

INTOXIKÁCIE PSYCHOFARMAKAMI A DROGAMI V AMBULANCIÍ PRAKTICKÉHO LEKÁRA

Ivan André

Psychiatrická klinika FNŠP a LF UK, Bratislava

Vyplyvajúc z povahy psychotickej poruchy, pacient si často nevedomuje chorobnosť svojho stavu a preto sám psychiatra nevyhľadáva. Psychofarmaká môžu byť príčinou rôznych akútnych klinických situácií. Autor sa v príspevku zaoberá predovšetkým intoxikáciami týmito liekmi, ktoré sú u pacientov napriek všetkým snahám zo strany lekárov pomerne časté. Najčastejšie ide o požitie liekov v rámci samovražedných pokusov. Uvádajú sa aj najčastejšie akútne situácie súvisiace s konzumom drog v našich podmienkach. Poskytujú sa praktické rady, ako uvedenému riziku intoxikácie psychofarmakami predísť.

Kľúčové slová: psychofarmaká, drogy, intoxikácie.

Kľúčové slová MeSH: psychofarmaká – toxicita; otrava.

Via pract., 2006, roč. 3 (3): 140–141

Úvod

Psychofarmaká sú v populácii masívne užívanými liekmi. Je realitou, že i napriek tomu, že tieto lieky sú viazané na lekárske predpisy, treba počítať aj s menej kontrolovaným konzumom týchto farmák, čo môže mať pre pacienta závažné dôsledky. Na druhej strane, aj pri najstarostlivejšom vedení pacienta, ktorému je ordinované psychofarmakum, môže dôjsť ku akútnym komplikáciám rôzneho charakteru.

Psychofarmaká môžu byť príčinou rôznych akútnych klinických situácií, od zriedkavých a veľmi závažných ako sú napr. malígnu neuroleptický syndróm alebo centrálny serotonínový či anticholinergický syndróm po častejšie a menej závažné, ktoré väčšinou vyplývajú z nevyhnutných fenoménov v zmysle nežiaduceho účinku lieku (NÚL). Všetky uvedené závažné komplikácie nemusia vyplývať len zo samotnej intoxikácie liekom, môžu byť viazané aj na normálne dávkovanie, kde zohrávajú úlohu predispozície v zmysle pomalého metabolizovania, idiosynkrázie, či alergickej reakcie. Rizikovými skupinami sú starší, polymorbidní pacienti, liečení súčasne viacerými liekmi. Definitívne medicínske riešenie týchto stavov je komplikované, väčšinou viazané na podmienky intenzívnej medicíny.

Malígnu neuroleptický syndróm je veľmi zriedkavý dôsledok neuroleptickej liečby, je to život ohrozujúca situácia, ktorá sa môže vyskytnúť aj pri normálnom dávkovaní, obvykle do dvoch týždňov od začiatku liečby, prejavuje sa hlavne extrapyramídovými prejavmi, vegetatívnou symptomatológiou a charakteristickým laboratórnym nálezom (zvýšená kreatínkináza). Centrálny serotonínový syndróm je zriedkavým vedľajším účinkom farmaka so serotonínovým komponentom účinku (hlavne antidepresíva zo skupiny SSRI, ale aj iných psychofarmák) prejavujúci sa triádou pozostávajúcou z febrility, neuromuskulárnych symptómov a psychopatologických zmien (dezorientácie, nepokoju, poruchy vedomia).

Centrálny anticholinergický syndróm sa objavuje pri predávkovaní alebo intoxikácii anticholinergne pôsobiacimi farmakami (napr. tricyklickými antidepresívami), prejavuje sa hlavne hypertermiou, retenciou moču, tachykardiou a obštipáciou. K týmto prevažne vegetatívnym symptómom sa pridružuje aj psychopatologická symptomatológia v zmysle nepokoja, dezorientácie, porúch vnímania a kvalitatívnej poruchy vedomia.

Intoxikácie psychofarmakami

K intoxikáciám psychofarmakami dochádza väčšinou v samovražednom úmysle. Môže k nim dôjsť aj náhodne, napr. vo fáze nastavovania novej liečby pri interakciách liekov (zvlášť u pomalých metabolizérov) a pri zámene liekov u starších alebo zmätených pacientov. Drogové intoxikácie bývajú časté pri nesprávnom odhade dávky, zmenách tolerancie po drogovej prestávke, potencujúcom efekte pri kombinovanom abúze, ale aj v suicidálnom úmysle (1).

Ťažké intoxikácie spojené s poruchou vedomia a priamym ohrozením života sú z hľadiska prvej pomoci viazané na intervenciu zo strany špecializovaných nemocničných jednotiek (metabolických, či oddelení intenzívnej medicíny). Symptómy **intoxikácie antipsychotikami** zahŕňujú celkový útlm, ospalosť, ale tiež extrapyramídový syndróm, možnosť rozvoja akútnych dyskínéz, stuhnutosť a podľa ovplyvnenia adrenalinových, muskarínových, či histamínových receptorov tiež ďalšie príznaky ako hypotenziu, kolapsové stavy, reflexnú tachykardiu a prejavy anticholinergnej krízy (2).

V prípade **intoxikácie antidepresívami prvej generácie** dochádza k podobným prejavom ako v prípade intoxikácie antipsychotikami. Objavuje sa taktiež útlm, hypotenzia, kolapsový stav, dysrytmie a anticholinergná kríza. Intoxikácie antidepresívami novších generácií obvykle nemávajú riziko letálneho zakončenia. Intoxikácie vysokými dávkami nesú riziko rozvoja serotonínového syndrómu. Otrava benzo-

diazepínmi je z hľadiska ohrozenia života nebezpečná. Je riziko útlmu dýchacieho centra a hypotenzia. Benzodiazepíny majú svojho špecifického antagonistu, a to flumanezil (Anexate). Hypnotiká tretej generácie (napr. zopiklon a zolpidem) sú pomerne bezpečné, intoxikácie s letálnym zakončením nie sú zatiaľ popisované. Závažné sú intoxikácie tymoprofylaktikami (lítium, karbamazepin, valproát). K predávkovaniu lítium môže dôjsť aj pri stavoch spojených s excesívnym potením a dehydratáciou, odmietaním tekutín a jedla, ako aj pri ochoreniach obličiek. Objavuje sa hrubý tras, svalové záškľby, hnačky, apatia a celková slabosť. Po neurologických tranzitórnych prejavoch sa prehlbuje porucha vedomia. Pozor treba dávať na skutočnosť, že pri otravách lítium sa môže objaviť klamnité obdobie zlepšovania stavu, po ktorom môže nastať opätovné upadanie do kómy po postupnom vyplavovaní lítia z tkanív. Pri otravách karbamazepinom sa objavuje dvojité videnie, nystagmus, hyperreflexia a agitovanosť, postupne sa ale prehlbuje kvantitatívna porucha vedomia (2).

Intoxikácia drogami

Čo sa týka jedincov konzumujúcich ilegálne látky, v našich podmienkach ide najmä o užívanie opioidov (heroín), amfetamínov s ich psychostimulačným pôsobením (pervitín a extáza) a kanabinoïdov (marihuana).

Predávkovanie heroínom je stav ohrozenia života, prejavuje sa ťažkou ospalosťou, ktorá prechádza do kómy, extrémnou miózou, spomalením dýchania, cyanózou, svalovými záškľbaniami. Smrť je dôsledkom zlyhania dýchania. K predávkovaniu dochádza náhodne (vysoká koncentrácia v predávanej zmesi, zníženie tolerancie po prechodnej abstinencii) alebo úmyselne v samovražednom pokuse (3). Na liečbu intoxikácie sa používa antidotum – Naloxon, so skoro okamžitým efektom, ale zásah nemá byť ukončený, pacient má byť sledovaný ďalej.

Amfetamínová intoxikácia sa prejavuje nepokojom, mydriázou a tremorom. Nasleduje hypertónia, tachykardia, poruchy rytmu a zmätenosť. Môže sa skončiť kardiovaskulárnym zlyhaním. Na vzniku telesných komplikácií (prehriatie, dehydratácia) sa podieľa aj fyzická námaha, horúčava, nedostatočné vetranie a nedostatočný príjem tekutín (prostredie diskoték). Podávajú sa antipsychotiká a diazepam ako aj kardiovaskulárne lieky, dopĺňujú sa tekutiny a elektrolyty (1).

Pri predávkovaní kanabinoïdmi nedochádza k vyhroteniu symptómov v zmysle vyššie uvedeneho, stavy sú vyznačené v miernejšej podobe. Problémom sú kombinované intoxikácie (napr. alkohol a pervitín), keď sú prejavy ešte búrlivejšie a zásah ešte problematickejší.

Intoxikácia alkoholom

Nie zriedkavo je psychiater, či praktický lekár konfrontovaný s pacientom, ktorý je privedený v alkoholovej opojenosti, konštatuje sa intoxikácia alkoholom. Môže ísť o jedinca, ktorý sa intoxikoval viac-menej náhodne, častejšie ide o ľudí závislých od alkoholu. Stavy môžu byť spojené s nepokojom a agresívnymi výstupmi, automutilačnými či samovražednými tendenciami. K upokojovaniu pacienta podávaním psychofarmaka sa pristupuje len v krajnom prípade, nepodávajú sa benzodiazepíny, bezpečnejšie je podanie neuroleptika (napr. haloperidol alebo tiaprid). Nie zriedka je potrebná asistencia polície pri pacifikácii takéhoto pacienta. Pri súčasnom rušení záchytných staníc sú tieto situácie v pohotovostných ambulanciách psychiatrov čoraz častejšie.

Prezentované akútne situácie, spojené s progresiou poruchy vedomia a inými závažnými telesnými prejavmi, ako už bolo vyššie vedené, sú viazané na zásah špecializovaných nemocničných oddelení a úlohou psychiatra, či praktického lekára je zabezpečenie čo najrýchlejšieho transportu takto intoxikovaného pacienta na príslušné oddelenie. V rámci prvej pomoci a počas transportu sa uplatňujú princípy udržania, alebo obnovenia vitálnych funkcií, v závislosti od času požitia a množstva látky s ohľadom na farmakokinetické parametre substancie sa má realizovať primárna detoxikácia (indukované vracanie, výplach žalúdka, aplikácia aktívneho uhlia a prípadná aplikácia antidota).

Subintoxikácie, chronické intoxikácie

Nie zriedkavo vzniká konfrontácia s pacientom, keď sa v anamnestických údajoch udáva požitie

nejasného množstva liekov v samovražednom úmysle, nie je ale presne známy čas, kedy sa tak stalo, ani druh požitých liekov. Pacient je pritom pri vedomí, nejaví známky závažného telesného poškodenia, presné údaje o požitom lieku a jeho množstve však odmieta poskytnúť. V týchto prípadoch môže ísť o akútnu subintoxikáciu, ktorá najčastejšie súvisí so suicidálnym konaním rôzneho charakteru, často aj demonštratívneho. Aj napriek tomu, že stavy nemusia imponovať ako život ohrozujúce, nevyhnutné je aj tu dôkladné interné vyššetrenie s následným sledovaním psychického stavu.

Okrem uvedených intoxikácií akútneho charakteru sú pre prax relevantné aj tzv. chronické intoxikácie liekmi, ktoré sa neprejavujú akútnymi zmenami v zmysle poruchy vedomia a zlyhávania telesných funkcií, ale postupnými diskretnými poruchami najmä tzv. kognitívnych psychických funkcií, spojených s nenápadnými neurologickými prejavmi. K tomuto dochádza pri dlhodobej konzumácii vyšších dávok najmä benzodiazepínov, jav je často spojený s rozvojom závislosti na tieto látky. Rizikovou skupinou sú najmä starší pacienti. Je známou skúsenosťou, že dlhodobé užívanie týchto liekov môže viesť k zhoršeniu pamäti a učenia, zníženej pozornosti a poruchám priestorovej orientácie, ktorá po vysadení benzodiazepínov vymizne. Tieto lieky môžu pri dlhodobom podávaní vyvolať apatiu a nechuť k samostatnému riešeniu problémov, čo je pomenované ako amotivačný syndróm. Tento môže po vysadení benzodiazepínov pretrvávajúť aj niekoľko mesiacov (5). Podobným, trochu odlišným javom je tzv. „nízko dávková závislosť“ (*low-dose dependence*) hlavne pri užívaní hypnotík. Aj napriek tomu, že sa dávka lieku nezvyšuje, dlhodobá umelá regulácia spánku, keď sa pôvodná normálna architektúra neobnovuje, vedie k postupnému prehľbovaniu deficitu základnej obnovnej funkcie spánku. Hypnotiká takto môžu postupne strácať pôvodný hypnotický efekt a realizuje sa už len ich utlmujúci a hypomnestický účinok (4). Vzniká bludný kruh, keď nedostatočne osviežujúci spánok vedie stále k pokračovaniu užívania liekov na spanie. Dlhodobé užívanie hypnotík, ale aj benzodiazepínových anxiolytík môže spôsobiť poruchy dynamogénie, stratu iniciatívy a záujmov. S postupným zvyšovaním dávok býva

spojená ataxia, dyzartria, svalová slabosť a poruchy koncentrácie (5).

Záver

Ako bolo v úvode uvedené, aj pri z odborného hľadiska korektne vedenom postupe a maximálnej snahe zo strany ošetrojúceho lekára môže dôjsť pri ordinácii psychofarmák k rôznym nehodám v zmysle popísaných situácií. Snahou by malo byť týmto situáciám v maximálne možnej miere zabrániť, resp. znížiť riziko ich vzniku.

V prvom rade ide o správne indikovanie lieku, s prihliadnutím na vek, somatický stav pacienta a súčasné užívanie iných liekov. V anamnéze by mali byť zachytené všetky dôležité skutočnosti ohľadom znášania liekov v minulosti. Dôležité je, či s liekom bude pacient narábať sám, alebo na užívanie bude dohliadať iná osoba. Pacient i jeho okolie majú byť v dostatočnej miere o lieku poučení. Vždy je lepšie, keď pri užívaní psychofarmák asistujú príbuzní alebo opatrojúce osoby. Nie vždy sa však dá takáto konštelácia dosiahnuť. Každé zakolísanie stavu pacienta treba brať vážne, kontroly by sa mali v tomto období zhusťovať, predpisovať menšie množstvá liekov. Ak existuje reálne riziko suicidálneho konania, napr. ide o pacienta, ktorý sa už v minulosti pokúsil o samovraždu požitím liekov, predpisujeme liek v množstve, ktoré by aj po užití celého balenia nemalo ohroziť pacienta na živote. Vyhybame sa liekom, ktoré by mohli byť pri požití väčšieho množstva v tomto zmysle nebezpečné. Ak je možné, uprednostňujeme novšie preparáty, kde je šanca prežiť akútnu intoxikáciu väčšia. Zbytočne nepredlžujeme ordináciu napr. hypnotík, ak hrozí vývoj chronickej intoxikácie, treba voliť inú terapeutickú stratégiu riešenia problému.

Nehodám v zmysle akútnych intoxikácií u závislých od drog nezabráname. Dôležité je však pokúsiť predísť opakovaní sa týchto udalostí, a to pokusom o motivovanie týchto pacientov na odvykáciu liečbu od príslušnej drogy, čo sa ale žiaľ nie vždy v praktickom živote podarí.

MUDr. Ivan André, PhD.
Psychiatrická klinika FNŠP a LF UK
Mickiewiczova 13, 813 69 Bratislava
e-mail: ivan.andre@faneba.sk

Literatúra

1. Benkert O, Hippus H. Príručka psychiatrickej farmakoterapie. Vydavateľstvo F, Trenčín, 2002, s. 586.
2. Dušek K, Večeřová-Procházková A. První pomoc v psychiatrii. Grada Publishing, a. s., 2005, s. 170.
3. Kolibáš E, Novotný V. Alkoholizmus a drogové závislosti. UK Bratislava, 1996, s. 120.
4. Schneider-Helmert D. Schlafstörungen. In: Psychiatrie, ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung. G. Fischer V., 1995, s. 625–633.
5. Švestka J. Farmakoterapie. In: Raboch J, Zvolský P, et al. Psychiatrie. Galén, 2001, s. 397–457.