

Jolanta Rabe-Jabłońska¹, Kamila Wojtczak²

Opis dwóch przypadków intoksykacji najprawdopodobniej gamma-hydroksymaślanem – GHB

Description of two cases of intoxication, most probably with gamma-hydroxybutyrate – GHB

¹ Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychiatrii Młodzieżowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Kierownik Klinik: prof. dr hab. n. med. Jolanta Rabe-Jabłońska

² Lekarz rezydent Centralnego Szpitala Klinicznego UM w Łodzi. Dyrektor: Jan Wojciech Bieńkiewicz
Correspondence to: Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. Czechosłowacka 8/10, 92-216 Łódź, tel. 042 675 73 71, e-mail: poprawska@hotmail.com

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Autorzy przedstawili opisy coraz częstszych intoksykacji gamma-hydroksymaślanem –GHB, u dwóch pacjentek, u których już wcześniej występowały zaburzenia psychiczne oraz stosowano leczenie lekami psychotropowymi. Intoksykacje GHB nierzadko są prowokowane przez osoby z zewnątrz w celu wykorzystania występujących podczas ich przebiegu zaburzeń umożliwiających dokonanie wykorzystania seksualnego. Opisane pacjentki nie miały świadomości, że przyjmują GHB. Niepokojące jest również, że w żadnym z opisanych przypadków nie rozpoznano, ani nie podejrzewano podczas kierowania do szpitala intoksykacji GHB. W związku z tym nie wykonano wcześniej zalecanych w takich sytuacjach badań: obdukcji stanu somatycznego, badania ginekologicznego, oznaczenia przeciwciał HIV, testu ciążowego. Intoksykacje GHB u pacjentek, które już wcześniej wykazują zaburzenia psychiczne lub neurologiczne, przyjmują z tego powodu leki psychotropowe lub też inne substancje psychoaktywne, mogą przebiegać w sposób zagrażający ich życiu, w związku z czym konieczne jest edukowanie tej grupy chorych na temat możliwości wystąpienia tego typu intoksykacji w określonych sytuacjach oraz ich różnorodnych, często bardzo poważnych konsekwencji.

Słowa kluczowe: gamma-hydroksymaślan, intoksykacje, obraz kliniczny, postępowanie, konsekwencje

Summary

The authors presented the descriptions of more and more prevalent intoxication with gamma-hydroxybutyrate – GHB, in two patients, who had earlier exhibited mental disorders, treated with psychotropic drugs. Intoxication with GHB is often provoked by people from outside, with the aim to take advantage of the disorders concomitant with such intoxication, for sexual abuse. The described patients were unaware of having used GHB. Furthermore, it is also worrisome that GHB intoxication was not diagnosed in any of the described cases, when they were referred to hospital. Therefore, the patients were not subjected to the examinations recommended in such cases: obduction of somatic condition, gynaecological examination, determination of HIV antibodies, or pregnancy test. GHB intoxication in those patients, who exhibit earlier some mental or neurological disorders and therefore take psychotropic drugs or other psychoactive substances, may endanger their lives, which indicates, that such group of patients has to be

instructed about the possible occurrence of such intoxications in specific situations and about their diversified, often very severe, consequences.

Key words: gamma-hydroxybutyrate, intoxication, clinical picture, procedures, consequences

INTOKSYKACJA GAMMA-HYDROKSYMAŚLANEM (GHB) U PACJENTKI Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI ORAZ PADACZKĄ

Piętnastoletnia M.G. została przyjęta do Kliniki Psychiatrycznej 05.04.2005 r. z powodu zaburzeń adaptacyjnych, przebiegających z objawami depresyjnymi oraz myślami samobójczymi. Od kilku miesięcy była leczona ambulatoryjnie fluoksaminą, lecz nie uzyskano poprawy. Rok temu rozpoznano u niej padaczkę. Pacjentka była wielokrotnie hospitalizowana z tego powodu, w trakcie jednego z pobytów w szpitalu wystąpił stan padaczkowy z zatrzymaniem krążenia. Od kwietnia 2004 r. przyjmowała karbamazepinę – 800 mg/dobę. Ponadto wykryto u niej obecność przeciwciał na toksokarę.

Z wywiadu wynika, że pacjentka od 5. roku życia mieszkała z babcią, obecnie 63-letnią, oraz 11-letnim bratem. Rodzice mieli początkowo ograniczone prawa, czego przyczyną było nadużywanie alkoholu i zaniedbania wychowawcze, potem zostali całkowicie pozbawieni praw rodzicielskich. Kiedy dziewczynka miała około roku, w stanie zagrożenia życia trafiła do szpitala po przedawkowaniu eufiliny. Mówi, że w domu rodziców była bita i molestowana seksualnie. Ponieważ babcia nie dawała sobie rady z dziećmi, około pół roku temu zamieszkały u ciotki – siostry matki, ale jak twierdzi pacjentka „tam też nie było dobrze – byłam karana za najmniejsze przewinienia. Ciotka wyrzekła się mnie i ponownie zamieszkałam z bratem i babcią”.

Chora uczęszcza do I klasy gimnazjum, nigdy nie miała problemów z nauką – była dobrą uczennicą. Od września 2004 r. wg jej relacji „jest gorzej z nauką, stałam się leniwa, od drugiego półrocza nic mi się nie chce robić, mam mało ocen, zaczęłam wagarować. Nie mam problemów z koncentracją, po prostu nie chce mi się zabrać do nauki”. Od około pół roku jej stan psychiczny zdecydowanie się pogorszył: nie ma energii do życia, „werwy”, jest smutna, ciągle śpiąca, ma stałe poczucie zagrożenia, ale „to było zawsze”, „jakiś nieokreślony lęk”. Pojawiły się myśli o tym, że jest niepotrzebna, że nie warto żyć. W grudniu 2004 r. po raz pierwszy zaczęła myśleć o tym, żeby się zabić, połknąć tabletki. Ostatnio takie myśli pojawiały

się każdego wieczoru przed zaśnięciem, gdy zastanawiała się nad swoim życiem, nad ojcem, o którym słyszała, że jest bezdomny, nad matką, która podobno handluje dziećmi, nad tym, że babcia bardziej kocha jej brata, że ją wyzywa, mówiąc, że jest taka sama jak jej matka i że wszystko to jej wina. Chciała się spotkać się z rodzicami i zależnie od efektów tego spotkania połknąć tabletki lub nie. Kiedyś zażyła 10 tabletek paracetamolu w celach samobójczych – nikt o tym nie wiedział. Chciałaby w przyszłości skończyć szkołę i studiować psychologię lub socjologię. Pytana o objawy wytwórcze pacjentka mówi: „Pierwszy raz słyszałam «głosy», jak byłam mała, głosy w głowie, budziły mnie w nocy, krzyczały, zatykałam uszy, ale to nic nie dawało; firanka się ruszała”. To trwało kilka minut, dziewczynka bardzo się bała. Takie sytuacje powtarzały się co 2-3 lata, ale ostatnio zdarzały się coraz częściej, jeden raz w tygodniu. To żeńskie głosy, które coś krzyczą, ale pacjentka nie wie co. Czasem przyglądają jej się ludzie na ulicy, obgadują ją – „może źle wyglądam”, nie znają jej myśli, nic o niej nie wiedzą. „Gdy mam «doła», czuję, jakby ktoś stał za mną i obserwował”.

Około 2-3 tygodnie przed przyjęciem do oddziału miało miejsce wydarzenie, które najprawdopodobniej wiązało się z intoksykacją gamma-hydroksy-maślanem – GHB. Oto relacja pacjentki: „Wracałam od lekarza, po południu, dokładnie nie pamiętam, która była godzina. Spotkałam kolegę, ale nie wiem dokładnie, kto to był. On dał mi jakiś napój do picia, zamroczyło mnie i dalej już nie pamiętam. Obudziłam się rano, wszystko mnie bolało, miałam siniaki na ciele. Babcia mówiła, że jak przyszedłam do domu, to byłam spowolniona, miałam duże oczy i przewracałam się. Rano pojechaliśmy do lekarza i na policję”. Z relacji babci pacjentki: „Trzy tygodnie temu wnuczka została napadnięta, było podejrzenie o podanie narkotyków, ale badanie nic nie wykryło”. Badanie ginekologiczne wykonano przed przyjęciem do szpitala, według pacjentki „wszystko było w porządku”, badania na obecność HIV nie wykonywano, test ciążowy ujemny (wykonano w szpitalu). Trwa postępowanie wyjaśniające to zdarzenie. Należy dodać, że wykonano u dziewczyny typowy panel na substancje psychoaktywne, który nie uwzględnia obecności GHB. Długi okres niepamięci (co najmniej 16 godzin – pacjent-

ka dokładnie nie pamięta, o której godzinie zdarzenie miało miejsce) i podejrzenie dokonania gwałtu sugerują możliwość intoksykacji tą substancją.

W oddziale pacjentka szybko zaaklimatyzowała się i nawiązała kontakt z rówieśnikami, czas spędzała głównie w ich towarzystwie. Zastosowano fluoksetynę od 13.04.05 r., po dwóch tygodniach dawkę zwiększono do 30 mg. Wkrótce chora zaczęła zgłaszać pogorszenie stanu psychicznego, pojawiły się myśli autoagresywne, dziewczyna zaczęła dokonywać powierzchownych samookaleczeń, pojawiły się „głasy”, zaczęły przedstawiać jej się postaci matki i jej przyjaciela, twierdziła, że „czuła, jakby była przez nich bita”. Ludzie śmieli się z niej, obgadywali ją, przyglądali się jej, słyszała głośno swoje myśli, miała kłopoty z koncentracją – „nie wiem, co oglądam w telewizji, mam pełno myśli na raz, wszystkie dźwięki są zbyt głośne”. Dołączono lamotryginę w związku z podejrzeniem pojawienia się automatyzmu psychicznego w przebiegu źle kontrolowanej padaczki, zmniejszono fluoksetynę, którą odstawiono 11.06.05 r. i od 02.06 włączono fluanksol. W tym czasie doszło też do spotkania z rodzicami pacjentki. Monika była zawiedziona, bo matka nadal pije i mieszka w strasznych warunkach z trzyletnim synem. W trakcie pobytu w szpitalu pacjentka miała wykonane badanie CT głowy – nie stwierdzono zmian patologicznych. W badaniu MMPI z 15.06.05 r. wykluczono istnienie zaburzeń psychotycznych, „profil wskazuje na nieprawidłowy rozwój osobowości w kierunku borderline?”. Test Wechsler: II – 104, IIss – 105, IIbs – 102. Testy Bender i Benton sugerują występowanie zmian organicznych w OUN.

Pacjentka nadal przebywa w Oddziale Młodzieżowym. Stan uległ niewielkiej poprawie.

INTOKSYKACJA GHB U PACJENTKI Z ASPOŁECZNYMI ZABURZENIAMI ZACHOWANIA, UZALEŻNIONEJ OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

M.B., urodzona 30.10.1990 r., została przywieziona do Izby Przyjęć Kliniki Psychiatrycznej w Łodzi 14.05.05 r. (sobota) o godzinie 18.35 przez Pogotowie Ratunkowe. Dziewczynę znalazła na ulicy policja. Na komisariacie twierdziła, że znajduje się na dworcu w Koluszkach (gdzie mieszka), widziała przez okno pasące się na pastwisku krowy, w karetkę mówiła, że jest w Monarze. Pacjentka została początkowo przewieziona do Oddziału Toksykologii Dziecięcej, gdzie potwierdziła stałe używanie kanabinoli, podała, że około godzinę wcześniej paliła marihuanę. Wykluczono objawy zatrucia. Dziewczynę przyjęto do klinicznego Oddziału Diagnostyczno-Obserwacyjnego. Przy przyjęciu pacjentka była zdezorientowana co do miejsca, nie знаła dnia miesiąca, posia-

dała jednak orientację co do własnej osoby i okoliczności. Była spokojna, płacząca. Jej źrenice były zwężone, równe, reakcja na światło symetryczna, ale leniwa. Nie stwierdzono obrażeń ciała. Była brudna. Przyznała, że pali marihuanę od około roku, co 2-3 dni, po zajęciach w szkole, „bo jest wtedy wyluzowana i nic ją nie interesuje”. Ponadto od dwóch miesięcy bierze amfetaminę. „Jak wezmę więcej – trzy działki, kręci mi się w głowie, jakbym była na karuzeli, mam wizje – krowy na pastwisku, głosów nigdy nie było. Próbowałam też «dropsy» około 10 razy – miałam wtedy więcej energii na dyskotecę”. Piwo pije w piątki i soboty, 3-4 na dobę.

Odnosnie do okoliczności przyjęcia do szpitala pacjentka powiedziała, że w piątek po południu wyszła z domu z koleżanką na imprezę (w miejscu zamieszkania). Podczas zabawy paliła marihuanę, piła alkohol i bawiła się, potem usnęła, nie mogła sobie przypomnieć, co się działo potem. Została znaleziona przez policję na ulicy Marymonckiej w Łodzi w sobotę wieczorem, nie wiedziała, jak się znalazła w Łodzi, nic nie pamiętała. Po tym jak przywieziono ją do Kliniki, usnęła. W niedzielę czuła się już dobrze. W wykonanym przy przyjęciu teście panelowym na narkotyki wykryto obecność amfetaminy, pomiar alkoholu alkomatem – zero promili. W poniedziałek pacjentka była nieco senna, prawidłowo zorientowana we wszystkich kierunkach. Nie przypominała sobie, co działo się od piątku do soboty wieczorem. Zaburzenia świadomości – śpiączka, senność, zaburzenia pamięci, wykluczenie intoksykacji substancjami psychoaktywnymi wykrywanymi w typowym panelu, brak istotnych odchyśleń w badaniu neurologicznym, somatycznym i badaniach laboratoryjnych (badanie ginekologiczne nie zostało wykonane) sugerowały intoksykację GHB. Po przeminięciu senności dziewczyna chętnie odpowiadała na pytania. Jest obecnie uczennicą drugiej klasy gimnazjum, nie zda do następnej klasy, bo chodziła na wagary – „nie mam kłopotów z nauką, po prostu wpadłam w złe towarzystwo”. Ma dwie siostry w wieku 10 i 12 lat, rodzice pracują. Pacjentka cztery razy leżała w szpitalu z powodu infekcji dróg rodnych, ostatnio rok wcześniej. Przyznała, że wzięła w piątek marihuanę oraz amfetaminę. Narkotyki zaczęła brać za namową koleżanki. Próbowała przestać miesiąc temu, ponieważ po amfetaminie bolało ją serce, ale nie udało się – „ciągnęło mnie”. Zdaje sobie sprawę, że sama nie da sobie rady, a chciałaby uwolnić się od nałogu dla siebie (bo nie chce być chora w przyszłości i szybko się zestarzeć) oraz dla mamy. Tydzień przed przyjęciem do szpitala była w Ośrodku dla Uzależnionych na konsultacji. Miała ponownie zadzwonić w piątek, czego nie zrobiła, gdyż poszła na imprezę. Nigdy wcześniej nie miała zaburzeń świadomości po narkotykach. Podczas rozmowy pacjentka płacze, mówi, że chce

wrócić do szkoły, zerwać ze starym towarzystwem i że chce się leczyć, nawet w ośrodku zamkniętym. Od dwóch miesięcy ma kuratora. Za zgodą dziewczyny i rodziców pobrano krew na badania HIV. Ponieważ w trakcie hospitalizacji pojawiło się krwawienie menstruacyjne, odstąpiono od wykonania testu ciążowego. Badanie ginekologiczne nie zostało wykonane przed przyjęciem do szpitala ani podczas pobytu w placówce. W oddziale pacjentka pozostawała w dobrym nastroju, okresowo napięta, chciała dokonać samookaleczeń, mówiła, że źle się czuje, ponieważ ma głód narkotykowy. Kiedy jedna ze współpacjentek oskarżyła ją o uderzenie, zaprzeczyła. Wypisano ją 09.06.05 r. W domu miała czekać na przyjęcie do Ośrodka Leczenia Uzależnień.

Z relacji matki wynika, że problemy z nauką i wypełnianiem obowiązków, „złym towarzystwem” mają miejsce od drugiej klasy gimnazjum. Wtedy zaczęły się wagary, ucieczki z domu. Rodzice zawiadamiali policję, ale córka zwykle sama wracała po 2-3 dniach. Raz funkcjonariusze zatrzymali córkę, kiedy z innymi osobami „rozrabiała” na ulicy. Zrobiła się agresywna, wulgarna, drażliwa, wszystkich chciała bić. Raz pocięła się żyłką, raz połknęła tabletki – „jod i coś jeszcze”, matka zmusiła ją do wymiotów. Córka mówiła, że miesiąc temu chciała się otruć. Na pytania zwykle odpowiadała: „nie wiem” lub w ogóle nic nie mówiła. Od miesiąca bierze amfetaminę, ma wahania nastroju. Raz przychodzi do domu i płacze – mówi wówczas, że chce się leczyć, potem znów nie chce rozmawiać o swoim problemie z rodziną ani z terapeutami. Ostatnio, 10 maja, wyszła do szkoły, wróciła do domu dopiero po 2 dniach, żeby się przebrać i już po godzinie jej nie było. Potem rodzice dostali telefon ze szpitala. Matka skarży się, że zgłaszała na policji, kto handluje narkotykami, ale nic z tego nie wynikło. Nauczyciele byli „zszokowani” informacją o problemach dziewczyny. Uważano, że nigdy nie miała problemów, była lubiana. Na przełomie stycznia i lutego

trafiła do Pogotowia Opiekuńczego, nie chciała wrócić do domu, ponieważ, jak twierdziła, matka ją biła i głodziła. Przeprowadzono dochodzenie w tej sprawie, ale sprawę umorzono. Matka twierdzi – „Córka odkręciła wszystko”. Biologiczny ojciec jej nie uznał, nie mają kontaktu. Od 7. miesiąca życia wychowuje ją ojczym. Biologiczny ojciec jest alkoholikiem, „menelem”, jak nazywa go matka pacjentki. Kilka lat temu widziały go pijanego na ulicy, wtedy matka powiedziała córce, że to jej ojciec.

19.05.2005 r. chora była badana przez neurologa – nie stwierdzono odchyień od normy. EEG w normie. Przy wypisie przeprowadzony test panelowy był ujemny (zrobiono po przepustce). 22.07.2005 r. pacjentka ponownie, po próbie samobójczej, trafiła do Kliniki. Połknęła 10 tabletek klonazepamu z powodu nieotrzymania promocji do trzeciej klasy. W oddziale negowała myśli suicydalne. Rodzice zrezygnowali z umieszczenia córki w Ośrodku dla Uzależnionych. Miała od września uczęszczać do szkoły z internatem. Przy przyjęciu do szpitala wykonano test panelowy na narkotyki – wynik był ujemny. Pacjentka została wypisana do domu 28.07.05 r.

PODSUMOWANIE

W żadnym z opisanych przypadków nie rozpoznano w momencie kierowania do szpitala intoksykacji GHB, nie wykonano wcześniej zalecanych w tym przypadku badań: obdukcji stanu somatycznego, badania ginekologicznego, oznaczenia przeciwciał HIV, testu ciążowego.

Intoksykacje GHB u pacjentek, które już wcześniej wykazują zaburzenia psychiczne lub neurologiczne, przyjmują z tego powodu leki lub inne substancje psychoaktywne, mogą przebiegać w sposób zagrażający ich życiu, w związku z czym konieczne jest edukowanie tej grupy na temat możliwości takich intoksykacji oraz ich różnorodnych konsekwencji.