

Násilný pacient po intoxikaci kokainem na urgentním příjmu – kazuistika

Pekara J.^{1,2}, Jindříšek Z.^{1,3}, Páv M.⁴

¹Vysoká škola zdravotnická v Praze, o. p. s.

²Akutní oddělení Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha

³Oddělení urgentní medicíny, Krajská nemocnice Liberec, a. s.

⁴Psychiatrická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Kazuistika popisuje případ 25letého muže po intoxikaci kokainem v souvislosti s popisovanou diagnózou schizofrenie během daného incidentu. Pacient byl nalezen na ulici, dominovala bludná produkce, vyhrožoval agresí a vražděním. Po provedení odběrů na urgentním příjmu došlo k bouřlivému chování a ničení majetku. Pacient nakonec skončil za asistence policie na záchytné stanici, kde došlo po omezení a aplikaci farmak k odeznění násilného stavu. Kazuistika je ukázkou dobrého příkladu spolupráce personálu urgentního příjmu při zvládání velmi neklidných pacientů.

Klíčová slova: intoxikace, kokain, schizofrenie, násilí, urgentní příjem.

Violent patient after cocaine intoxication in the emergency department – case report

This case report describes the case of a 25-year-old man following cocaine intoxication in the context of a described diagnosis of schizophrenia during the incident. The patient was found on the street, dominated by delusional production, threatening aggression, and homicide. After the emergency room collections were made, there was boisterous behavior and destruction of property. The patient eventually ended up at the detention center with police assistance, where the violent state subsided after restraint and medication administration. The case report is a good example of emergency room staff working together to manage very agitated patients.

Key words: intoxication, cocaine, schizophrenia, violence, emergency.

Úvod

Zdravotník jakékoliv odbornosti, ale především lékaři či personál urgentního příjmu, se může setkat při své práci v prvním kontaktu s osobou intoxikovanou kokainem. Zpráva Evropského monitorovacího střediska pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) uvádí, že kokain je v zemích EU druhou nejčastěji užívanou nelegální látkou, a to hned za konopím. V ČR na prvních místech dominuje alkohol, nikotin, konopné látky, metamfetamin [1]. Kokain vyvolává příznaky, jako jsou podezřívavost a halucinace (popisováno jako kokainem indukovaná psychóza zahrnující především sluchové a zrakové halucinace, a také paranoii) [2]. V ČR se od roku 1989 výrazně zvýšilo užívání nelegálních drog v populaci. Drogy s nejvyšším rizikem vyvolání stavů podobných schizofrenii či tento proces vyvolávající jsou kokain, amfetaminy, kanabis a alkohol, ale riziko bylo prokázáno i u tabáku [3]. Podle výsledků epidemiologických studií je také pravděpodobnost zneužívání drog (kanabinoidů, amfetaminů, kokainu a alkoholu) u pacientů se schizofrenií třikrát vyšší než u osob bez psychického onemocnění [4].

Kazuistika

Zdravotnická záchranná služba (ZZS) ošetřovala 25letého muže, bezdomovce, který byl nalezen na ulici (teplota okolí byla -2 °C); oznamovatelem byla hlídka policie. Z hlediska anamnézy pacient neudával žádné alergie na léky, uvedl diagnostikovanou schizofrenii (léky užívat má, ale neužívá) po užívání metamfetaminu. Objektivně byl pacient při vědomí, avšak byl dezorientovaný časem (Glasgow coma scale 14: 4-4-6), měl amnézii na nedávné události, kardiopulmonálně byl kompenzovaný. Kůže pacienta byla studená (axilární tělesná teplota 36,3 °C), měl na sobě pouze lehké oblečení a jevil známky omrznlin 1. stupně na prstech dolních končetin. Pacient potvrdil sluchové halucinace, pocit nenávisť k lidem i k sobě a přiznal, že předešlého dne užil amfetamin. Ve spolupráci s Policií ČR byl proveden (slinný) test na návykové látky, který byl v dané chvíli negativní, stejně tak dechová zkouška na přítomnost alkoholu v dechu byla negativní. Pacientovi byl zajištěn intravenózní vstup (teplý fyziologický roztok) a byl zabalen do izotermické folie. I přes pacientovo tvrzení, že chce „vyvraždit náměstí“, byl transportován

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D., pekara@vszdrav.cz

Článek přijat redakcí: 14. 8. 2024; Článek přijat k tisku: 3. 12. 2024

Cit. zkr: Anest intenziv Med. 2024;35(4):248-251

Obr. 1.



Obr. 2.



Obr. 3.



Obr. 4.



výjezdovou skupinou ZZS bez přítomnosti policie na urgentní příjem do nemocnice (doba ošetření ZZS trvala 12 minut).

Po předání na urgentním příjmu (UP) pacient pospával na expectačním lůžku, kde byl neinvazivně monitorován. Pacient mluvil sám pro sebe: „Mami?“, výzvam vyhověl pouze sporadicky, vyšetření lékařem se nebránil. Bezprostředně po provedení krevních odběrů (25 minut od přijetí) začal náhle křičet, bez varování se zvedl z lůžka, strhl závěs (Obr. 1) oddělující prostor mezi dalšími pacienty (v tu dobu byli vedle pacienta další dva) a fyzicky útočil na objekty, které mu stály v cestě. Personál, který v bezprostřední reakci dodržel bezpečnou osobní vzdálenost a dal se na útěk, kontaktoval PČR a informoval management (vrchní záchranář a primář). Pacient vyběhl z vyšetřovací haly na chodbu čekárny, kde bylo dalších 6 pacientů a snažil se rozbít dveře (Obr. 2). Pacientů na chodbě si nevšímal a šel chodbou dále k východu. Personál hlídal pacienty v čekárně a předával informace na druhou část chodby, kde byli další pacienti v jiné čekárně, které personál časně evakuoval do vyšetřovací místnosti. Pacient byl v této fázi (1 minuta od opuštění lůžka) v druhé části chodby, kde se prudce rozběhl chodbou se slovy: „Kde je?!!! Kde je?!! Já ho zabiju!!!“ (Obr. 3). Zde v triážové části oddělení narazil vší silou rukama na ochranné plexisklo (Obr. 4), za kterým se schovával pracovník triáže. Sklo bylo tímto nárazem vylomeno a následně pacient již klidněji odešel ven před UP, kde byl kontrolován bezpečnostním pracovníkem UP. Přivolaná PČR následně pomohla transportovat pacienta na oddělení psychiatrie.

Na psychiatrickém oddělení (10:00, 30 minut od přijetí v nemocnici) byla provedena toxikologie moči (point of care) s pozitivním výsledkem na kokain. Pacient při vyšetření udával abúzus alkoholu, pervitinu a marihuany – nikoli však recentně, naposledy před 14 dny, kdy udal, že si dal jednoho „práška“, poslední rok jiné drogy negoval. Pacient byl psychomotoricky neklidný, orientovaný byl jen osobou, avšak i přes obtížný kontakt spolupracoval. Jeho řeč byla srozumitelná (ale neodpovídal přiléhavě), stále opakoval: „Mami?“, vykazoval známky intoxikace kokainem, byl ve výrazné tenzi a heteroagresivní. V této chvíli již nevykazoval bludovou produkci a sebevražedné myšlenky negoval. Pacient byl ponechán v režimu záchytného pobytu na psychiatrickém oddělení v režimu fyzického omezení (kurtů) na všech končetinách. V 15:25 mu byla pro neklid podána 1 ampule Haloperidolu i. m. V 18:30 bylo zrušeno fyzické omezení, ale pacient začal být v 18:35 opět masivně agresivní, neklidný, nespolupracující a hluchý. Opět byla volána PČR pro spolupráci při fyzickém omezování a následně byl znovu fyzicky omezen. Ve 20:00 byl přeložen na záchytnou stanicí¹, kde bylo nutné opětovné fyzické omezení kurty v lůžku. Následně byl již klidný, spolupracující, úzkostný, apsyhotický, bez známek rozvinuté depresivní poruchy, a asiucidální, kardiopulmonálně kompenzovaný,

1 Záchytná stanice Krajské nemocnice Liberec, a. s. (dále ZS KNL) zajišťuje v regionu Libereckého kraje v souladu se Zákonem č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách krátkodobé detoxikační pobyt pro osoby mužského a ženského pohlaví starší 15 let akutně intoxikované alkoholem nebo jinou návykovou látkou na žádost Policie ČR, Městské policie, lékaře ZZS LK nebo zdravotnického zařízení. Indikaci záchytného pobytu na ZS KNL provádí výhradně lékař ZS KNL. K záchytnému pobytu na ZS KNL je indikována osoba, která pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky nekontroluje své chování a tím bezprostředně ohrožuje sebe nebo jinou osobu, majetek nebo veřejný pořádek a tuto hrozbu nelze odvrátit jinak.

		PO	ÚT	ST	ČT	PÁ	SO	NE
Dynamické hodnocení situační agrese - lůžková verze								
Následující hodnocení je založeno na Vaší znalosti a pozorování pacienta během předchozích 24 hodin. Dobře známí pacienti jsou skórováni A (ano) při zvýšení intenzity popisované kategorie, naopak běžné chování při absenci agresivních projevů je skórováno N (ne).								
Iritabilita - pacient se snadno naštvě či rozzlobí. Pacient není schopen tolerovat přítomnost ostatních.	A / N	A / N	A / N	A / N	A / N	A / N	A / N	A / N
Impulsivita - pacient vykazuje známky nestability v chování a afektu (např. dramatické změny v náladě, celkovém projevu, neschopnost zůstat klidný a soustředěný).	A / N	A / N	A / N	A / N	A / N	A / N	A / N	A / N
Nechota řídit se pokyny - pacient se snadno naštvě nebo se chová agresivně když je požádán, aby dodržoval léčebný režim nebo řád oddělení.	A / N	A / N	A / N	A / N	A / N	A / N	A / N	A / N
Citlivost na vnímanou provokaci - pacient vnímá akce jiných lidí jako ohrožující, mohou chybně interpretovat chování jiných lidí nebo reagovat zlostně nepřiměřeně k situaci.	A / N	A / N	A / N	A / N	A / N	A / N	A / N	A / N
Snadno se naštvě při zamítnutí jeho žádosti - pacient je netolerantní nebo se snadno naštvě, když je jeho žádost zamítnuta nebo je požádán o chvíli strpení.	A / N	A / N	A / N	A / N	A / N	A / N	A / N	A / N
Negativní postoje - pacient vykazuje zatvrzelé antisociální a negativní postoje a přesvědčení, které mohou být spojeny s násilím a agresi.	A / N	A / N	A / N	A / N	A / N	A / N	A / N	A / N
Verbální výhrušky - pacient vykazuje slovní explozi, která představuje více než jen zvýšený hlas, a která vykazuje jasný záměr zastrašit nebo vyhrožovat jiné osobě.	A / N	A / N	A / N	A / N	A / N	A / N	A / N	A / N
TOTAL (součet odpovědí ANO)								
Použitá intervence (a-h dle tabulky vedle)								
Záznam agresivního chování - Modified Overt Aggression Scale								
Hodnocení agresivního chování pacienta v uplynulých 24 hodinách. Dle níže uvedené legendy oskórujte agresivní chování pacienta. Skóre poté vynásobíte příslušným koeficientem (x1 až x4) a součet jednotlivých výsledků sečtete do řádku TOTAL.								
Verbální agrese (0 - bez verbální agrese; 1 - rozzlobený klík, urážky střední intenzity a verbální osobní útoky; 2 - hrubé urážky, výbuchy vzteku; 3 - impulsivní vyhrožování násilím sobě i druhým; 4 - opakované vyhrožování násilím vůči sobě či ostatním, úmyslné vyhrožování násilím např. se záměrem získat peníze či vynutit sex)	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1
Agresivita namířená proti majetku (0 - bez agrese; 1 - praskání dveří, trhání oděvů, močení na podlahu; 2 - shazování předmětů, kopání do nábytku, čmárání po zdech; 3 - ničení předmětů, rozbití oken; 4 - zakládání ohňů, okolí nebezpečné házení předmětů)	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2	x2
Autoagresivita (0 - bez autoagrese; 1 - bodání a škrábání se do kůže, vytrhávání vlasů, bití se; 2 - bouchání hlavou, bouchání pěsti so zdi, vrhání se do dveří; 3 - způsobování si drobných odřenin, řezy ran, popálenin, šrámu a podlitin; 4 - způsobování si vážných zranění nebo pokus o sebevraždu).	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3	x3
Fyzická agrese (0 - bez fyzické agrese; 1 - výhrušná gesta a posunky na ostatní, chytání za oděv; 2 - údery, kopání, strkání, tahání za vlasy, škrábání a další aktivity, bez toho, aby způsobily zranění; 3 - útoky na ostatní, vyvolávající zranění; 4 - útoky na ostatní - vyvolávající vážné zranění).	x4	x4	x4	x4	x4	x4	x4	x4
TOTAL								

		Jméno:	Oddělení:
DASA skóre	Intervence		
0	a) Bez intervence		
1	b) Slovní deeskalace		
	c) Nabídka aktivity k odklonění pozornosti		
2 - 3	d) Nabídka klidného prostředí		
	e) Senzorická modulace		
> 3	f) Trvalý dohled		
	g) Umístění v izolační		
	h) Použití ochranných pásů		

Náš pacient byl pod vlivem kokainu, současně měl diagnózu schizofrenie (v naší situaci jednal pod vlivem chorobných prožitků, halucinací a bludů), se zdravotníky nespolupracoval a projevoval se násilně (dle poskytnutých záznamů byl útočný na objekty). Přítomnost imperativních (povely dávajících) halucinací a paranoidně-perzekučních bludů je výrazným rizikovým faktorem výskytu násilného jednání u ne-

The Brøset Violence Checklist				
Datum:	hodnocení/body		Absence násilného chování = skóre 0 Přítomnost násilného chování = skóre 1	
	denní	noční		
Zmatenost				
Iritabilita				
Expanzivita				
Fyzické násilí				
Verbální výhrůžky				
Násilí vůči předmětům				
celkem				Maximální skóre (CELKEM) 6
Interpretace skórování: • Skóre 0 = riziko násilí je nízké • Skóre 1–2 = riziko násilí je střední. Měla by být přijata preventivní opatření. • Skóre nad 2 = riziko násilí je velmi vysoké. Mají být přijata/provedena preventivní opatření, a kromě toho by měl být vypracován plán pro zvládnání potenciálního násilí.				

www.aimjournal.cz

nejpokročilejší nástroje třetí generace pro hodnocení rizika v horizontu dlouhodobém Historical and Clinical Risk Assessment (HCR-20), který je celosvětově nejrozšířenějším nástrojem, a hlavně hodnocení rizika násilí a plánování intervencí v krátkodobém horizontu (Obr. 5), – Dynamic Appraisal of Situational Aggression (DASA) či nástroj Broset Violence Checklist (BVC) použitelný nejen v psychiatrické péči, ale právě i ZZS (Obr. 6) nebo UP [8]. Z hlediska deeskalčního přístupu se využívají komunikační techniky, které v až 90 % mohou zmírnit i velmi rozvinutý konflikt [9]. Při selhání preventivních a deeskalčních přístupů je prioritní ochrana personálu. PČR je na takto vyhocené situace trénovaná, v případě zdravotníků je útek adekvátním řešením v rámci USB postupu (uteč, schovej se, bojuj). Dalším zásadním bodem je otázka volby vhodného farmakologického prostředku pro sedaci – intravenózní aplikace antipsychotik (haloperidol, olanzapin) benzodiazepinů (midazolam) včetně jejich alternativního intranazálního podání, které mohou být právě u popisované skupiny pacientů výhodné. V současné době jsme svědky globálního trendu podávání ketaminu při zvládání akutního neklidu v podmínkách urgentní medicíny [10]. Legislativní rámec omezení pacienta s využitím policie, případně indikace k observaci na zachytné stanici zohledňují zákony č. 273/2008 (§ 25) a č. 373/2012 (§ 39).

Závěr

Většina pacientů se násilně nechová, nicméně v akutní péči se s agitovaným nebo agresivním pacientem setká téměř každý zdravotnický pracovník. Pacient v naší kazuistice je z hlediska svého výrazného/bouřlivého neklidu spíše raritní. Takové události vždy prověří soudržnost týmu, což lze z jednání zaměstnanců označit za příklad dobré praxe – dodržování bezpečné vzdálenosti, včasná aktivace nadřízených a PČR, ochrana dalších pacientů. Zavádění škál pro predikci násilného chování zvyšuje bezpečnost personálu, který se může s takovým jednáním u pacientů setkat zejména tím, že jsou schopni identifikovat klíčové rizikové faktory hrozícího násilí. Observaci násilných pacientů následně umožňuje specifický systém zachytných stanic, který má však své limity – chybí jasná definice standardů zdravotní péče, které by měly být na těchto zařízeních poskytovány, intoxikovaný pacient představuje významné riziko pro rozvoj poruchy vědomí, která může vést až k asfyktické zástavě oběhu. Tato rizika jsou navíc zvyšována v případech, kdy je z důvodu neklidu pacient farmakologicky sedován bez adekvátní znalosti jeho toxikologického stavu.

PROHLÁŠENÍ AUTORŮ: Prohlášení o použití AI: Autoři prohlašují, že při psaní tohoto odborného článku nepoužili žádnou formu umělé inteligence. Všechny informace a analýzy jsou výsledkem jejich vlastního výzkumu, zkušeností a úsudku s důrazem na relevantní literaturu, primární zdroje a konzultace s odborníky v oboru. **Prohlášení o původnosti:** Práce je původní a nebyla publikována ani není zaslána k recenznímu řízení do jiného média. **Střet zájmů:** Autoři prohlašují, že nemají střet zájmů v souvislosti s tématem práce. **Podíl autorů:** Všichni autoři rukopis četli, souhlasí s jeho zněním a zasláním do redakce časopisu Anesteziologie a intenzivní medicína. JP a ZJ článek napsali a MP pomáhal s diskusí. **Financování:** žádné. **Poděkování:** Děkujeme Krajské nemocnici Liberec za poskytnutí informací.

LITERATURA

1. Roque Bravo R, Faria AC, Brito-da-Costa AM, Carmo H, Mladěnka P, Dias da Silva D, et al. On Behalf Of The Oeonom Researchers. Cocaine: An Updated Overview on Chemistry, Detection, Biokinetics, and Pharmacotoxicological Aspects including Abuse Pattern. Toxins (Basel). 2022 Apr 13;14(4):278. doi: 10.3390/toxins14040278. PMID: 35448887; PMCID: PMC9032145.
2. Barciela Veras A, Kahn JP. Psychotic Disorders Comorbidity Detection Promotes Improved Diagnosis and Treatment. Elsevier. 2021. <https://doi.org/10.1016/C2018-0-03072-8>.
3. Všetická J. Souvislosti mezi užíváním pervitinu a marihuany, toxickými psychózami a schizofrenií. Čes a slov Psychiatr. 2014;110(2):67-74.
4. Maršálek M. Schizofrenie a drogové závislosti. Psychiat. pro Praxi. 2008;9(6):269-272.
5. Hosák L, Maixnerová R, Valešová D. Psychotické příznaky u závislých na metamfetaminu. Psychiat. pro Praxi. 2009;10(2):85-88.
6. Palma-Álvarez RF, Ros-Cucurull E, Ramos-Quiroga JA, Roncero C, Grau-López L. Cocaine-Induced Psychosis and Asenapine as Treatment: A Case Study. Psychopharmacol Bull. 2019 Feb 15;49(1):92-97.
7. Huang ZH, Wang F, Chen ZL, Xiao YN, Wang QW, Wang SB, et al. Risk factors for violent behaviors in patients with schizophrenia: 2-year follow-up study in primary mental health care in China. Front Psychiatry. 2023 Jan 20;13:947987. doi: 10.3389/fpsy.2022.947987.
8. Páv M, Pekara J, Jirmus A, Korený D, Mužný R, Vevera J, et al. Nástroje hodnocení rizika násilného jednání v akutní psychiatrické péči. Čes a slov Psychiatr. 2024;120(4):171-177.
9. Pekara J. Komunikace jako sebeobrana zdravotníka. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví; 2015.
10. Lin J, Figuerado Y, Montgomery A, Lee J, Cannis M, Norton VC, et al. Efficacy of ketamine for initial control of acute agitation in the emergency department: A randomized study. Am J Emerg Med. 2021 Jun;44:306-311. doi: 10.1016/j.ajem.2020.04.013.