

PSYCHIATRICKÉ STAVY V PRIMÁRNÍ PÉČI

MUDr. Rudolf Červený

Praktický lékař pro dospělé, Zdravotnický ústav, Praha

Autor poukazuje ve dvou kazuistikách na časté situace vyskytující se v ordinacích jak praktického lékaře, tak psychiatra, popisuje možnosti spolupráce těchto odborností a také jak se na výsledku terapie podepisuje spolupráce či nespolupráce pacienta.

Kazuistika 1

Muž, ročník 1948, pracoval léta jako profesionální hasič v okresním městě. Prodělal běžné zdravotní problémy, začátkem devadesátých let vzhledem k vyšším nárokům na vzdělání a zvýšené fyzické zátěži únik do časté pracovní neschopnosti. Projevy psychosomatických obtíží – recidivující lumboischiaický syndrom s dlouhodobou pracovní neschopností až s rozhodováním se, zda-li by nebyla lepší operace, a recidivující žaludeční dyspepsie s pyrózou a neurastenickým syndromem. Pak si podal žádost do Prahy na přemístění, bylo jí vyhověno, v práci byl přes denní hodinové dojíždění relativně spokojený. Staral se o dceru, pejska, pravidelně s manželkou jezdili na chatu na jihočeský venkov. Zdál se být spokojený, zvědavý. Pak nastalo zhoršení dyspepsie a vyšetřování za hospitalizace s následným zjištěním karcinomu jícnu. Byl úspěšně opeřován v Praze na klinice s kompletní následnou péčí. Vrátil se do práce se zdravotním omezením v administrativě, čekal v podstatě jen na dovršení hranice starobního důchodu. Začátkem roku došlo k recidivě dyspeptických obtíží a bylo zjištěno opakování tumoru ve stejném místě.

V tuto dobu prodělával radioterapii, chemoterapii, psychicky se snažil bojovat, o své nemoci věděl. Pak při jedné s četných kontrol u svého praktického lékaře, kde byla snaha pomoci pacientovi opakovanou psychotherapeutickou intervencí, se mu svěřil, že má suicidiální myšlenky, že si je uvědomuje, že s tím chce něco dělat. S jeho souhlasem byla domluvena léčba za hospitalizace v psychiatrické léčebně.

Kolega psychiatr při příjmu popisoval: NO: psychické potíže začaly v létě t. r., kdy mu byla zjištěna elevace nádorových markerů a subfrenické nejasné ložisko, možná i recidiva nádoru jícnu. První operaci i následnou chemoterapii zvládnul dobře, měl velkou chuť bojovat a žít. Vloni se psychicky cítil hůře, po cisplatině zažil dokonce i halucinace – viděl tmu a hroby..., objevoval se strach ze smrti a zhoršil se spánek. Postupně se to zhoršovalo, v minulém týdnu špatně spal, je vystrašený, odmítl koloskopické vyšetření, necítil se na to, dochází mu síly. Je unavený, cítí strach ze smrti, z umírání, z toho, že bude upoután na lůžko, strach z bolesti. V noci se několikrát vzbudí, zpocení, nemůže pak spát, kolem druhé noční hodiny, ráno je mu pak smutno, smutná nálada trvá, nemůže se odpoutat, často myslí na to, že by bylo možná lepší už nežít, ale nechce si nic udělat. Nechce ublížit rodině. Má úzkosti s bušením na hrudi, mívá i pálení žáhy a stažení žaludku. Rozhodí ho i nevýznamné události (...zvracel jim pes). Velmi mu pomáhala práce, posledních čtrnáct dnů se tam ale bál, že by se mu tam udělalo špatně, že by zemřel. Průběh hospitalizace: při přijetí bylo nasazeno antidepressivum, snášel

je bez problémů. Po cca dvou týdnech patrně zklidnění, projasnění nálad, zlepšen spánek, soustředění, úzkosti se objevovaly jen minimálně. Bylo provedeno gastrintestinální (GIT) vyšetření, zajištěna onkologická prohlídka. Domů byl propuštěn ve stabilizovaném psychiatrickém stavu po 6 týdnech, bez hlubší depresivity, se závěrem anxiózně depresivní porucha, jako porucha přízpůsobení při závažném somatickém onemocnění.

Po návratu byl spokojen, ještě asi dva měsíce docházel na pravidelné kontroly k ambulantnímu psychiatrovi v okresním městě. Jeho základní onemocnění se v tuto dobu výrazně neprojevovalo (občasné dyspepsie, bolesti neměl).

Pak jednoho dne, aniž by dal cokoliv najevo při běžných kontrolách (náznak loučení, změna přístupu k praktickému lékaři nebo k psychiatrovi, uzavřenost apod.), provedl něco, co musel připravovat s důmyslem profesionálního hasiče a delší dobu.

Záchranná služba vyjela k případu sebevraždy popálením kyselinou sírovou. Pacient to provedl v suterénu paneláku, kde seděl za stolem, vypil kyselinu a polil si s ní hlavu, obličej a tělo. Kůži na hlavě měl seškvařenou i s očima, ležel na zemi bez dechu (dle sdělení záchranáře vypadal jako „fantomas“). Bohužel to odnesla i jeho manželka, která se mu v tomto snažila zabránit, a to politím obličeje, krku, rukou a zad. Ta byla letecky transportována na kliniku popálenin do Prahy. Zdravotníci zasahující na místě chodili v běžné obuvi po podlaze, která byla politá kyselinou, syčela, odpařovala se, na pacienta se snažili lít kbelíky vody kvůli neutralizaci a zředění kyseliny, nedalo se tam pořádně dýchat, i když se povedlo pacienta zaintubovat, bylo pozdě i kvůli naleptání vnitřku dutiny ústní a jícnu. Zasahující zdravotníci museli být ošetřeni pak na plicním oddělení pro podráždění dýchacích cest leptavým plynem, naštěstí bez následků.

Manželka se po několika plastických operacích provedených ihned po přivezení na kliniku relativně dobře zhojila, je nadále v pracovní neschopnosti. I přes obrovské jizvy v obličeji a bez vlasové kštice se s problémem snaží vyrovnat a chodí do ordinace i na veřejnost bez původně doporučené kukly. Je vážnějšího chování, ale vstřícná, o manželovi nemluví, bydlí u dcery. Pravidelně jezdí na kontroly na plastickou chirurgii. Psychiatrická intervence u ní se jeví jako vhodná, vzhledem k celkové podpoře její těžké životní situace.

Kazuistika 2

Muž, ročník 1959, svobodný, bydlící na vesnici u rodičů, základní vzdělání, vyučen kovářem, pracoval jako

hasič. Pro hypertenzi nekorigovanou vzhledem k nespolečnosti pacienta je od roku 1995 v částečném invalidním důchodu (ve 36 letech). Přes veškerou intervenci a snahy praktického lékaře a ambulantních specialistů ohledně diety, životosprávy, pravidelného užívání léků, pacient ve své jednoduchosti nebyl schopen pochopit dosah svého poškození, krátkodobě poslechl, ale pak opět pil a nespolečnicoval. Při kontrolách byl neurastenický, vystrašený, výrazný tremor horních končetin, zarudlý, jakoby přistřižen při činu. Dispenzárně byl sledován na gastroenterologickém oddělení pro laboratorně aktivní chronickou jaterní lézi s hepatomegalií a histologicky prokázanou steatofibrózou (st. po hepatitidě B s pozit. HbsAg) s chronickým abúzem alkoholu. Po fraktuře bimaleolaris ATC I dx v roce 1997 byl hospitalizován na ortopedickém oddělení, ze kterého musel být nedobrovolnou hospitalizací přeložen do psychiatrické léčebny pro delirantní stav u etyliku. Při příjetí byl febrilní, schvácený, měl velmi těžký celkový stav, akutní respirační insuficience, řelozen na JIP FN, kdy stav vyžadoval plicní ventilaci. Po pěti dnech byl vrácen do léčebny po stabilizaci stavu, další průběh bez komplikací, klidný, spolupracující, s dalším pobytem na protialkoholním oddělení nesouhlasil. Nebyly důvody k pobytu proti vůli nemocného, proto byl propuštěn domů se zákazem požívání alkoholu, Haloperidolem a doporučením kontroly psychiatrické ambulanci. Pak změnil praktického lékaře, na kontroly pravidelné ani do psychiatrické ambulance nechodil. V říjnu 2002 mu spadla autobaterie na nohu a přivodila mu luxační frakturu levého hlezna. Na ortopedickém oddělení okresní nemocnice mu byla provedena osteosyntéza obou bérceových kostí v oblasti hlezna, vše bez komplikací. Bezprostředně po výkonu se počínající projevy delirantního stavu, pacient byl dezorientovaný, neklidný, utíkal z lůžka, psychiatrem byl naordinován Haloperidol. Pátý pooperační den došlo k prudké dekompenzaci interního stavu a v bezvědomí byl přeložen na ARO oddělení okresní nemocnice. Byl hypoventilující, k těžké deterioraci krevního oběhu v rámci alkoholového deliria, byla provedena intubace, plicní ventilace, katétr do subklavie, přes masivní medikaci se z hlubokého kómatu neprobral a druhý den došlo k oběhové zástavě s resuscitací.

Shrnutí kazuistik

V první kazuistice najdeme hned několik aspektů častých v primární péči. Pacientovo jednání v ordinaci praktického lékaře, psychosomatizace onemocnění s vyústěním do vážného onkologického onemocnění se všemi následnými stavy zasahujícími pacienta, rodinu, okolí pacienta i zdravotnické. Postupný vývoj s psychiatrickou intervencí, ze které vychází pacient stabilizován, přes veškerou spolupráci praktického lékaře, onkologa a psychiatra je tato situace řešena suicidiem s dramatickým vyústěním s nutností zásahu záchranné služby při řešení stavu ohrožujícího život.

Ve druhé kazuistice pacient závislý na alkoholu, který už si jednou prožil život ohrožující delirantní stav a mohl být poučen, tak nadále nespolečnicoval, ani s psychiatrem ani s praktickým lékařem. Banální situace, jako je zlomenina kotníku, mu opět přivodila život ohrožující stav v deliriu, který už nebylo možné zvládnout.

Závěr

Jak jsem už sdělil výše, široká vzájemná spolupráce zainteresovaných složek v primární péči je nezbytným východiskem péče o pacienty. Spolupráce praktického lékaře a psychiatra je v péči o duševně nemocné oboustranně potřebná, tak aby došlo k posílení jednak vědomí toho, že vyšetření pacienta u psychiatra patří k běžnému životu bez předsudků, a jednak toho, že důvěra mezi pacientem a psychiatrem je neméně důležitá jako důvěra mezi praktickým lékařem a jeho pacientem a hlavně i mezi oběma lékaři ve vztahu k jejich společnému pacientovi. V posledních letech dochází v souladu s celosvětovým trendem k většímu prohlubování spolupráce oborů všeobecného lékařství a psychiatrie, o čem nás přesvědčily oba poslední kongresy – psychiatrický ve Špindlerově Mlýně a všeobecného lékařství v Karlových Varech, kde zazněly ve workshopech oboustranně prospěšná odborná sdělení s bohatou diskuzí.

Literatura

1. Červený R. Bulletin SPL, Psychiatr a praktický lékař, praktický lékař a psychiatr, Praha, 5/2002: 18–20.
2. Červený R. APPEL SPL, Praha, 5/2002, LSPP: 8s.