

616.89-008.441.44:616.893:355.291.7

POKUS O SEBEVRAŽDU LÉKY U VOJÁKA ZAHRANIČNÍ VOJENSKÉ MISE

Petr LIPAVSKÝ
Posádková ošetrovna, Liberec

Souhrn

V uvedené kazuistice je prezentován diagnostický a léčebný postup u příslušníka zahraniční vojenské mise s epileptickým záchvatem typu GM a následným deliriózním syndromem. V diferenciální diagnóze bylo pomýšleno na etiologii zánětlivou ve smyslu meningitidy nebo meningoencefalitidy, případně nitrolební krvácení nebo expanzi. CT nález supraselární expanze byl vyhodnocen jako náhodný nález, zánětlivá etiologie byla vyloučena. Etiologie obtíží byla objasněna teprve po spontánním ústupu deliriózního syndromu, kdy pacient začal hovořit o pokusu o sebevraždu léky. Následně byl diagnostikován depresivní syndrom jako příčina sebevražedného pokusu léky. Pacient byl repatriován a hospitalizován na psychiatrickém oddělení vojenské nemocnice.

Klíčová slova: Sebevražda; Antihistaminikum; Delirium.

An Attempt at Suicide with Drugs by a Soldier Participating in a Military Mission Abroad

Summary

A case report of a participant in a military mission abroad is presented in this article. The confusion condition occurred after a state of convulsion. Inflammation aetiology, including meningitis or meningoencephalitis, brain haemorrhage or tumour process in the brain, were considered in the differential diagnosis. CT diagnosis of the suprasellar expansion was evaluated as an occasional finding; inflammation aetiology was excluded. The aetiology was unclear until the spontaneous improvement of the condition – the patient disclosed that he had tried to commit suicide by ingestion of a sleeping pill. The depressive syndrome was diagnosed and the patient was repatriated back to the Czech Republic.

Key words: Suicide; Antihistaminic; Delirium.

Úvod

Novodobá tradice zahraničních misí Československé armády, později Armády České republiky, se datuje od roku 1990 účasti v operacích v Perském zálivu. Následovaly mise na území bývalé Jugoslávie a od roku 2002 opět mise na území Středního východu. Spektrum zdravotních potíží vojáků zahraničních misí je podobné spektru zdravotních potíží, se kterými se setkává lékař posádkové ošetrovny na domácím území, přibývají pouze stavy způsobené specifickým prostředím (klíma, specifické infekce). Závažné stavy s ohrožením životních funkcí bývají v podmínkách relativního míru řídké. Situace se dále komplikuje, pokud není zcela jasná etiologie takového stavu. Autor ve svém sdělení předkládá kazuistiku vojáka mise v oblasti Středního východu, u kterého se objevily křeče následované několikahodinovým deliriem. K objasnění etiologie došlo až po jeho odeznění, kdy bylo zjištěno, že pacient požil v sebevražedném úmyslu antihistaminikum, které výše uvedený stav způsobilo.

Delirium – charakteristika, příčiny, diferenciální diagnostika, léčba

Delirium je etiologicky nespecifický organický mozkový syndrom, který je charakterizován:

- Zastřeným vědomím, tj. sníženou jasností uvědomování si okolí se sníženou schopností zaostřit, udržet nebo přesunout pozornost.
- Narušením poznávacích schopností projevující se zhoršením bezprostřední a recentní paměti s relativně zachovalou staropamětí a dezorientací časem, místem nebo osobou.
- Alespoň jedním z následujících psychomotorických rušivých příznaků: rychlé, nepředvídatelné přechody z hypoaktivity do hyperaktivity nebo prodloužený reakční čas nebo zvýšený nebo snížený proud řeči nebo prodloužená úlevková reakce.
- Narušením spánku nebo cyklu spánků–bdění.
- Rychlým začátkem příznaků a jejich měnivostí v průběhu dne.

Deliriózní stav je přechodný. Většina nemocných se uzdraví během 4 týdnů nebo i kratší doby, stav může však trvat i 6 měsíců. Vyskytuje se často. Může se rozvinout u kteréhokoli pacienta, který upadá do kómatu nebo se z něho probouzí, nebo u pacienta po celkové anestezii. Může se také vyskytnout u pacienta předávkovaného jakoukoli psychoaktivní látkou.

Příčiny:

1. Metabolický rozvrat. Příkladem mohou být hypoxie, hyperkapnie, hypoglykémie, onemocnění jater nebo ledvin, hypertyreóza nebo hypotyreóza, porfyrie nebo elektrolytové abnormality.
2. Abúzus látek včetně drog, abstinenční syndrom. Klasickým příkladem je delirium tremens po odnětí alkoholu. Poměrně častou příčinou deliria je anticholinergní intoxikace. Pacienti bývají popisováni znaky „červený, vyschlý, ztřeštěný, osleplý“. Vyplyvá to z periferní vazodilatace, suchých sliznic a chybění pocení, deliria a zhoršené akomodace očí. Častými látkami vyvolávajícími anticholinergní krizi jsou skopolamin, antiparkinsonika, tricyklická antidepresiva a neuroleptika.
3. Úraz hlavy.
4. Infekce – systémové (pneumonie, horečka při tyfu, malárie) nebo nitrolební (encefalitida, meningitida, encefalomyelitida).
5. Expanzivní proces v mozku. Neoplazmata, abscesy, hematomy, aneurysmata, parazitární cysty.
6. Nedostatek thiaminu. Wernickeova encefalopatie.
7. Hypertenze. Hypertenzní encefalopatie.
8. Záchvaty. Stav po mozkovém iktu.
9. Vlivy prostředí. Senzorická deprivace nebo hyperstimulace.

Nejdůležitější součástí péče je diagnostika a léčba kauzálních faktorů. Nezbytná je kompletní anamnéza, fyzikální vyšetření a příslušné laboratorní testy, včetně kompletního vyšetření krevního obrazu, biochemie moči a souboru metabolických vyšetření (diagnostika nemocí ledvin, nadledvin, jater, abnormalit krevního cukru a elektrolytů, včetně kalcia a magnézia), vyšetření funkcí štítné žlázy a rentgen hrudníku. V závislosti na klinické situaci se provádí vyšetření EEG, CT hlavy, lumbální punkce a další testy, jako hladiny hormonů, těžkých kovů, vitamínu B12 a test na antinukleární protilátky.

Difenhydramini hydrochloridum – charakteristika léčiva

Difenhydramini hydrochloridum (k dispozici pod firemním názvem Benadryl) je vysoce účinné antihistaminikum H1, které zmírňuje kašel tlumivým působením přímo na centrum pro kašel v pro-

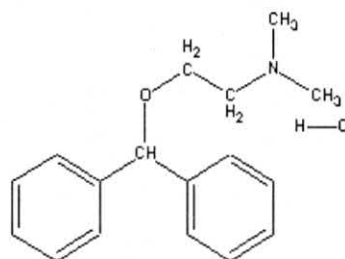
dloužené míše. Odstraňuje nepříjemné doprovodné projevy při onemocněních horních cest dýchacích. Tlumí sice dráždění ke kašli, nezamezuje však terapeuticky důležitému vykašlávání bronchiálního sekretu. Rozšiřuje malé bronchy, uvolňuje křeč bronchiálního systému a zmírňuje zánětlivý otok sliznice, a tak vede ke zlepšení dýchání. Výsledkem anticholinergního působení difenhydraminu je snížení sekrece hlenu v nose a sekrece slz.

Difenhydramin se rychle resorbuje ze zažívacího traktu. Účinek nastupuje za 15–30 minut po orálním podání a trvá 6–8 hodin. Poločas difenhydraminu je 4–8 hodin a z 98 % je vázán na bílkoviny plazmy. Je převážně odbouráván v játrech. Na jeho metabolismu se podílejí též plíce a ledviny. Močí se vylučuje jen malá část nezměněné substance. Rozkladné produkty se vylučují z organismu do 24 hodin po podání. Obvyklá dávka pro dospělé a mládež od 14 let je 50 mg denně. Maximální denní dávka difenhydraminu je 300 mg.

Přípravek je obvykle dobře snášen, ale mohou se vzácně vyskytnout alergické reakce. U malých dětí jsou to projevy excitace až křeče. U starších pacientů převážně sedace.

Předávkování se projevuje u malých dětí excitací. U dalších věkových skupin pak zvýšenou únavou. Vymizení těchto příznaků nastává zpravidla po odeznění účinku přípravku. V popředí klinických projevů intoxikace je sucho v ústech, snížení krevního tlaku, hluboké bezvědomí (podobně jako při otravě hypnotiky) s retencí moči. U dětí a citlivých nemocných může také dojít k centrálně stimulujícímu účinku s excitací a halucinacemi, dezorientací, svalovými záškuby, hyperpyrexii a k tonicko-klonickým křečím. Mohou nastat i poruchy srdečního rytmu (rychlá nepravidelná akce).

Terapie intoxikace: U klidných nemocných se postupuje jako při intoxikaci hypnotiky. Při zřetelně anticholinergním účinku je vhodným antidotem fyzostigmin (po fyzostigminovém testu) s tím, že je třeba zvažovat nežádoucí účinky fyzostigminu, které jsou četné. Vzhledem k vysoké vazbě difenhydraminu na plazmatické bílkoviny jej nelze z krve odstranit hemodialýzou.



Obr. 1: Difenhydramini hydrochloridum – chemická struktura

Vlastní kazuistika

Pacient – muž, věk 23 let.

Rodinná anamnéza: Matka 53 let, po opakovaných operacích pro rupturu v oblasti GIT, dále se léčí se pro neurotické potíže. Otec 55 let, zdrav. Sourozence nemá. Další pozoruhodnosti v pokrevním příbuzenstvu nezjištěny. Osobní anamnéza: Cirkumpartum v normě. Operace pupeční kýly v dětství. Jinak nebyl závažněji nemocen. Sociální a pracovní anamnéza: Rodiče rozvedeni v 6 letech věku pacienta, dále vychováván matkou, u které bydlí doposud. Na základní škole s průměrným prospěchem. Absolvoval střední školu, kde opakoval poslední ročník. Poté rok manuální zaměstnání. Základní vojenská služba, kde depresivní rozlady, vyšetřen na odborném pracovišti, stav se stabilizoval bez léčby. Následně voják z povolání, zařazen jako specialista v chemické jednotky. Stabilní heterosexuální vztah. Kuřák cigaret v průměrném množství 10/den, občas alkohol, jiné látky popírá.

Nynější onemocnění: V březnu 2002 vyslán jako příslušník kontingentu mise „Trvalá svoboda“ do Kuvajtu. V období března až květen celkem 10krát vyhledal lékaře nebo byl pozván do ambulantního zařízení v prostoru rozmístění české jednotky pro mykotické onemocnění kůže, gastroenteritis acuta, tonsilitis acuta, poslední návštěva pro kožní morfy v obličeji, které byly hodnoceny jako herpetiformní eflorescence. Návštěvy nebyly hodnoceny jako neodůvodněné. V kolektivu se projevoval jako uzavřený, nikoli však do té míry, aby jeho chování nutilo nadřízené přijímat opatření.

Dne 30. 5. 2002 (10. týden pobytu) v 19.00 hodin byl nalezen spolubydlícím ležící na lůžku a s křečemi celého těla. Volán službu mající personál obva-zíště. Mezitím pád pacienta z lůžka na betonovou podlahu. Při příchodu zdravotnického personálu již bez křečí (tyto mohly trvat cca 2 minuty), přechodně celkový hypertonus, který po jedné minutě odeznívá. Pacient při vědomí, verbální kontakt nelze navázat, reaguje pohledem na hovořící osobu. TK 155/65 mm Hg, puls 120-135/min, DF 16/min, teplota 38 °C, Sp O₂ 97 %. V oblasti temene drobná tržně zhmožděná ranka s hematodem v okolí, zornice izokorické, reagují symetricky správně, spojivky překrveny, morský jazyk, dýchání s chroty vlevo bazálně, akce pravidelná, při tachykardii ozvy hůře diferencovatelné. Břicho měkké, dobře prohmatné, nebolestivé, bez známek náhlé příhody břišní. Orientačně neurologicky: šije oponuje na jeden prst, bez známek lateralizace. Přechodně umístěn na akutní lůžko obva-zíště kontingentu, zajištění žilní linky, stanovení glykémie glukometrem: 7,8 mmol/l. Následně transport do ambulantního zařízení US Army (Troop Medical Centre), odkud vzhledem k nutnos-

ti provedení dalších vyšetření transport do nemocnice kuvajtských ozbrojených sil. Během transportu pacient s porušeným vědomím charakteru deliriózního syndromu, místy neklidný, nespolupracuje, verbální kontakt: ojediněle správná odpověď na jednoduchou otázku, jinak užitečný verbální kontakt nelze navázat. Spontánní produkce setřelou řečí zmatená. Výzvam nevyhoví. Přetrvává tachykardie 130–140/min, Sp O₂ 98 %.

Dne 30. 5. 2002 ve 22.00 hodin byl přijat v nezměněném stavu do nemocnice kuvajtských ozbrojených sil se závěrem:

- stav po generalizovaném paroxysmu tonicko-klonických křečí s následným deliriózním syndromem nejasné etiologie
- febrilní stav nejasné etiologie

Diferenciální diagnóza:

- zánětlivá etiologie: meningitis, meningoencefalitis
- intrakraniální krvácení
- intrakraniální expanze
- metabolická etiologie

Po přijetí provedeno CT mozku a následně lumbální punkce. CT mozku: na strop pravé nosní dutiny nasedá ostře ohraničený zaokrouhlený útvar o průměru cca 2 cm, který proniká zespodu do pravého frontálního laloku, denzitou je blízký tukové tkáni. Jinak kompletně bez patologie. Lumbální punkce: mok odkapává pod normálním tlakem, první porce lehce krvavá, dále čirý. Laboratorně bez patologie. Zahájena medikace: rifampicin, acyklovir, vankomycin, dexamethazon, epanutin. V období 30. 5. 2002 od 23.00 h až 31. 5. 2002 do 8.00 h stav kolísavý, místy neklidný, agresivní, nespolupracuje. Místy lucidní intervaly, kdy začíná hovořit o tom, že požil nějaké léky na spaní, počty tablet se různí od 6 do 60.

Dne 31. 5. 2002 v 8.00 h vyšetřen lékařem českého kontingentu: Objektivně psychopatologicky: lucidní, ale nelze vyloučit lehkou kvalitativní poruchu vědomí, dezorientován časem a situací. Místem a osobou orientován správně. Poruchy vnímání ve smyslu zrakových halucinací, lze navázat užitečný verbální kontakt, odpovědi většinou formálně i obsahově správné, psychomotorické tempo mírně obleněné, v chování bez nápadností kromě zahledění se na halucinovaný objekt, myšlení lehce rozvolněné, bez patologických obsahů, forie pokleslá, místy anxiózní, suicidální úvahy nelze vyloučit stejně jako suicidální pokus medikamenty. Objektivně somaticky: afebrilní, bez známek meningeálního dráždění, normální interní i neurologický nále. V tomto momentu bylo možno postavit již přesnější pracovní diagnózu: odeznívající deliriózní syndrom suspektní farmakogenní etiologie jako stav po pokusu o sebevraž-

du medikamenty v rámci depresivního syndromu. Se zcela novými skutečnostmi byl seznámen ošetřující lékař nemocnice kuvajtských ozbrojených sil. Vzhledem k tomu, že toto zařízení nebylo určeno pro hospitalizaci psychiatrických pacientů, zůstal na místě lékař českého kontingentu. Téhož dne bylo přijato rozhodnutí o repatriaci pacienta do České republiky, která byla zahájena 31. 5. 2002 v 18.00 hodin.

Ve dnech 1.–3. 6. 2002 byl pacient hospitalizován v Mezinárodní nemocnici Království Bahrain. Zde dne 2. 6. 2002 v souvislosti s prvním telefonátem pacienta příbuzným dochází k přechodné dekompenzaci psychického stavu. Pacient sdělil, že se necítí dobře asi 6 týdnů. Myslí, že se neměl nikdy narodit, že nepatří do „normální“ společnosti, že je hloupý a k ničemu. Další život je k ničemu. Poslední týden začal myslet na sebevraždu, hledal na internetu informace, jaký způsob sebevraždy by byl nejlepší. Rozhodl se pro léky na spaní. V prodejně na základně si všiml, že jsou volně k dispozici léky na spaní pod názvem Somnitabs (chemicky diphenhydramini hydrochloridum, tablety po 25 mg). Zkusil si vzít několikrát na noc 2 tablety, aby zaspal nepříjemný psychický stav, ale efekt byl nevalný. Dne 30. 5. 2002 se rozhodl pro sebevraždu. Vymáčkal zbylé tablety (tj. asi 60 tablet) do nádoby, obaly zahodil a takto připraven požil výše uvedené množství léku kolem 18.00 hodiny. Věděl, že pokud usne, tak jej nebude nikdo do rána budit... Nyní není rád, že je naživu, ale myslí, že se již o sebevraždu pokoušet nebude. Objektivně psychopatologicky: lucidní, plně orientovaný, bez poruch vnímání, v kontaktu spontánní, psychomotorické tempo mírně elevované, myšlení koherentní, s patologickými obsahy ve formě mikromanických bludů, forie pokleslá, tenzní, anxiózní, suicidální motivace předpříjmového jednání, aktuálně verbalizované suicidální myšlenky, nozognozie částečná. Tímto byl potvrzen pokus o sebevraždu medikamenty (diphenhydramini hydrochloridum v množství 1,25–1,5 g) jako etiologie epileptického paroxysmu a následného deliriózního syndromu, v rámci těžkého depresivního syndromu. Byla provedena psychoterapeutická intervence, která zvládla stav dekompenzace. Dále byla upravena medikace: acyklovir, dexamethazon, epanutin a nově alprazolam. Hospitalizace v Mezinárodní nemocnici Království Bahrain byla ukončena 3. 6. 2002 ve večerních hodinách a následoval noční přelet do Ramsteinu (Německo), kde byl pacient předán Letecké záchranné službě Plzeň-Líně. Během přeletu stabilizovaný po psychické i somatické stránce. Předán se závěrem:

- depresivní syndrom charakteru těžké depresivní fáze
- stav po pokusu o sebevraždu medikamenty v rámci depresivního syndromu (diphenhydramini

ni hydrochloridum 1,25–1,5 g)

- stav po generalizovaném paroxysmu tonicko-klonických křečí a následném deliriózním stavu, etiologicky v rámci předávkování diphenhydramini hydrochloridum
- ostře ohraničené ložisko supraselárně, nejspíše náhodný nález
- hydrokéla vpravo
- celoroční rinitis se sezónním zhoršením
- stav po opakovaných infekcích horních cest dýchacích, stp. tonsilitis acuta 05/2002
- alergie na penicilin

V období 4. 6. až 12. 7. 2002 byl pacient hospitalizován na psychiatrickém oddělení vojenské nemocnice. Z provedených vyšetření: MRI mozku – dobře ohraničené ložisko 4x1,5 cm supraselárně, které nepůsobí edém okolí ani jiné změny, po kontrastu se nesytí. S vysokou pravděpodobností jde o benigní proces s výraznou převahou tukové složky. EEG – převážně nízkovoltážní beta záznam (může být polékové ovlivnění). Specifické epileptické změny neprokazujeme. Perimetr – nález v normě. Neurochirurgické vyšetření – vzhledem k tomu, že jde o incidentalom bez klinického korelátu a podle MRI nepochybně o neexpanzivní proces, doporučujeme observaci. Neurologické vyšetření – topický neurologický nález negativní. Stav po ojedinělém epileptickém paroxysmu grand mal. Benigní cystický útvar tukového charakteru supraselárně vpravo, neindikovaný k operačnímu řešení. Doporučuji sledování neurologem, kontroly perimetru, kontrolní MRI za rok, preventivní protizáchvatový režim. Během hospitalizace nasazena antidepressivní medikace sertralinem, ke které byl přidán clonazepam. Během hospitalizace depresivní symptomatologie poměrně rychle ustupovala, při propuštění stav pacienta stabilizován, při následných ambulantních kontrolách prakticky bez potíží. Posudkově stav hodnocen zdravotní klasifikací C2.

Závěr

Otrava léky patří za běžných okolností do diferenciální diagnózy křečového stavu a/nebo poruchy vědomí. V podmínkách, které představuje zahraniční vojenská mise, lze sledovat tendenci tuto diferenciální diagnostiku zužovat. Toto se stalo i ve zde uvedeném případě – otrava léky nebyla zahrnuta do diferenciální diagnózy křečového stavu a následné poruchy vědomí. Z uvedených kazuistik vyplývá, že lékařský personál obvaziště zahraniční mise, byť pracuje s vybranou skupinou vojáků, musí pojímat diferenciální diagnózu nejasných stavů komplexněji, tj. pomýšlet i na stavy, které zdánlivě nepřicházejí v úvahu.

Literatura a prameny

1. SMOLÍK, Petr. Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika. 1. vyd. Praha, Maxdorf, 1996.
2. Benadryl N, souhrn informací o přípravku [on line]. Poslední revize textu 26. 2. 1997 [cit.2002-11-09]. Dostupné z <<http://www.aislp.cz/cgi-bin/mvai.cgi?ACT=dSP00000069266&CTR=CIA&ESC=DNa000000BENADRYL>>

Korespondence: Kpt. MUDr. Petr Lipavský
Posádková ošetrovna
Liberec

Do redakce došlo 17. 1. 2003

3. konference odborné Společnosti vojenských lékařů a farmaceutů ČLS JEP

Konference se bude konat ve dnech **20. a 21. listopadu 2003** na Vojenské lékařské akademii J. E. Purkyně v Hradci Králové (VLA) pod patronací náčelníka zdravotnické služby AČR a rektora VLA.

Témata konference:

1. Příprava specialistů pro zahraniční mise
2. Mixty a péče o zasažené v polních podmínkách
3. Varia

Přípravný výbor konference bude ve spolupráci s kongresovým oddělením ČLS JEP pracovat ve složení:

prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc. – VLA
pplk. doc. MUDr. Alexander Ferko, CSc. – VLA
pplk. MUDr. Miloš Orendáč – POŠ Hradec Králové
Jitka Szczurková – VLA (sekretariát konference)

Organizační výbor konference žádá kolegy a kolegyně z řad pracovníků zdravotnické služby AČR, ale také naše civilní kolegy a kolegyně o zaslání názvů ústních sdělení včetně jmen autorů a adresy pracoviště na adresu sekretariátu do **30. 5. 2003**. Pro přednesení sdělení byla stanovena doba 15 minut.

Je naplánováno vydání sborníku příspěvků z této konference, ve kterém budou prezentovány přednášky v rozsahu 2 tiskových stran formátu A4. Tyto příspěvky zasílejte v elektronické formě do **31. 8. 2003** v požadované úpravě (viz dále str. 31), která bude zveřejněna na internetové adrese VLA www.pmfhk.cz spolu s návratným listem účastníka konference a dalšími informacemi o konferenci. Kongresový poplatek byl stanoven ve výši 150 Kč. Účastníkům konference bude vydán certifikát pro kontinuální vzdělávání lékařů.

Pro organizační zajištění konference a vzájemné poskytování informací preferujeme komunikaci prostřednictvím elektronické pošty.

Adresa sekretariátu:

Vojenská lékařská akademie J. E. Purkyně
sekretariát 3. konference
Třebešská 1575
500 01 Hradec Králové

tel.: 973 253 015

fax: 973 513 018

E-mail: szcz@pmfhk.cz nebo fusek@pmfhk.cz