiaroviek. Modernými príčinami sú povzbudzujúce nápoje a stroboskopické svetlá na diskotékach.

Febrilné krčče

Úvod

Krčče pri teplote sú viac dramatickým ako nebezpečným príznakom, napriek tomu paralyzujú uvažovanie rodičov.

Vyskytujú sa u rôznych detí pri rôznej telesnej teplote, niekedy sa u toho istého dieťaťa objavajú aj pri nižšej teplote, hoci sa pri vyššej v minulosti nevyskytli. Niektoré deti sú náchylnejšie ako iné. V každom prípade sa však krčče z teploty prestanú vyskytovať ešte pred začiatkom školskej dochádzky dieťaťa. Nebol dokázaný vzťah medzi febrilnými krčmi v detstve a výskytom epilepsie v dospelosti.

Príznaky

1. Vyššia teplota, začervenanie tváre, potenie,
2. škúlenie a prevracanie očí, škripanie zubov,
3. záškľby svalov na tvári a končatinách, zatreté päsťe,
4. zvýšená rigidita svalstva,
5. zadržovanie dychu, periodické dýchanie,
6. niekedy strata vedomia.

Nie vždy sú prítomné všetky príznaky a aj poradie ich výskytu môže byť rôzne.

Prvá pomoc bez pomôcok

1. Zabezpečiť čerstvý vzduch a uvoľniť tesný odev,
2. chladiť odkrytím, vyzlečením a omývaním vlažnou vodou (hlavu, hrudník a brucho),
3. odstrániť z postieľky hračky, o ktoré by sa dieťa mohlo poraniť,
4. pri strate vedomia opatrenia ako pri bezvedomí (kontrolovať dýchanie a prítomnosť pulzu, udržiavať voľné dýchacie cesty záklonom hlavy, prípadne uloženie do polohy na boku),
5. upokojiť rodičov.

Prvá pomoc zdravotnícka

1. Doplniť laickú prvú pomoc,
2. intenzívne chladenie väčšej časti povrchu tela vlažnými zábalmi,
3. podať antikonvulzívum, napr. diazepam podľa hmotnosti (0,3 mg/kg telesnej hmotnosti). K dispozícii aj v rektálnej forme,

4. antipyretickú, alebo antibiotickú liečbu podľa vyvolávajúcej príčiny. Nedovoľiť výstup teploty na hodnotu, pri ktorej vznikli krčče,
5. uvážiť pediatrické konzílium,
6. poučenie rodičov o priebehu a prognóze.

Mdloba – synkopa – kolaps

Definícia

Mdloba – kolaps alebo synkopa je krátkodobá, prechodná strata vedomia následkom zníženia prietoku krvi v mozgu, ktoré nie je cievnou vazomotorikou kompenzované.

Príčiny

Pokles perfúzie mozgu vzniká ako dôsledok dlhého státia, citového vzrušenia, zníženia objemu krvi alebo zvýšenia jej viskozity (nedostatok tekutín, hnačky, vracanie, skryté vnútorné krvácanie). Častou príčinou je kombinácia miernej dehydratácie a vazodilatačnej antihypertenzívnej liečby. Iný druh vzniká v ranných hodinách ako mikčná synkopa, mechanizmom Valsalvovho manévru môže mdloba vzniknúť tiež pri tlačením na stolicu, kašli a telesnej námahe spojennej so zvýšením vnútrobrušného a vnútrohrudného tlaku.

Vznikne aj pri liečbe betablokátormi vtedy, keď relatívna bradykardia nestačí momentálnym potrebám organizmu. Spoločným menovateľom je spomalenie ortostatickej regulácie u starších ľudí. Častou príčinou, ktorá ostáva skrytá, je škrtiaci odev okolo krku tlačiaci na baroreceptory v oblasti karotického telieska a zalomenie sklerotických vertebrálnych artérií pri flexii a rotácii hlavy.

Podporujúcimi faktormi sú nedostatok tekutín, hlad, nedostatok spánku, teplé prostredie a kombinácia malého množstva alkoholu s vazodilatačne a bradykardicky pôsobiacimi liekmi (antihypertenzíva, nitráty, antiarytmiká).

Je jednou z mála náhlych príhod, ktorým je možné účinne predísť a pri ktorej je možná aj svojpomoc. Vyskytuje sa častejšie u mladších jedincov v období puberty, ale so stúpajúcim vekom a nárastom farmakoterapie bude výskyt častejší aj vo vyššom veku. *Nikdy* nevznikne v ležiacej polohe, *málokedy* vznikne bez varovných príznakov.

Subjektívne príznaky

1. Varovné príznaky, ktoré vidia okolostojaci: zívanie, potenie a náhle zblednutie v tvári,
2. varovné príznaky, ktoré cíti postihnutý: pocit tepla, pocit nedostatku vzduchu, poruchy zrakového poľa („hviezdičky“, neostre videnie, skotómy).

Objektívne príznaky

Vlastné príznaky:

- odpadnutie so stratou vedomia,

- pomalý, slabo hmatateľný pulz (hmetať na krčnej tepne),
- bledosť v tvári (nikdy nie začervenanie alebo cyanóza),
- studený pot,
- niekedy mimovoľný únik moču,
- zvýšené napätie v končatinách.

Prvá pomoc bez pomôcok

1. Skontrolovať prítomnosť vedomia (nepriťomné), dýchania (prítomné) a pulzu (prítomný).
2. Uložiť naznak s vyvýšenými dolnými končatinami.
3. Uvoľniť odev okolo krku a pása.
4. Zabezpečiť prívod čerstvého vzduchu (vetranie, prievan).
5. Pretrieť tvár a krk postihnutého chladnou vodou (kompenzačná vazokonstrikcia).
6. Skontrolovať prítomnosť poranení, ktoré mohli vzniknúť pri páde.
7. Záchrannú službu privolať, ak sa postihnutý nepreberie k plnému vedomiu do 5 minút, alebo pretrváva kolapsový stav.

Prvá pomoc zdravotnícka

1. Pátrať po ochoreniach srdca, hypertenzii, diabetes mellitus, epilepsii, mdlobách v minulosti.
2. Zistiť liekovú anamnézu.
3. Po obnove vedomia pohár vody, pri hlade cukor, čokoládu alebo keks.
4. Medikamentózna liečba nie je väčšinou potrebná, ale je možné podať tonikum, napr. Coffeinum 50–100 mg i. v., alebo 100–250 mg i. m., Vasoxin, Gutron, CaCl₂ a pod., podľa potreby doplniť objem infúziou 0,9% NaCl.
5. Ak nie je možné vylúčiť kardiálnu synkopu, tak odporučiť interné konzílium.
6. Odoslať do zdravotníckeho zariadenia, ak pretrváva sklon ku kolapsu, bledosť, ortostatická hypotenzia.

Prevenca

Mdlobe sa dá zabrániť, ak využijete preventívne odporúčania v prostredí, ktoré napomáha vzniku mdloby, alebo ak konáte rýchlo už počas prvých varovných príznakov:

1. pri dlhšom státi vo vydychanom priestore (zhromaždenia, hromadná doprava) treba pravidelne izometricky napínať lýtkové a stehnové svalstvo na oboch dolných končatinách (zvýši sa venózný návrat),
2. v pravidelných intervaloch sa 2–3 krát pomaly zhlboka nadýchnuť (zvýši sa venózný návrat),
3. na miesta so zvýšeným rizikom odpadnutia neísť nalačno a smädny (mať poruke kocku cukru alebo štvorček čokolády, fľašku s vodou),

4. pri prvých príznakoch si okamžite čupnúť do drepu (stlačí sa brušná aorta a zlepší sa prítok krvi do mozgu),
5. sadnúť si a tlačiť hlavu medzi kolená – môže pomôcť aj druhá osoba, vyhneme sa pádu na podlahu alebo zem, hlavne v hromadných dopravných prostriedkoch (alternatíva k bodu 4).

Intoxikácia alkoholom – opilstosť

Definícia

V podmienkach prednemocničnej starostlivosti sa opilstosť stáva problémom v štádiu, keď množstvo alkoholu v krvi prekročí hranicu, za ktorou dochádza k útlmu CNS a postihnutý je ohrozený všetkými rizikami vyplývajúcimi z bezvedomia. Prekročenie hranice medzi opilstosťou a intoxikáciou je variabilné, individuálne a nepredvídateľné.

Výskyt

Vo väčších mestách je intoxikácia alkoholom hlavnou príčinou privolania záchranej služby v 5–7% výjazdov (asi toľko, ako dopravné nehody, alebo cievne mozgové príhody). Až polovica úrazov u ľudí do veku 50 rokov je sprevádzaná predchádzajúcim príjmom alkoholu. Ak si uvedomíme, že vo veku do 40 rokov sú u mužov najčastejšou príčinou smrti úrazy, tak alkohol ukazuje svoju ďalšiu obľudnú tvár – ekonomickú.

Odhaduje sa, že alkohol je príčinou až 13 hospitalizácií na 1 000 obyvateľov ročne.

Riziká

- Nadmerný príjem alkoholu znemožní spoľahlivé odobratie anamnézy, pričom prednemocničných podmienkach s obmedzeným technickým vybavením na diagnostiku prispieva anamnéza až 80% k diagnóze.
- Maskuje amnéziu pri úrazoch lebky a mozgu: u opitého s amnéziou nikdy nevieme, či nie je vyvolaná predchádzajúcim pádom, úderom alebo iným násilím aj v dávnejšej minulosti (niekoľko dní). Aj bez rany na hlave a hmatateľného podkožného hematómu môže byť prítomné minimálne subarachnoideálne krvácanie s príznakmi podobnými opilstosti.
- Maskuje hypoxiu z chorobných príčin, pretože nekritickosť, agresivnosť a nekoordinované pohyby sú prvým príznakom

začínajúcej hypoxie u kardiálnych a respiračných chorôb.

- Prehlbuje bezvedomie inej etiológie. Pod somnolenciou až kómou následkom verifikovaného príjmu alkoholu môže byť schovaná intoxikácia liekmi a chemikáliami, hypoglykémia aj hyperglykémia, apoplexia, intrakraniálny hematóm, intracerebrálne krvácanie, podchladenie.
- Nedovolí určiť fázu intoxikácie. Pri stretnutí s postihnutým v bezvedomí nemáme k dispozícii spoľahlivé údaje, na základe ktorých by sme mohli určiť, či je somnolencia vo fáze odznievania intoxikácie a nasleduje návrat vedomia, alebo postihnutý smeruje ku kóme.
- Zvyšuje riziko aspirácie pre narušenú koordináciu svalov hrtana a hltana, znížený tonus svalstva a sfinkterov (nerobiť výplach žalúdka).
- Zakrýva príznaky zranení pre výrazný analgetický účinok, môže zakryť peritoneálne príznaky, zmierniť stenokardie a sťažovať diagnostiku tam, kde je bolesť patognomická.
- Maskuje rozvoj šoku, lebo v určitej dávke – individuálne veľmi variabilnej – má alkohol protišokový účinok.
- Spôsobuje respiračnú, kardiovaskulárnu a CNS depresiu, u chronicky chorého zmiernuje subjektívne ťažkosti a objektívne príznaky, preto hrozí náhla prekvapivá dekompenzácia.

Príznaky

Vyplývajú z rizík, sú veľmi variabilné a prognosticky nespoľahlivé.

Prvá pomoc zdravotnícku

Neexistuje žiadny prostriedok okrem metabolizmu na zníženie koncentrácie alkoholu v krvi. Jedine fruktóza urýchľuje metabolizmus asi o 25%, ale v urgentnej starostlivosti v prednemocničných podmienkach to nemá praktický význam.

Literatúra

1. Pokorný J, et al. Urgentní medicína, Galén, Praha 2004: 547 s.
2. Pokorný J. Lékařská první pomoc, Praha, Galén, 2003: 351 s.
3. Kautzner J. Synkopa – doporučené postupy pro praktických lékařův, Projekt MZ ČR zpracovaný ČLS JEP za podpory grantu IGA MZ ČR 5390-3, Praha 2001.
4. Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care, Supplement to Circulation, Vol. 102, č. 8, 2000
5. Štětina J. a kol. Medicína katastrof a hromadných neštěstí, Grada Publishing, Praha, 2000: 424 s.
6. Drábková J. Akutní stavy v první linii, Praha, Grada Publishing, 1997: 330 s.
7. www.emedicine.com, www.vh.org.

1. Intoxikáciu alkoholom treba liečiť ako bezvedomie, symptomaticky podľa prevažujúcej symptomatológie.
2. Treba sledovať potenciálne upchatie dýchacích ciest, ktoré hrozí v bezvedomí. Postihnutý musí byť pod dozorom zodpovednej osoby a tou je v prípade bezvedomia zdravotnícky pracovník.
3. Monitorujeme akékoľvek bezvedomie s rizikom respiračnej a cirkulačnej depresie: TK, P, fD, SpO₂, EKG, stav vedomia.
4. Sledujeme poruchu psychiky akejkoľvek etiológie s rizikom samopoškodenia, úmyselného alebo neúmyselného.
5. Infúzia 0,9% NaCl 500–1000 ml i. v. podľa stavu cirkulácie a hodnôt TK (vazodilatačný efekt alkoholu).
6. Chránime pred podchladením.
7. Nesmieme zabudnúť na hlásenie regresu zdravotnej poisťovni, ktoré sú splnomocnené vymáhať náklady (dúfam, že to bude čoskoro aj povinné). Kód je R 04 pre samopoškodenie alkoholom a drogami, R 06 pri porušení liečebného režimu.

Záver

Kolaps, febrilné kŕče, intoxikácia alkoholom a epilepsia sú bezvedomím, ktoré odznejú spontánne, ale počas odznievania je rôzne dlhá fáza, v ktorej sa postihnutý nachádza v situácii ohrozenia života. Preto aj napriek averzii k opitým ich musíme brať vo fáze bezvedomia ako chorých, ktorí potrebujú zdravotnícku pomoc. To nevylučuje včasné legislatívne doriešenie ich podielu na financovaní liečby pri opakovaných epizódach. Epilepsia si vyžaduje omnoho menej zdravotníckych zásahov, pretože grand mal okamžite vedie k privolaniu záchranej služby aj príbuznými, ktorí pacienta poznajú. Febrilné kŕče by sa dali viac riešiť cestou osvetly, pretože laická pomoc je rovnako efektívna ako zdravotnícka a antipyretiká sú prístupné bez obmedzení. Kolapsové stavy treba riešiť cielenou osvetou v ohrozenej populácii.