

616—099—058/615.93/582.238/

SKUPINOVÉ OTRAVY VLÁKNICÍ NAČERVENALOU A MUCHOMŮRKOU TYGROVANOU

Major MUDr. Josef GLŮCK, kapitán MUDr. Július PETŘÍK a MUDr. Josef OŠKERA

Interní oddělení vojenské polikliniky v Písku, interní oddělení Okresního ústavu
národního zdraví v Písku**Úvod**

Každoročně hospitalizujeme z našeho okresu, který je bohatým mykologickým nalezištěm, řadu pravých i nepravých otrav různými houbami. V houbařské sezóně r. 1972 bylo na interním oddělení okresní nemocnice přijato a léčeno 18 pacientů s rozvinutými klinickými příznaky po požití hub.

Uvedeme 2 skupiny otrávených, 5člennou rodinu otrávenou vláknicí načervenalou a 6člennou rodinu s intoxikací muchomůrkou tygrovou.

Vlastní pozorování

Dne 13. 6. 1972 ve 22.00 hod. bylo na int. ambulanci přivezeno 5 členů rodiny H., 37letý muž P. H., jeho děti ve stáří 7 a 6 let, 57letý otec P. H. a 56letá matka E. H.

Za 1 hod. po požití hub, které považovali za májovku, začalo pocení, slzení, slinotok, třesavka, nauzea a průjem. Intenzita příznaků byla různá podle kvanta požití potravy, nejmenší u dětí.

Z obj. nálezu: Dospělí nemocní se profúzně potili, chůze byla nejistá, vrávoravá, zvl. u otce, který se silně třásl. Bez vydatné pomoci druhé osoby nebyl vůbec schopen chůze. Všichni postižení měli výraznou miózu zornic, bradykardii 50/min. Alterace TK nebyla, fyzikální nález na plicích, srdci a břiše byl u všech v mezích normy. Z klinického obrazu bylo jasné, že jde o muskarinový typ otravy, proto byl všem otráveným ihned aplikován Atropin 0,5 mg. s. c. Děti jsme odeslali k přijetí na dětské oddělení, kde byl proveden výplach žaludku a

ponechány bez další léčby; dále již byly bez potíží a obj. nález se normalizoval. Výplach žaludku jsme provedli na našem odd. i všem dospělým, atropin 0,5 mg. s. c. byl aplikován ještě 2krát až do vymizení miózy. Pacienti byli zavodněni infúzí 5% glukózy s vitamíny B a C, celkem 500 ml.

Laboratorní vyšetření provedená 2. den ukázala u ženy síňokomorový blok s nodálním rytmem (šlo o starší nález). Jinak rtg PaS a ekg byl u všech normální. V moči u P. H. a jeho matky byl cukr + při normální glykémii, u otce, který udával, že mu byl před 2 měsíci zjištěn diabetes mellitus, léčený dietou, jsme cukr v moči nenašli. Glykémie byla u všech norm. Byli doporučeni ke kontrole v diabetické poradně spádu. Ostatní laboratorní nálezy (FW, KO a diff, JT, urea, lipémie, cholesterol) byly normální.

Druhý den ráno již jen u jednoho nemocného P. H. byla 2krát řídká stolice, ostatní byli bez potíží a 3. dne byli propuštěni do domácího ošetřování.

Abychom stanovili přesnou diagnózu, požádali jsme otce P. H., aby nám druhý den podrobně popsal naleziště hub. Stav pacienta se natolik upravil, že nám zhotovil náčrtek místa, kde houby sbírali. Šlo o zámeček Pařezí u Cerhonic, okr. Písek, který je sídlem pobočky Nár. technického muzea. Rodina zde trávila dovolenou. Plodnice našli na zahradě zámečku v trávě, která byla zčásti posečena, pod starými duby. Na uvedeném místě jsme po kratším hledání našli ještě asi 10 plodnic velikosti 3 až 6 cm, s tužším třením bez pochvy, kloboukem přitisknutým ke tření a na okraji lehce vroubkovaným a místy roztřepeným. Barva klobouku

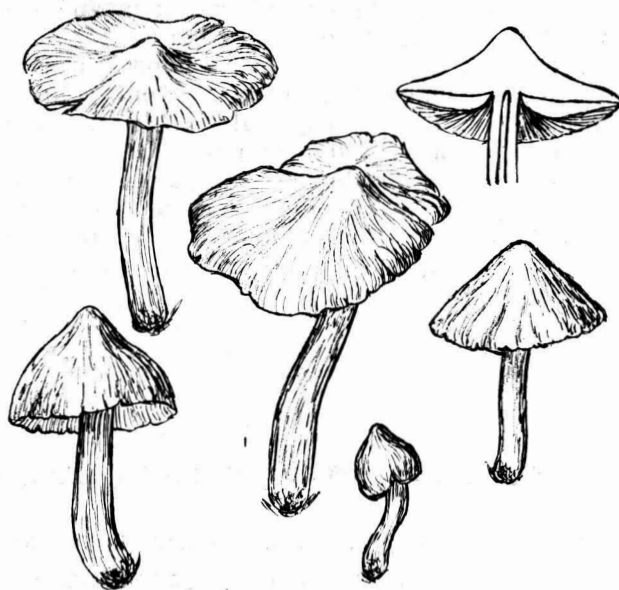
byla narůžovělá, lupeny bílé, zápach houby příjemný. Nalezené plodnice byly mladé vláknice načervenalé, jak nám potvrdil i primář Kubička J., člen mykologické spol. CSAV, s nímž jsme identifikaci houby konzultovali. Do druhého dne houba výrazně zčervenala. Zhotovené fotografie byly bohužel technicky závadné, reprodukuje kresbu vláknice podle (5), odpovídající našemu nálezu. Vláknicce načervenalá roste většinou v trávě, i v některých městských parcích, s maximem výskytu od května do července. Výskyt houby není běžný, v našem materiálu jde o první podobnou otravu.

Diskuse

Otrava vláknici načervenalou (*Inocybe Patouillardii*) je poměrně vzácná tím, že výskyt houby není příliš častý. Záměna přichází v úvahu s jedlou špičkou trávni (*Marasmius oreades*) nebo s jedlým žampionem zahradním (*Agaricus hortensis*) nebo v našem případě s májovkou (*Tricholoma georgii*) či s některými vlákniciemi, které však jsou většinou nejedlé nebo jedovaté (5).

Klinický průběh připomíná otravu organofosfátovými insekticidy a z tohoto hlediska je třeba zvl. u jednotlivých otrav diff. dg. uvažovat. Musíme odlišit i stavy provázené profúzním pocením (hypoglykémie, horečnaté stavy různé etiologie). Diagnóza v našem případě byla zčásti usnadněna anamnézou, dobrou informovaností přijímajícího lékaře a potvrzena nálezem hub a jejich identifikací. Dodatečné hledání hub, pokud je lze technicky provést, má velký význam tam, kde diagnóza není jasná a nelze vyloučit i otravu muchomůrkou hlízovitou. Její klinický průběh má latenci příznaků, je těžší, protrahovaný s příznaky hepatorenálního poškození a ve většině případů fatálně zakončený. Domníváme se, že v takových nejasných případech, kdy je nutné rozhodnutí o transportu k včasné hemodialýze, se námaha spojená se sběrem hub k upřesnění diagnózy vyplácí.

VLÁKNICE PATOUIILLARDOVA



Léčba otrav vláknici atropinem je kauzální a její efekt je velmi dobrý. Prognóza otravy vláknici je poměrně dobrá, je však nutno sledovat stav oběhu, při těžší otravě může dojít k selhání levé komory a edému plic.

Otrava muchomůrkou tygrovanou

Daleko častěji jsme ošetřovali případy, kdy došlo k záměně jedlé muchomůrky narůžovělé (*Amanita rubescens*), zvané masák nebo jedlé muchomůrky šedé (*Amanita spissa*) za jedovatou muchomůrku tygrovanou (*Amanita pantherina*). Rozlišení hub podle hlavních znaků ukazuje tabulka 1.

Rozlišení plodnic vyžaduje jistou zkušenost a mnohdy dojde k záměně hlavně tam, kde rozlišovací znaky nejsou plně vyvinuty, nebo u mladých plodnic.

Na našem oddělení jsme léčili již 4 skupiny otrávených touto houbou, z toho 3člennou sku-

Rozlišovací znaky zaměnitelných muchomůrek

Tabulka 1

	Muchomůrka růžová <i>Amanita rubescens</i>	Muchomůrka šedá <i>Amanita spissa</i>	Muchomůrka tygrovaná <i>Amanita pantherina</i>
Toxicita	jedlá a výtečná	jedlá	jedovatá
Barva klobouku	různý stupeň růžové barvy někdy bělavě růžová	šedá, šedobílá zbytky plachetky	hnědavé odstíny se zbytky plachetky
Prstenec na třeni	jemně rýhovaný	jemně rýhovaný	hladký
Pochva na konci třeně	chybí	chybí	přítomná
Kvalita třeně	zpravidla nahlodán (červivý)	méně často červivý	intaktní

pinu z NSR (2) a v r. 1972 2 občany z NDR, kteří cestou do Bulharska museli podstoupit 2denní zdržení na našem odd. Bez jistoty v diagnóze bychom ztěžili mohli povolit další cestu. Ve stejném roce byla přivezena na naše odd. 6členná rodina z Čimelic u Písku, o níž chceme pro zajímavost klinického průběhu referovat.

Vlastní pozorování

Dne 8. 7. 1972 bylo přivezeno na int. ambulanci 6 členů rodiny P. Otec J. P., 59 let, matka R. P., 50 let, děti V. P., 15 let, J. P., 17 let, J. S., 19 let, E. P., 20 let. K příznakům otravy došlo za 2½ hod. po požití rizota z hub, o nichž se domnívali, že jde o jedlou muchomůrku šedou. Klinický obraz všech byl prakticky stejný až na otce, kde se lišil a bude probrán později.

Postižení hlasitě nařikali, křik bylo slyšet až mimo budovu. Měli bolestivé záškuby svalstva, cefaleu. Byli bez dyspeptických potíží.

Z obj. nálezu: nemocní byli rozpálení v obličeji, nápadná byla agitovanost všech, kontakt s nimi byl ztížen. Teplota kromě subfebrilie u V. P. byla normální. TK normální až na otce, který se léčil pro sklerotickou hypertenzi. Puls se pohyboval kolem 80/min., byl pravidelný, dobře plněný. Všichni nemocní kromě otce měli nápadnou mydriázu zornic, která přetrvávala po celou dobu pobytu v nemocnici. Meningeální dráždění chybělo, byla hyperreflexie L2—L4. Všichni až na otce měli spontánní záškuby svalstva končetin, přecházející v křeče, 15letá dcera V. P. si prokousla jazyk. Aby bylo možno nemocné vyšetřit, aplikovali jsme všem Plegomazin 25 mg i. m. Během 30 minut se nemocní zklidnili, provedli jsme výplach žaludku, odstranili zbytky jídla. Somatický interní nález na plicích, srdci, břiše a končetinách byl u všech fyziologický. Pro nedostatek místa na odd. byli přijati k expectaci na infekční odd. zdejší nemocnice. Zbytek noci nemocní občas vykřikovali ze spaní, TK a P po celou dobu sledování byl normální. Mikce bez poruchy. Druhý den se nemocní na svůj předchozí stav nepamatovali. Laboratorně moč a sed., Ko a diff., jat. testy, urea, glykémie, ekg, rtg PaS, BWR vesměs normální hodnoty. FW byla zrychlena v rozmezí 10—59 za hod. na 20—75 za 2 hod. Po 10 dnech byla FW stejně jako JT normální.

Průběh u otce, léčeného na int. odd., byl odlišný. 59letý J. P. byl přivezen v soporózním stavu, křeče neměl, přetrvávala mióza zornic s reakcí na osvit. Somatický int. nález na plicích, srdci a břiše byl fyziologický, TK 180/100, P-80 min. Výplach žaludku nebylo možno provést. K rozvinutí příznaků došlo až po 24 hodinách pobytu na oddělení. Nemocný byl zmatený, neklidný, měl náboženské halucinace, persekční bludy. Oběhově došlo k poklesu TK až na 90/70 a 1 hod. poté ke spontánní úpravě až na původní hodnoty. Musel být cévkován. Laboratorně: FW 12/28, ostatní laboratorní vý-

sledky jako u všech ostatních byly v normálních hodnotách. Rtg PaS: peribronchitis, aorta rozšířená a vinutá. Kontakt s nemocným nebylo možno navázat, obnovil se až za dalších 24 hod., na dotazy odpovídal nesouvisle, zdálo se mu, že je pronásledován. 4. den se objevily náboženské bludy. Pacient byl přeložen na psychiatrické oddělení KÚNZ v Českých Budějovicích. Při přijetí zde byl popudlivý, bradypsychický, afektivně labilní, měl pseudoneurastické stesky, v prvních dnech hospitalizace halucinace pekelných jevů, ráno k těmto stavům kritický. Po 16denní hospitalizaci byl propuštěn s dg.: Organický psychosyndrom s obrazem paranoidní psychózy toxického původu. Dop. Thioridazin, Lucidril.

U tohoto nemocného byla nápadná delší latence, nutná k rozvinutí klinických příznaků excitačního charakteru. Je možné, že na odlišném průběhu se podílela i sklerotická hypertenze. Pacient byl vyšetřen v r. 1970 na neurol. odd. se závěrem: Těžký neurastenický syndrom. Psychiatrické vyšetření nebylo tehdy provedeno, bylo by zajímavé znát psychiatrický nález pacienta před požitím hub.

Diskuse

Otravy muchomůrkou tygrovanou pozorujeme téměř každoročně na našem oddělení. Při správné anamnéze, skupinovém postižení, plně rozvinutých příznacích lze většinou k diagnóze dospět. Diff. dg. přichází v úvahu u jednotlivých případů intoxikace alkoholem, následky nadměrné insolace, delirantní stavy u některých psychiatrických případů (3), hysterické reakce, epilepsie.

I zde nám v několika případech pomohlo k upřesnění diagnózy to, že příbuzní přinesli k identifikaci zbytky požitých hub. Muchomůrka tygrovaná je běžná houba, která roste v letních měsících s maximem od června do září a snáší i sušší klima. Léčba při správné diagnóze je symptomatická, základem jsou sedativa, sledování TK, zvláště u hypertoniků, ev. hypotenziva. Stoupá možnost vzniku paroxysmální tachykardie supraventrik. Nemocné je nutno pečlivě sledovat, při křečích a neklidu hrozí i nebezpečí suicidií (halucinace).

Souhrn

U dvou skupinových otrav s rozdílnou symptomatologií je probrán klinický obraz, diferenciální diagnostika a léčba. Poukázáno na nutnost včasného určení původce otravy z prognostických a léčebných důvodů.

Literatura

1. Lukeš, J., Čiháková, M.: Dva případy otravy muchomůrkou tygrovanou. Praktický lékař, 51, 1971, č. 10, s. 363—365.
2. Glůck, J.: Problematika léčení otrav houbami, zvl. muchomůrkou hlízovitou. Voj. zdrav. listy 37, 1968, č. 3, s. 131—134.
3. Nešpor, A.: Případ otravy muchomůrkou pantherovou. Čas. Lék. čes., 93, 1954, č. 5, s. 123—124.
4. Herink, J.: Klinická toxikologie, Praha, SZdN 1958.
5. Přihoda, A., Zejbrlík, O.: Houby, Praha, Orbis 1964, s. 92—93.