biotika a antivirotika, lépe po odběru kultivací, následované cílenou terapií. U intoxikace zahajujeme dekontaminaci, podáním aktivního uhlí, podáváme specifická antidota pokud jsou dostupná (například N-acetylcystein u intoxikace paracetamolem). Pozor však při poruše vědomí a neznalosti doby požití ev. toxikologické noxy nelze paušálně podat aktivní uhlí; stejně tak je u osob s poruchou vědomí, bez zajištění dýchacích cest kontraindikován výplach žaludku pro riziko aspirace.

Prognóza poruch vědomí u dětí

Výsledná prognóza dítěte s poruchou vědomí závisí na čtyřech hlavních faktorech: etiologii, délce trvání hluboké poruchy vědomí, rychlosti zahájení léčby a přidružených komplikacích. Obecně lze říct, že reverzibilní příčiny (hypoglykemie, febrilní křeče) mívají velmi dobrou prognózu při časné intervenci. Infekční příčiny (např. HSV encefalitida, sepse) často vedou ke zbytkovému neurologickému deficitu, zejména při opožděné léčbě. Hypoxicko-ischemické poškození (např. po zástavě oběhu, tonutí) má většinou závažnou prognózu v závislosti na délce hypoxie a délce bezvědomí. Strukturální poškození CNS (tumory, krvácení) má variabilní prognózu dle rozsahu, lokalizace a možnosti neurochirurgického řešení.

pGCS ≤ 8 delší než 24 hodin bez zlepšení bývá spojeno s vysokým rizikem trvalého neurologického deficitu nebo úmrtí. Mezi prognosticky negativní ukazatele patří chybění pupilárních reflexů, motorické odpovědi, hluboká acidóza (laktát > 6), hyperglykemie (> 10 mmol/l) u ne-diabetika.

„Time is brain" platí u dětí stejně jako u dospělých. Každá minuta prodlení s oxygenací, korekcí glykemie nebo antiepileptickou léčbou zvyšuje riziko ireverzibilního poškození mozku.

Kazuistika 1

Na urgentní příjem Fakultní nemocnice byl přivezen RZP 9letý chlapec pro febrilie a poruchu vědomí. Anamnéza nynějšího onemocnění byla krátká, chlapec byl od rána febrilní, TT s maximem 39 °C, ráno komunikoval normálně, kolem poledne začal „blouznit", postupně již pouze „hekal", až došlo k progresi stavu, kdy chlapec nebyl schopen žádné adekvátní verbální komunikace a k tomu pětkrát zvracel. Na urgentním příjmu bylo provedeno základní zhodnocení pacienta s nálezem: GCS 10b, AVPU-P, sklon k hypotenzi, TK 91/27… 110/50, P 114', D 27', saturace 93%, aktivně se bránil, byl hraničně hydratován, ameningeální, eupnoický, ostatní interní nález byl normě. Laboratorně byla zjištěna hypokalemie a hyponatremie (K^+ 3,3 mmol/l, Na^+ 129 mmol/l), ostatní laboratorní parametry včetně ABR byly v normě. Bylo provedeno akutní CT mozku, které prokázalo počínající edém mozku a EEG, kde byl zachycený zpomalený záznam, bez epileptických grafoelementů. Byla zahájena empirická léčba ceftriaxonem a acyklovirem a chlapec byl přeložen na Pediatrickou kliniku k další péči, kde byla prokázaná neuroinfekce enteroviry.

Kazuistika 2

Na naše pracoviště byla přivezena rodiči 2,5letá dívka. Byla již vyšetřena v jiné nemocnici pro „divné chování" a stp. pádu z postele. Vzhledem k absenci chirurga na daném pracovišti byla odeslána k nám cca v 8 h ráno. Dívka cca ve 4 h ráno ten den spadla z postele z výšky cca 40 cm na koberec, ihned plakala, nezvracela, v bezvědomí bezprostředně po pádu nebyla. V 6 h se probouzí, pláče, ukazuje na břicho periumbilikálně. Dle rodičů byla výrazně spavá, probuditelná pouze na hlasité oslovení, nezvracela celou dobu. Den předem byla s rodiči na procházce, opakovaně říkala, že měla dobré borůvky, ale ty rodiče neviděli, také pila vodu ze studánky. RA, OA nevýznamná, v EA udávali rodiče přisátí klíštěte před měsícem. Klinický stav dívky po přijetí na naše oddělení byl s kolísavým stavem vědomí, GCS se různě měnilo v čase 15–13 b, AVPU-A/P, byla apatická, ostatní interní nález byl bez pozoruhodností. Laboratorně byl krevní obraz i biochemie v normě, v ABR však byly známky metabolické acidózy s pH 7,26, pCO_2 4,46 kPa, laktát 2,3 mmol/l, BE -11,7 mmol/l. Provedené CT mozku bylo s normálním nálezem. Vzhledem k podivné anamnéze byla zvažována intoxikace neznámou látkou. Bylo proto kontaktováno Toxikologické informační středisko, kde dle popisu divných borůvek byla zvažována otrava rulíkem zlomocným nebo bezem černým, který je schopen vyvolat ospalost, zvracení, bolesti břicha, rozvrat vnitřního prostředí, což bylo v korelaci s klinikou naší pacientky. Byla zahájena symptomatická terapie, na které se dívka zlepšila a byla následně dimitována ve výborném stavu do domácí péče.

Závěr a praktické shrnutí

Poruchy vědomí u dětí představují jeden z nejzávažnějších a nejkomplexnějších stavů v pediatrické urgentní medicíně. Vzhledem k širokému spektru příčin a rychlé dynamice klinického stavu je klíčové:

- dodržovat standardizovaný algoritmus ABCDE;
- aktivně vyhledávat a léčit reverzibilní příčiny;
- využít dostupné skórovací nástroje (pGCS, AVPU) pro sledování vývoje klinického stavu v čase;
- zahájit co nejdříve cílenou léčbu podle předpokládané etiologie;
- zajistit včasný transport dítěte na pracoviště s vyšší specializovanou péčí (JIP, ARO či specializované centrum), pokud stav přesahuje možnosti základního pracoviště.

Tento článek nabízí komplexní přehled současného přístupu k diagnostice a léčbě poruch vědomí u dětí v souladu s aktuálně platnými doporučeními. Slouží jako vodítko pro klinickou praxi v urgentní pediatrii i pro vzdělávání mladých lékařů.

LITERATURA

1. Mixa V, Heinige P, Vobruba V, et al. Dětská přednemocniční a urgentní péče. 3., přeprac. a dopln. vyd. Praha: Grada Publishing; 2024:342-349.
2. Šín R, Štourač P, et al. Urgentní medicína. 1. vyd. Praha: Galén, 2024:291-295.
3. Cameron P, Browne G, Mitra B, et al. Textbook of Paediatric Emergency Medicine. 4th ed. Amsterdam: Elsevier; 2021.
4. RCH Clinical Practice Guidelines: Altered Conscious State The Royal Children's Hospital.
5. Vafek V. Approach to the unconscious child. IS MUNI - Masarykova univerzita. 2021.
6. European Society for Emergency Paediatrics (SEUP): Coma, 4th ed. SEUP.org.
7. Glissmeyer EW. Textbook of Pediatric Emergency Medicine. Fleisher G & Ludwig S. 7th ed. Wolters Kluwer. Coma. 2016:99-108.
8. Kochean PM, Bell MJ. Nelson Textbook of Pediatrics. Kliegman, Stanton, St. Geme, Schor. 20th edition. Urgencias y estabilización neurológica. Elsevier. 2016:531-539.
9. Trübel HK, Novotny E, Lister G. Outcome of coma in children. Curr Opin Pediatr. 2003;15(3):283.
10. Van de Voorde P, Turner NM, Djakow J, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Paediatric Life Support. Resuscitation. 2021;161:327-387.