

Jak dál s diagnózou F10.0?

MUDr. Josef Grym

Pediatrické oddělení nemocnice SZZ Krnov

Autor upozorňuje na narůstající počet dětí, hospitalizovaných pro akutní opilost a na zvyšující se podíl opilých dívek. Přibývá záměrné opilosti jako způsobu řešení problémů, zejména u dorostenců s psychickými a sociálními problémy, i neschopnosti řešit tyto situace v rodině. Formou kazuistik je poukázáno na problémy spojené s ošetřením opilých dorostenců s agresivním chováním, kteří představují zátěž a riziko pro provoz pediatrického oddělení, přičemž péče o tyto stavy není dostatečně legislativně řešena.

Klíčová slova: ebrieta, opilost, intoxikace etylalkoholem u dětí a dorostu, hospitalizace opilých dětí, agresivita v opilosti.

The F10.0 diagnosis: Where do we go from here?

The author draws attention to the increasing number of children hospitalized for acute alcohol intoxication and the increasing proportion of intoxicated girls. There has been an increase both in intentional alcohol use as a way of solving problems, particularly in adolescents with mental and social issues, and the inability to tackle these situations in the family. Case reports are used to highlight the problems associated with the management of intoxicated adolescents with aggressive behaviour who present a burden and risk for the operation of a paediatric department, with care of these conditions not being addressed adequately by legislation.

Key words: ebriety, drunkenness, ethyl alcohol intoxication in children and adolescents, hospitalization of intoxicated children, alcohol-related aggression.

Úvod

Ebrietas ethylica (akutní opilost, akutní intoxikace etylalkoholem) u dítěte byla ještě před 40 lety „sváteční“ diagnózou, neboť se s opilým chlapcem mohl pediater setkat vzácně, většinou jen o Velikonocích. Dnes je hospitalizace opilých dětí téměř všední záležitostí a navíc v rámci „genderové rovnosti“ se dívky snaží i v tomto směru vyrovnat chlapcům.

Přestože ošetřování opilých dětí přináší pro dětská oddělení některé problémy, je tomuto fenoménu věnována v naší literatuře jen malá pozornost. Sami jsme své zkušenosti se 101 opilými dětmi zpracovali jako součást článku o dětských úrazech a otravách (1). V současnosti vidíme, že ve struktuře těchto pacientů dochází k dalším změnám, většinou nepříznivým. Kromě jiného chceme poukázat na problémy a rizika

spojená s ošetřením pacientů s agresivním chováním, kteří tvoří asi 10 % přijatých s alkoholovou intoxikací.

Vlastní pozorování

V návaznosti na předchozí studii z let 2012–2017 (1) jsme nadále sledovali děti přijaté k hospitalizaci pro akutní opilost. V roce 2018 jsme přijali zatím rekordní počet 28 dětí, mezi nimiž poprvé převažovaly dívky (19 : 9). Transport na oddělení (v některých případech až 45 km) zajišťovala RZP v 16 případech, z toho 6x za účasti policie. Podle stupně alkoholové intoxikace a hladiny alkoholu v krvi šlo 4x o podnapilost (do 1 ‰), 12x o mírný až střední stupeň intoxikace (1–2 ‰), 8 dětí mělo hladinu alkoholu mezi 2–3 ‰, nad 3 ‰ (s maximem 3,6 ‰) pak měly 4 děti. Závažnost klinického obrazu alko-

holové intoxikace přitom ne vždy korelovala s hladinou alkoholu v krvi. Navíc byly zřejmé rozdíly v průběhu ebriety u chlapců a dívek. Zatímco dívky vykazovaly závažnější poruchu vědomí již při hodnotách etanolu v krvi mezi 1,5–2,0 ‰, starší chlapci ojediněle tolerovali i hodnoty kolem 2,5–3,0 ‰ bez ztráty vědomí. Určitý stupeň poruchy vědomí vykazovalo 15 dětí (53,6 %), podíl úrazů a podchlazení byl obdobný jako v naší předchozí práci (1), dva chlapci měli pozitivní THC v moči. Devět dětí (32,1 %) mělo v anamnéze uvedeny problémy psychického rázu, poruchy chování, sebepoškozování či psychiatrickou medikaci. Užívání psychofarmak většinou zhoršilo průběh ebriety a prodloužilo fázi jejího odeznívání.

Problematiku excitační fáze a agrese ilustrujeme několika kazuistikami.



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Josef Grym, grym.josef@szzkrnov.cz
Pediatrické oddělení nemocnice SZZ Krnov
I. P. Pavlova 9, 794 01 Krnov

Cit. zkr: Pediatr. praxi. 2019 20(6): 317–319
Článek přijat redakcí: 13. 5. 2019
Článek přijat k publikaci: 1. 7. 2019

Kazuistika 1

Patnáctiletý chlapec s poruchami chování a narušenými vztahy k rodině, po prudké hádce s rodiči „na uklidnění“ vypil údajně 2 litry vína, pak uvažoval o sebevraždě skokem pod vlak nebo z mostu do řeky. Potácející se bosý byl kontrolován městskou policií, nadále vyhrožoval suicidiem a na důkaz si ihned nožem způsobil 20 cm dlouhou řeznou ránu předloktí (aktuální etanol orientačně 1 ‰).

Při přijetí byl při vědomí, se známkami střední opilosti, řeč setřelá, hůře artikuloval. Hladina etanolu v séru byla 43,3 mmol/l (2,0 ‰), toxikologický screening moči byl negativní. Chlapec byl uložen na lůžko, monitorován, zavedena infuze krystaloidů. Po krátkém spánku se probudil, žádal propuštění, poté sedativa, pak náhle vyskočil z lůžka, vytrhl si kanylu s infuzí i připojení elektrod, židlí rozbil okno, roztrhal žaluzie a snažil se rozbitým oknem uniknout na balkon. Byl personálem zachycen, zklidněn a poté převezen na psychiatrické oddělení.

Kazuistika 2

Dívka 17,5 roku stará s komplikovanou sociální a osobní anamnézou (ADHD, deprese, sebepoškozování, psychiatrická péče včetně dlouhodobé medikace) byla přivezena RZP na oddělení poté, co byla večer policejní hlídkou nalezena ležící na náměstí pod stromem evidentně opilá (dechová zkouška prokázala orientační hladinu alkoholu 1,9 promile), blíží okolnosti ebriety nebyly zjištěny. Při transportu se dívka probrala, byla agresivní slovně i brachiálně.

Při přijetí byly patrné výrazné známky opilosti, dívka byla somnolentní, neschopna stoje a chůze, intermitentně však verbálně agresivní, prala se s personálem, bránila se vyšetření, na předloktí měla patrné starší řezné rány, tělesná teplota byla 36,1 st. C. Laboratorně v séru etanol 54,7 mmol/l (2,53 ‰), kalium 3,7 mmol/l, osmolalita séra byla 349 mosm/kg, glykemie 5,4 mmol/l, ostatní parametry v normě, toxikologie moči byla negativní. Byly ordinovány infuze krystaloidů a monitoring. Po krátkém útlumu se dívka probudila – agresivní, křičí, utíká z postele, pere se, kouše, plive po personálu. Za pomoci dalšího přivolaného personálu se podařilo dívku připoutat na lůžko a medikamentózně zklidnit. Po 3 hodinách se probudila již klidná, schopna komunikace, fixace zrušena, přijímala tekutiny per os. Ráno naznačená nauzea, mírná ataxie,

přechodně tremor rukou. Za dalších 5 hodin byla propuštěna s doprovodem.

Kazuistika 3

Osmnáctiletý chlapec byl přivezen RZP krátce po půlnoci po pádu do kašny v opilosti s nejistým údajem o krátkém bezvědomí a zvracení. Primárně byl ošetřen na urgentním příjmu, podrobnější anamnéza nebyla získána. Chlapec byl soporózní, reagoval jen na algické podněty, měl promočený oděv, byl hypotermický, s četnými oděrkami obličeje a hlavy, v dechu byl cítit alkohol, fyziologické funkce byly víceméně v normě, SpO₂ 98 %. Aktuální glykemie byla 2,9 mmol/l (podána infuze glukózy s ionty), hladina etanolu v krvi 75,4 mmol/l (3,5 ‰). Rtg snímky lebky a krční pater i CT scany mozku byly bez patologie. Asi po hodině byl chlapec předán do péče JIP pediatrického oddělení – prochládlý s teplotou 35,2 st. C, již částečně schopen komunikace, neschopen vertikalizace, dodatečně v moči pozitivní kanabinoidy.

Po uložení na lůžko usnul, asi po hodině se probral, zpočátku plačtivý, lítostivý. Poté následoval agresivní raptus – strhl si elektrody, vytrhl si infuzní kanylu, utíkal z lůžka, házel po personálu dosažitelné předměty, střídavě křičel, plakal, vulgárně nadával personálu, přivolaného člena ostrahy napadl a uhořel pěstí do obličeje. Po medikamentózním útlumu se probudil za 5 hodin již klidný, omlouval se za chování, za dalších 5 hodin byl propuštěn a předán v dobrém stavu rodičům.

Kazuistika 4

Šestnáctiletý chlapec (anamnesticky s poruchami chování) při oslavě s kamarády pil mix alkoholu (víno, pivo, vodku). Se známkami značné opilosti se po příchodu domů dostal do konfliktu s rodiči, byl agresivní verbálně i brachiálně. Rodiče si s ním nevěděli rady (?) a proto přivolali policii. Policisté chlapce zpacifikovali, nasadili mu pouta (!) a ve spolupráci s personálem RZP chlapce dopravili v nočních hodinách na oddělení, orientační hladinu alkoholu dechovou zkouškou určili na 1,7 promile.

Při přijetí jevil chlapec (hmotnost 93,5 kg) známky střední až těžší opilosti, byl schopen komunikace, fyziologické funkce měl v normě, teplotu 36,5 st. C. I přes klidné chování byl za spolupráce policistů a záchranářů přikurtován k lůžku (!). Po odchodu policistů sestra a lékařka po rozmluvě s chlapcem fixaci zrušily, ošetřily hematomy a oděry zápěstí po poutech (!), chlapec byl nadále klidný

a usnul. Vstupní hladina etanolu byla 49,3 mmol/l (2,28 ‰), osmolalita séra 356 mosm/kg, glykemie 5,1 mmol/l, toxikologický screening byl negativní. Krátce aplikována infuze krystaloidů, po 12 hodinové hospitalizaci byl v dobrém stavu propuštěn.

Kazuistika 5

Šestnáctiletý chlapec z problémové rodiny (anamnesticky poruchy chování, sebepoškozování, již jednou hospitalizován pro ebrietu, sledován psychologem a sociálním kurátorem), se rozhodl místo vyučování věnovat se konzumaci alkoholu („je zvyklý“). Po vypití půl litru destilátu byl agresivní vůči rodičům, kteří povolali policisty, ti u chlapce určili dechovou zkouškou orientačně etanol na 2 promile. Péčí RZP byl chlapec transportován k hospitalizaci, při vystupování ze sanity se pokusil o útěk, ale byl dopaden záchranáři a dopraven na oddělení.

Zde evidentní projevy ebriety, slovně vulgární a agresivní, nespolupracoval, byly patrné starší jizvy na předloktích po sebepoškozování. Laboratorně hladina etanolu 49,5 mmol/l, tj. 2,3 ‰, sérové natrium 146 mmol/l, kalium 3,8 mmol/l, osmolalita séra 359 osmol/kg. Nadále byl negativisticky laděný, odmítal spolupráci, hrozil útekem, proto trvale hlídán ošetřovatelem. Chlapec byl přechodně utlumený, subdepresivní, poté opět progredovala agrese – tlučel hlavou do lůžka, trhá si oděv, vulgárně nadával personálu. Telefonicky informovaná matka odmítla s chlapcem kontakt i jeho převzetí po odeznění ebriety pro obavu z další agrese. Konzultovali jsme psychiatra lůžkového psychiatrického oddělení, který souhlasil s přijetím chlapce po poklesu hladiny etanolu pod 1 promile, což bylo realizováno po 9 hodinách (pokles hladiny etanolu v krvi cca 0,16 promile/hod.).

Diskuze

Přestože hospitalizace opilých dětí s sebou přináší řadu problémů odborných, sociálních i organizačních a jde o fenomén stále narůstající, mnoho článků k tomuto tématu v naší odborné literatuře nenajdeme. K dispozici jsou starší články Hladíka a spol. (2, 3), souhrn zkušeností 30 dětských oddělení zpracovali Kabíček a spol. (4). Co do počtu přijatých je v čase zřejmý nárůst počtu hospitalizovaných s touto diagnózou. V ostravské práci (1999–2003) byl průměrný počet přijatých na jedno oddělení 11 dětí za rok (3). V přehledné práci Kabíčka (2011) to bylo 14,5 přijatých za rok (4),

v našem souboru (2012–2017) byl průměrný počet přijatých 16,8 za rok (1), v roce 2018 jsme přijali již 28 dětí. Studie velkého souboru 537 slovenských dětí (1996–2005) uvádí podíl akutních intoxikací alkoholem na 1,5 % hospitalizovaných a současně 34,2 % všech intoxikací (5). Současně s odstupem pěti let se u přijatých dětí zvýšila průměrná hladina etanolu v krvi a zvýšilo se score závažnosti otravy (5). Zatímco v celostátní i naší sestavě převažují chlapci (1, 4), převaha dívek v ostravské práci (2, 3) i aktuálně v našem malém souboru by se dala teoreticky vysvětlit tím, že chlapci opilost častěji „ustojí“ (spíše uleží), dívky snesou alkoholu méně a opilost je u nich nápadnější. Mezi opilými přibývá dětí, které mají v anamnéze problémy v rodině, poruchy chování, sebepoškozování, sebevražedné sklony i léčbu psychofarmaky, což se často projeví na závažnosti i průběhu alkoholové intoxikace.

Zatímco před lety jsme opilost u dětí považovali za „úlet“ (2) či nezvládnutý podceněný experiment s alkoholem (1), v současnosti narůstá počet dorostenců, kteří se opíjejí záměrně a cíleně, respektive se alkoholem snaží řešit nějaký osobní problém.

Častým obrazem u těžších forem je porucha vědomí – od somnolence, přes sopor po kóma různé hloubky, obvyklá je hypo- až atonie, zvracení, častá je hypotermie, současné poranění může být mnohdy skryté. U dorostu někdy prokážeme kombinaci s užitím drog.

V laboratorních nálezech upozorňujeme na signalizační hodnotu osmolality séra (kterou jedno promile alkoholu zvyšuje cca o 23 mosm/kg), častá bývá hypokalemie, naopak hypoglykémii jsme zachytili výjimečně.

Terapie je symptomatická, ke kontrolovanému odeznění intoxikace většinou postačí stabilizační poloha, monitoring vitálních funkcí a dohled. Dodávka tekutin a iontů (ev. glukózy) infuzí většinou urychlí odeznívání ebriety. Nutnost fixace i medikamentózní léčba jsou vzácné, lékovému útlumu se pokud možno vyhýbáme (avšak občas bývá nutný), výjimečně je nutná umělá plicní ventilace (1, 3), v extrémních případech hemodialýza (2).

Ukazuje se, že tíže klinického obrazu neodpovídá vždy hladině etanolu v krvi. Také odeznívání intoxikace nebývá vždy lineární, střídání útlumové a excitační fáze není neobvyklé a navíc je špatně předvídatelné. Agresivitu pozorujeme asi u 10 %

intoxikovaných. Zajímavé je, že většina opilých se po 10–12 hodinách probouzí téměř bez subjektivních potíží, někdy krátce přetrvává mírná ataxie. Subjektivní známky „kocoviny“ jsou víceméně vzácné (v poslední době ubývá i kocoviny morální).

Z medicínského hlediska je zřejmé, že u dítěte v akutní ebrietě, vzhledem k ohrožení vitálních funkcí, je většinou indikováno uložení na monitorované lůžko.

Nedořešenou otázkou zůstává, co s dorostenci v excitační agresivní fázi intoxikace, jejíž možné projevy demonstrujeme vybranými kauzistikami. Na rozdíl od specializovaných protialkoholních stanic pro dospělé s adekvátním vybavením (6) nejsou JIP pediatrických oddělení na tento typ chování pacientů připraveny ani vybaveny. Naopak – k přijetí pacientů dochází většinou v nočních hodinách, kdy bývá přítomna jedna sestra a jedna lékařka. Agresivní jedinci mohou být nebezpeční sobě i personálu, přičemž stokiloví teenageři nejsou dnes žádnou výjimkou. Hlavním problémem je však nebezpečí pro ostatní pacienty ať už přímé (poranění agresorem), nebo nepřímé (vynucená koncentrace pozornosti na intoxikovaného).

Podle stávající legislativy pacient nebezpečný sobě a okolí by měl být umístěn na specializovaném oddělení (možnost izolace, fixace, zadržování poranění, adekvátní personální a technické vybavení atd.), což jsou protialkoholní stanice či uzavřená psychiatrická oddělení. Zde ovšem narážíme na kontraindikace – limitaci věkem a dále stav intoxikace s ohrožením vitálních funkcí. A tak pediatrickým oddělením nezbyvá, než tento problém opět vyřešit vlastními silami. Skutečnost, že v souvislosti s hospitalizací intoxikovaných alkoholem na dětských odděleních není dosud hlášen žádný závažný konflikt provázený úrazem či poškozením dalších hospitalizovaných, lze považovat spíše za příznivou náhodu a v některých případech za výsledek zkušeností a profesionality personálu. Zatím jsme nezaznamenali žádné náznaky řešení ze strany organizátorů zdravotnictví. Přitom úřad ombudsmana projevuje značnou starost o opilé dospělé (návrh na zlepšení podmínek a vybavení, posílení personálu, bezplatnost péče!), avšak o dětech a dorostu se doporučení vůbec nezmiňuje (6).

Dva dodatky na závěr: ačkoliv je pediatrie orientována na prevenci a zásady prevence požívání

alkoholu u dětí jsou na teoretické úrovni zpracovány (7, 8), v názoru na jejich účinnost v praxi se za současné společenské situace a při výše naznačených trendech nelze ubránit značné skepsi, zcela mimo zájem pediatrie zůstává ekonomický dopad těchto hospitalizací. Lze-li věřit systému DRG, pak v našem případě za poslední rok větší na hospitalizovaných pacientů s diagnózou F10.0 představovala pro oddělení finanční ztrátu.

Závěr

Děti hospitalizovaných pro akutní intoxikaci alkoholem evidentně přibývá a současně stoupá i podíl opilých dívek. Za závažnou změnu považujeme narůstající počet dětí se záměrnou opilostí, požívání alkoholu jako způsobu řešení problémů, zejména u dětí s psychickými a sociálními problémy i neschopnost řešit tyto situace v rodinách. Medicínské hledisko zvládnutí stavu se jeví vyřešené, nevyřešeným (a neřešeným) problémem jsou okolnosti organizačního rázu. Zatímco péče o dospělé opilce je institucionálně vyřešena včetně personálního a technického zajištění, v péči o opilé děti se spoléhá na JIP pediatrických oddělení, což se v případě agresivních dorostenců ukazuje jako rizikové jak pro provoz oddělení, tak pro personál a pro ostatní hospitalizované děti. Průběh intoxikace bývá často nevyzpytatelný ve smyslu střídání útlumu a excitace, připomenout je třeba také posun současných dorostenců do vyšších hmotnostních kategorií často s převahou nad personálem.

A tak před pediatrií často stojí dilema – na jedné straně alkoholem intoxikovaný pacient s potenciálním ohrožením vitálních funkcí, který vyžaduje monitoring a alespoň po určitou dobu adekvátní intenzivní péči, na druhé straně nevyzpytatelný agresivní dorostenec bez sebekontroly, nebezpečný sobě, personálu i ostatním pacientům. Zdá se, že zatím tato neřešená situace nikoho dalšího netlačí natolik, aby toto narůstající rizikové břemeno sňal z personálu pediatrických oddělení.

Seznam zkratk: ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder, CT – počítačová tomografie, DRG – Diagnosis Related Group, JIP – jednotka intenzivní péče, RZP – rychlá zdravotnická pomoc, THC – tetrahydrokanabinol

LITERATURA

1. Grym J. K preventabilitě úrazů a otrav v dětském věku. *Pediatr. Praxi*, 2019, 20(1): 12–18.
2. Hladík M. Alkohol – problém u dětí a mladistvých. *Pediatr. Praxi*, 2009, 10(1): 48–50.
3. Hladík M. et al. Intoxikace alkoholem u dětí a mladistvých v Ostravě Čes.-Slov. *Pediatr.*, 2005, 60 (12): 663–671.
4. Kabíček P. et al. Alkoholové a drogové intoxikace u dospívajících přijatých na dětská oddělení v ČR Čes.- Slov. *Pediatr.*, 2013, 68 (5): 293–299.
5. Kuzelová M. et al. Alcohol intoxication requiring hospital admission in children and adolescents: retrospective analysis at the University Children's Hospital in the Slovak Republic. *Clinical Toxicology (Philadelphia, Pa)* /01, Jul 2009, 47(6): 556–561.
6. Veřejný ochránce práv: Zpráva ze systematických návštěv protialkoholních stanic, 2014.
7. Nešpor K, Csémy L. Alkohol u dětí a dospívajících – prevalence a léčba *Čas. Lék.Čes.* 2010, 149: 598–600.
8. www.alkoholpodkontrolou.cz.