



Úvod

Ebrietas ethylica (akutní opilost, akutní intoxikace etylalkoholem) u dítěte byla ještě před 40 lety „sváteční“ diagnózou, neboť se s opilým chlapcem mohl pediatr 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 alkoholové 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 hodno-

ty 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.

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)