



# Stany nagłe w psychiatrii

Małgorzata Urban-Kowalczyk

Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych

UM w Łodzi

# Stany nagłe w psychiatrii to...

1. Zachowania agresywne i stany pobudzenia
2. Samobójstwa i zachowania autoagresywne
3. Zaburzenia świadomości – majaczenie
4. Napady lęku panicznego
5. Ostre powikłania psychofarmakoterapii: złośliwy zespół neuroleptyczny, zespół serotoninowy, ośrodkowy zespół antycholinergiczny

# Epidemiologia samobójstw i prób samobójczych

---

- ❑ Mężczyźni dokonują samobójstwa 2- 4 x częściej
- ❑ Wskaźnik prób samobójczych do samobójstw: 10/1- wyższy u kobiet i w młodszych grupach wiekowych
- ❑ W populacji ogólnej liczba samobójstw wzrasta z wiekiem, w zab. psychicznych najczęściej między 30-40 r. ż.
- ❑ U młodzieży i młodych osób dorosłych samobójstwo stanowi I lub II (po urazach) przyczynę zgonów

Według danych statystycznych Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO) na całym świecie 800 000 ludzi rocznie odbiera sobie życie.

## Sposoby popełnienia samobójstwa 2016

- ❑ 1 4300 osób (83%) – śmierć przez powieszenie
- ❑ 344 osoby – śmierć przez rzucenie się z wysokości
- ❑ 100 osób – śmierć przez rzucenie pod pojazd ruchu
- ❑ 71 osób – śmierć przez samookaleczenie • 70 osób – śmierć przez zastrzelenie W przypadku • 66 osób – śmierć zażycie środków nasennych • 65 osób – śmierć poprzez utopienie • 51 osób – śmierć przez uszkodzenie układu krwionośnego • 21 osób – śmierć przez zatrucie gazem • 13 osób – śmierć przez zażycie trucizny • 131 osób – nie udało się określić sposobu lub był on inny od wymienionych

# Czynniki ryzyka samobójstwa

1. Rasa biała
2. Płeć męska
3. Podeszły wiek lub okres dojrzewania
4. Osoby rozwiedzione, owdowiałe, samotne
5. Brak pracy
6. Grupy ryzyka np.: lekarze, prawnicy, policjanci,
7. Ustalona diagnoza psychiatryczna
8. W aktualnym obrazie psychopatologicznym: omamy imperatywne, urojenia winy, hipochondryczne, wysoki poziom niepokoju, pobudzenie, bezsenność
9. Próby samobójcze w przeszłości
10. Samobójstwa w rodzinie
11. Skuteczność, dziwaczność obranej metody
12. Przewlekła choroba somatyczna (ból, kalectwo)
13. Sytuacje traumatyczne – ofiary przemocy



# Przyczyny samobójstw

U 90 % osób w czasie próby samobójczej można stwierdzić zab. psychiczne (objawy zespołu depresyjnego u 50 % osób, alkoholizm u 25 %) Ryzyko samobójstwa u osób z zab. psychicznymi jest 12x wyższe niż w populacji ogólnej

## Z powodu samobójstwa umiera:

- 15% osób z zab. depresyjnymi,
- 15% z zab. dwubiegunowymi,
- 10% ze schizofrenią,
- 10% z poważnymi zab. osobowości (borderline, dysocjalna),
- 15% z uzależnieniem od alkoholu lub SPA
- 5% z zab. organicznymi

# Przyczyny samobójstw

**ŹRÓDŁO:** zespół depresyjny, paranoidalny, dysforia, bilans, skrajne sytuacje, presja społeczna, uwarunkowania kulturowe

## **MOTYW:**

- śmierć jako uwolnienie od bólu psychicznego, poczucia beznadziejności, frustracji; jako rozwiązanie problemu, konfliktu
- pragnienie odwetu, wywarcia wpływu, uzyskania pomocy (często próby samobójcze instrumentalne)
- pragnienie ofiary, nagrody, rytuał

# Jak ocenić ryzyko samobójcze?

- Zamiar
- Plan
- Środki
- Przygotowania
- Następstwa



# Próba samobójcza lekowa - postępowanie



1. Dokładne zebranie wywiadu: co?, kiedy? Ile? zostało zażyte; czy prowokowano wymioty, wypito alkohol?
2. Założenie drogi dożylnej (optymalnie 2)
3. Monitorowanie funkcji życiowych
4. Badanie toksykologiczne
5. Prowokowanie wymiotów, płukanie żołądka  
(do 1h po przyjęciu leków)
  1. Forsowanie diurezy
  2. Postępowanie objawowe, stosowanie odtrutek o ile są dostępne

**UWAGA:**

**pacjenci po zatruciach solami litu wymagają DIALIZY !!!**

# Leki **somatyczne** wybitnie niebezpieczne w przypadku intoksykacji

- Leki hipotensyjne
- Leki antyarytmiczne
- Leki hipoglikemizujące
- Insulina
- Teofilina
- paracetamol



# Leki psychiatryczne wybitnie niebezpieczne w przypadku intoksykacji

- TLPD
- Neuroleptyki
- Klozapina
- Leki przeciwdrgawkowe
- Barbiturany
- Sole litu





## Próba samobójcza przez powieszenie - postępowanie

- Stabilizacja odcinka szyjnego kręgosłupa
- Zabezpieczenie drogi dożylnej
- Monitorowanie funkcji życiowych
- TK przeglądowe głowy i odcinka szyjnego kręgosłupa
- Konsultacja neurologiczna
- Konsultacja laryngologiczna

# Postępowanie z pacjentem po próbie samobójczej

- Zapewnienie bezpieczeństwa
- Leczenie powikłań somatycznych próby
- Zebranie informacji nt. zdarzenia od chorego i świadków, wyjaśnienie motywów (mit: rozmowa nt. samobójstwa zwiększa jego ryzyko)
- Konsultacja psychiatryczna, na ogół hospitalizacja psychiatryczna
- Ścisła obserwacja uniemożliwiająca ponowienie działań samobójczych 6. Ustalenie możliwości zapanowania nad impulsami
- Farmako- i ewentualnie psychoterapia uwzględniająca obraz psychopatologiczny
- Ustalenie i zaktywizowanie źródeł oparcia



# ZACHOWANIA AGRESYWNE

## czynniki ryzyka

- Płeć męska
- Wiek 15- 25 lat
- Ubóstwo, niski poziom wykształcenia
- Słabe związki społeczne, uczuciowe (brak rodziny, izolacja, trudności wychowawcze, konflikty z prawem)
- Zachowania agresywne, stany dysforyczne w wywiadzie
- Słaba kontrola emocji (osobowość impulsywna, borderline, dysocjalna, upośledzenie, otępienie, organiczne zab. osobowości)
- Samouszkodzenia, znęcanie się nad zwierzętami



# ZACHOWANIA AGRESYWNE

## czynniki ryzyka

- Majaczenie
- Otępienie
- Zatrucia substancjami psychoaktywnymi
- Obecność ostrych objawów wytwórczych
- Niepełnosprawność intelektualna
- Zaburzenia osobowości - antisocjalne, graniczne, paranoidalne
- Stany maniakalne, stan mieszany w przebiegu CHAD



# ZACHOWANIA AGRESYWNE

## czynniki ryzyka

- Uzależnienia (zespoły abstynencyjne)
- Pobudzenie ruchowe
- Urojenia (zwłaszcza prześladowcze)
- Omamy imperatywne
- Dezorientacja, błędne interpretowanie otoczenia (zaburzenia świadomości, zespoły urojeniowe)
- Strach, dysforia
- Choroby somatyczne – guzy, urazy, stany zapalne i stan po udarze mózgu, choroby neurodegeneracyjne, SM, stany niedotlenienia OUN, stany hipoglikemii, nadczynność i niedoczynność gruczołu tarczowego

# Ocena zagrożenia agresją

POCZUCIE ZAGROŻENIA U LEKARZA  
OZNACZA, ŻE SYTUACJA JEST  
NIEBEZPIECZNA

**!POLEGAJ NA SWOJEJ INTUICJI !**

- Agresja wobec przedmiotów

# Zasady bezpieczeństwa – pacjent agresywny

- Odmowa kontaktu dopóki pacjent jest uzbrojony, wezwanie policji
- Badanie w obecności osób trzecich
- Korzystanie z pomieszczeń obszernych, bez sprzętów, których można użyć jako broni, z sygnalizacją zagrożenia
- Zapewnienie swobodnego dostępu do wyjścia
- Usunięcie osób wpływających prowokująco
- Zapewnienie obecności osób zwiększających poczucie bezpieczeństwa
- Uzyskanie informacji o okolicznościach zachowania agresywnego (kto i dlaczego wzywał pomoc? Co się wydarzyło? Kto już interweniował?)



# Pacjent agresywny - postępowanie

Art.18 UoOZP stosowanie przymusu bezpośredniego – vide seminarium „Aspekty prawne w psychiatrii”

**Zapewnij jak najszybciej bezpieczeństwo sobie, innym członkom personelu, pacjentom**

Leki

**1. Benzodiazepiny – przy mniej nasilonych zachowaniach agresywnych, leczenie z wyboru pobudzenia niepsychotycznego:**

Lorazepam 1-2,5 mg po. 0,5-2 mg im – można powtórzyć co 2-3 h, max 4-8 mg/d. Początek działania po godzinie, działanie przez ok. 6 h

Diazepam – 5-20 mg po. Długie działanie, ryzyko kumulacji

Klonazepam -1-2 mg p.o. lub i.m.

Klorazepat 5-50mg p.o. lub i.m.

# Pacjent agresywny - postępowanie

## ☐ Leki

### 2. Przeciwpсихotyczne – przy nasilonych zachowaniach agresywnych, stanach pobudzenia.

**Haloperidol** 1-2 mg im. Co 2-4 h – brak działania cholinolitycznego, relatywnie bezpieczny w ch. somatycznych, duże ryzyko obj. pozapiramidowych. Ostrożnie u chorych > 65 rż.

**Octan zuklopentyksolu** 25-150 mg co 2-4 dni, kontynuacja leczenia po.- lek o przedłużonym działaniu do 72 h. Nie należy podawać pacjentom którzy wcześniej nie byli leczeni LPP

**Arypiprazol** 9,75 mg im – co 2 h max. 30mg;

**Olanzapina** – 10 mg im; max 20 mg; działanie szybkie już po 15 min. Nie łączyć z BZD podawanymi i.v. oraz i.m.

## Signs of a Panic Attack



verywell

## Napady lęku panicznego

- ❑ Nie należy bagatelizować objawów somatycznych u pacjentów z wcześniejszym rozpoznaniem zaburzeń lękowych.
- ❑ Etiologia psychogenna powinna być stwierdzona wyłącznie po wykluczeniu przyczyn somatycznych!

# Stany/choroby somatyczne – do różnicowania

- CHNS, ostry zespół wieńcowy
- Zaburzenia rytmu serca
- Stany/schorzenia o różnej etiologii przebiegające z dusznością
- Nadczynność tarczycy
- Hipoglikemia
- Guz chromochłonny nadnerczy



# Badania dodatkowe w diagnostyce różnicowej

- Badanie fizykalne, pomiar temperatury ciała, HR, RR, częstość oddechów
- Poziom glikemii
- Morfologia
- TSH
- CRP
- Elektrolity
- Test panelowy na obecność SPA w moczu (THC, psychostymulanty!)
- EKG

# Napady lęku panicznego towarzyszące innym zaburzeniom psychicznym

- Zaburzenia nastroju – zaburzenia depresyjne, CHAD
- Zaburzenia psychotyczne
- Inne zaburzenia lękowe
- Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne
- Zaburzenia psychiczne związane z stresem
- Zaburzenia osobowości
- Zaburzenia psychiczne związane z używaniem SPA, ostre zatrucia, zespoły abstynencyjne

# Leki stosowane do przerywania napadu paniki

## Benzodiazepiny

- Alprazolam 0.25-1mg p.o.
- Lorazepam 1-2.5mg p.o.
- Diazepam 5-10mg p.o.
- Klonazepam 0.5-2mg p.o.

## W razie potrzeby możliwe podanie BZD parenteralnie

**BZD nie leczą lęku panicznego – działają tylko objawowo !  
Wysokie ryzyko uzależnienia !**

# MAJACZENIE



- ❑ Każde majaczenie to ostra psychoza z zaburzeniami świadomości
- ❑ Każde majaczenie to stan zagrożenia życia

## Osiowe objawy majaczenia

1. Zaburzenia świadomości (przymglenie, zmącenie)
2. Lęk
3. Omamy wzrokowe

# MAJACZENIE - objawy

---

- Dezorientacja
- Zaburzenia rytmów dobowych (nasilenie objawów wieczorem i w nocy)
- Omamy wzrokowe
- Omamy z innych zmysłów
- Wtórna interpretacja urojeniowa
- Nadwrażliwość na bodźce zmysłowe, iluzje patologiczne
- Nadmierna sugestywność (objaw Lipmana, objaw czystej kartki, nawleknięcia nitki)
- Często pobudzenie, dezorganizacja zachowanie, zachowania gwałtowne, nieprzewidywalne

# MAJACZENIE

- Deficyty poznawcze
- Deficyty uwagi
- Dysregulacja rytmów okołodobowych
- Dysregulacja emocjonalna
- Dysregulacja psychomotoryczna

10% przyjmowanych do szpitala pacjentów ma objawy majaczenia

10-30% rozwija majaczenie w trakcie hospitalizacji

15-53% rozwija majaczenie po zabiegach operacyjnych

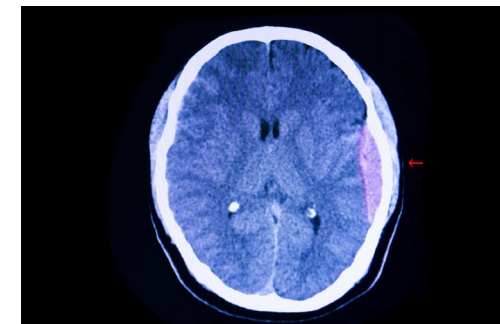
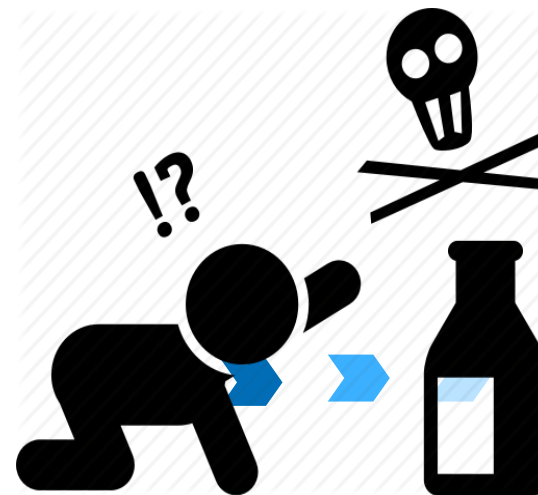
70-87% pacjentów OIT ma objawy majaczenia

# Majaczenie u młodszych pacjentów

## PRZYCZYNY

- Intoksykacja
- Zespoły abstynencyjne
- Bezpośrednie uszkodzenie OUN
- Stany pooperacyjne

Silniejszy bodziec wyzwalający



# Majaczenie = zespół objawów $\neq$ choroba

OGÓLNY STAN  
ZDROWIA np. infekcje

INTOKSYKACJA

ETIOLOGIA  
WIELOPRZYCZYNOWA

INNE  
np. deprivacja snu

# Mechanizm majaczenia somatogennego

- Uogólnione zaburzenie metabolizmu (substraty/produkty)
- Wtórne nagromadzenie toksyn endogennych i egzogennych



**Zaburzenia neuroprzekąźnictwa  
cholinergicznego, dopaminergicznego, serotonergicznego**

# CZYNNIKI RYZYKA

- Podeszły wiek
- Ciężka choroba somatyczna
- Ołępienie
- Przyjęcie do szpitala z infekcją lub odwodnieniem
- Zaburzenia widzenia
- Politerapia
- Unieruchomienie
- Cewnikowanie pęcherza moczowego
- Niedożywienie
- Deprywacja sensoryczna
- Izolacja społeczna



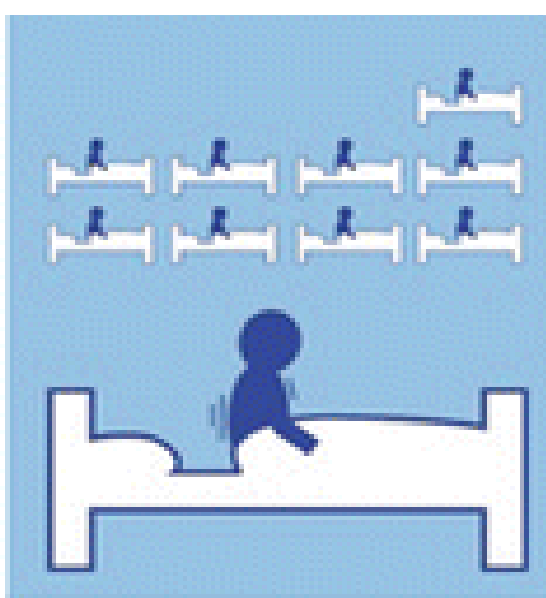
# PODTYPY MAJACZENIA

★ % przypadków wśród somatycznie chorych pacjentów w podeszłym wieku

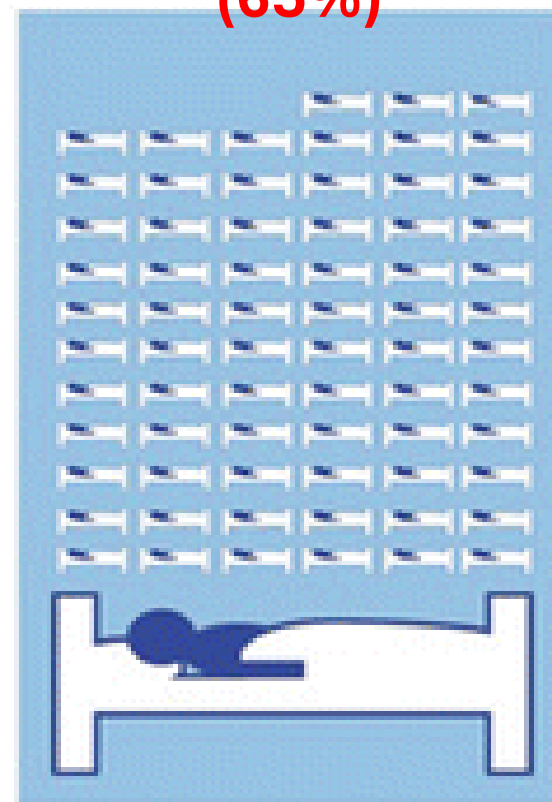
**Majaczenie hiperaktywne (25%)**



**Majaczenie mieszane (10%)**



**Majaczenie hipoaktywne (65%)**



## Podtyp majaczenia

## Charakterystyka objawów

### MAJACZENIE HIPERAKTYWNE

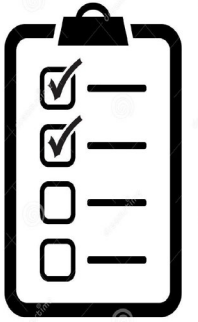
Pobudzenie psychoruchowe  
Agresja  
Niepokój  
Mowa szybka i głośna  
Nadmierna czujność  
Duża rozpraszalność uwagi  
Utrudniona komunikacja werbalna  
Omamy i urojenia  
Chwiejność emocjonalna

### MAJACZENIE HIPOAKTYWNE

Spowolnienie motoryczne, stupor  
Spowolnienie mowy  
Apatia znacznego stopnia  
Wrażenie sedacji  
Pacjent może sprawiać wrażenie depresyjnego  
Brak motywacji, wycofanie  
Ograniczenie mowy, mutyzm  
Opóźniony czas reakcji  
Często mylone z depresją lub otępieniem  
Ryzyko zatorowości płucnej, odleżyn

### PODTYP MIESZANY

Połączenie cech majaczenia hipo i hiperaktywnego



- Wykluczyć podłoże jatrogenne!!! (np. leki antycholinergiczne)
- Stosować minimalne dawki leków uspokajających i neuroleptyków
- Raczej stosować częściej małe dawki leków niż rzadziej dawki wysokie
- Stosować tylko jeden lek na raz
- Rozważyć redukcję lub odstawienie leków psychotropowych po ustąpieniu objawów (po 7-10 dniach).
- Przewlekłe leczenie neuroleptykami jedynie w nawracających zaburzeniach świadomości w przypadku braku możliwości wyeliminowania przyczyny somatycznej

<b>LEK</b>	<b>Dawkowanie</b>	<b>UWAGI</b>
<b>Haloperidol</b>	0,5-1mg 2x dziennie	Lek pierwszego wyboru, o udowodnionej skuteczności. Wydłuża QTc, wskazane monitorowanie EKG
<b>Kwetiapina</b>	12,5-50mg 2x dziennie, do 200mg/d	Lek pierwszego wyboru, niewielki wpływ na QTc
<b>Olanzapina</b>	2,5-5 mg/d, maksymalnie do 20mg/d	Znikomy wpływ na QTc, słabsza odpowiedź u pacjentów > 70rż
<b>Risperidon</b>	0,5mg 2x dziennie, maksymalnie do 4mg/d	Skuteczność porównywalna z olanzapiną, słabsza odpowiedź u pacjentów > 70rż
<b>Melatonina</b>	2mg / d	Profilaktyczne podawanie niskich dawek melatoniny u pacjentów OIT zmniejsza częstotliwość występowania majaczenia. Brak rekomendacji.
<b>Tiapryd</b>	50-200mg/d	Dobra tolerancja, niższe ryzyko objawów pozapiramidowych

- Pogłębiają zmęczenie świadomości
- Zaburzają funkcje poznawcze
- Ryzyko reakcji paradoksalnej z wtórnym nasileniem pobudzenia psychoruchowego



# Złośliwy zespół poneuroleptyczny (ZZPN)

Zespół objawów zagrażających życiu spowodowany: terapią lekami przeciwpsychotycznymi, innymi inhibitorami **receptora D2**, blokadą układu dopaminergicznego, dysfunkcją układu synaptycznego.

## Rozpowszechnienie:

- 3% ze względu na stosowanie LPP II generacji
- Wskaźnik śmiertelności z powodu ZZPN 10%

## Zwykle rozwija się w ciągu kilku dni od podania LPP :

- 16% w pierwszej dobie
- 66% w pierwszym tygodniu

# ZZPN - OBJAWY

1. Ustalony czynnik etiologiczny - przyjmowanie leku blokującego przekąźnictwo dopaminergiczne (LPP, metoklopramid)
2. Hipertermia > 38 C
3. Akinezja
4. Drżenie mięśniowe
5. Narastająca sztywność mięśni
6. Podwyższone ciśnienie, tachykardia, tachypnoe
7. Wzmoczona potliwość
8. Jakościowe zaburzenia świadomości
9. Lęk, niepokój, pobudzenie

Pacjent w ciężkim stanie ogólnym, pobudzenie raczej w obrębie łóżka



# ZZPN – odchylenia w badaniach laboratoryjnych

- Wzrost CPK (fosfokinazy kreatyninowej)  $> 400 \mu\text{m/L}$  -  
**wykluczyć inne przyczyny**
- Kwasica metaboliczna
- Hipoksja
- Leukocytoza  $> 15 \text{ tys/mm}^3$
- Mioglobinuria



# Różnicowanie ZZPN

- ❑ **Infekcje:** zapalenie opon i mózgu, ropień mózgu, posocznica
- ❑ **Neurologiczne zaburzenia psychiczne:** idiopatyczna złośliwa katatonia, zaburzenia afektywne, pobudzenie psychoruchowe, zaburzenia świadomości, nasilone objawy pozapiramidowe,
- ❑ **Przyczyny toksyczne i farmakologiczne:** ośrodkowy zespół cholinergiczny, zatrucie salicylanami, złośliwa hipertermia, zespół serotoninowy, zespół odstawienia agonistów DA
- ❑ **Przyczyny endokrynne:** tyreotoksykoza, pheochromocytoma

# ZZPN - postępowanie

- Rozpoznanie objawów prodromalnych

(narastająca sztywność, podwyższenie temperatury, mioklonie, dysfagia)

- Odstawienie podejrzanego leku

- Badania laboratoryjne

- Zabezpieczenie drogi i.v., cewnikowanie dróg moczowych, kontrola diurezy

- Monitorowanie funkcji życiowych

- Podawanie płynów, chłodzenie ciała

# ZZPN - leczenie

- Benzodiazepiny
- Leki dopaminergiczne: amantadyna 200-400 mg/d, bromokryptyna 2,5 mg 2- 3 x dziennie
- Dantrolen iv 1-2,5 mg/kg mc
- Leczenie przeciwzakrzepowe – heparyny drobnocząsteczkowe

**Konieczne przeniesienie do oddziału neurologicznego lub OIT**

Pacjenci, którzy przebyli ZZPN nie mogą otrzymywać leków przeciwpsychotycznych silnie blokujących receptory D2 – neuroleptyki z wyboru: **klozapina, kwetiapina**

# OŚRODKOWY ZESPÓŁ ANTYCHOLINERGICZNY

## Może wystąpić w trakcie leczenia:

- TLPD (amitryptylina)
- słabymi LPP I generacji (chlorprotyksen, tiorydazyna, lewomepromazyna),
- klozapiną, olanzapiną,
- BDZ (lorazepam, klonazepam),
- różnymi lekami internistycznymi, antybiotykami,
- często następstwo łączenia leków

# Objawy i postępowanie

- jakościowe zaburzenia świadomości (zespół majaczeniowy),
- suchość i zaczerwienienie powłok
- skórnych, wysychanie błon śluzowych,
- szerokie i sztywne źrenice,
- tachykardia,
- atonia jelit i pęcherza moczowego

**Leczenie: odstawienie cholinolityków, fizostygmina**



**Mad as a hatter**  
Altered mental status



**Blind as a bat**  
Pupillary dilation with loss of accommodation



**Red as a beet**  
Vasodilation with skin hyperemia



**Hot as a hare**  
Anhydrosis with temperature elevation



**Dry as a bone**  
Drying of mucosal surfaces and skin



**Full as a flask**  
Urinary retention



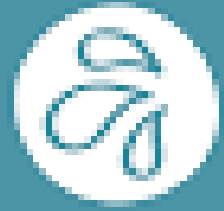
anxiety



confusion



diarrhea and  
vomiting



sweating



tremor



muscle stiffness  
(especially in legs)

# Zespół serotoninowy

Związany z nadmierną aktywnością układu serotoninergicznego Po lekach serotoninergicznyc: SSRI, IMAO, klomipraminie

## Objawy:

- Niepokój, pobudzenie, objawy maniakalne
- Mioklonie, drżenia mięśniowe, wzmożenie odruchów ścięgniowych i okostnowych
- Drżenia, dreszcze, zlewne poty
- Nudności, wymioty, biegunka
- Tachykardia, hipertermia
- Zaburzenia świadomości
- Objawy najbardziej swoiste: klonus i wzmożenie odruchów ścięgniowych

# Zespół serotoninowy - postępowanie

---

- Odstawienie leku działającego serotoninergicznie
- Sedacja BZD
- Fizyczne chłodzenie
- Przeniesienie na oddział somatyczny (interna/neurologia/OIT)

# Przypadek 1

Nieprzytomny 55-letni mężczyzna został przywieziony do szpitala przez Pogotowie Ratunkowe, wezwane przez kierowcę samochodu, który go potrącił, podczas gdy niespodziewanie wszedł on na jezdnię. Tomografia komputerowa głowy ujawniła krwiaka podtwardówkowego; ponadto stwierdzono złamanie przegrody nosowej. Po leczeniu zachowawczym chory odzyskał przytomność i przyznał się, że rzucił się pod samochód w celu samobójczym, oraz że wcześniej próbował się powiesić, ale sznur się urwał; później podciął sobie żyły nadgarstka, co potwierdzały rany w na obu kończynach górnych. W trakcie badania psychiatrycznego był prawidłowo zorientowany auto- i allopsychicznie, w nastroju wyrównanym, bez zaburzeń świadomości, nie zgłaszał żadnych dolegliwości psychicznych. Do próby samobójczej odnosił się krytycznie, twierdząc, że popełnił ją, bo "był pijany i nadmiernie pesymistycznie oceniał swoją sytuację finansową". Wcześniej przez 2 doby wypił około litra whisky. Nie chciał opowiedzieć więcej szczegółów dotyczących problemów finansowych, bo jego zdaniem "na trzeźwo nie wyglądają one tak poważnie". Na inne pytania dotyczące problemów życiowych i objawów zaburzeń psychicznych odpowiadał przecząco. Poirytowany próbą kontynuowania badania psychiatrycznego stwierdził, że "w szpitalu takich prób nie będzie podejmował, bo wie, że lepiej można to zrobić po wypisie".

- Diagnoza, diagnoza różnicowa, badania dodatkowe, konsultacje, postępowanie
- Czy hospitalizacja?
- W jakim trybie?
- Czynniki ryzyka ponowienia działań samobójczych?

# Przypadek 2

Pacjent lat 37, somatycznie poważnie nie chorował. Leczony psychiatrycznie z powodu schizofrenii od 1992 roku, trzykrotnie hospitalizowany (w 1992, 1993 i 1996 roku). W trakcie ostatniej hospitalizacji, ze względu na brak postępów leczenia, włączono Klozapol w dawce max. 500 mg. Wypisany do domu w stanie poprawy, systematycznie kontynuował terapię w warunkach ambulatoryjnych - ostatnio była to niewielka dawka 50 mg klozapiny. Na około tydzień przed przyjęciem do szpitala opisywał niewielkie nasilenie zaburzeń snu, niepokoju, lęku, z interpretacjami ksobnymi. Po konsultacji z lekarzem prowadzącym zwiększono dawkę leku do 75 mg. Wieczorem w dniu poprzedzającym przyjęcie czuł się dobrze, pod kontrolą ojca przyjął leki, poszedł nocować do swego mieszkania. Następnego dnia nie zjawił się u ojca, a ten zaniepokojony poszedł do niego. Znalazł pacjenta leżącego na podłodze - "powykręcane", nieprzytomnego, z objawami ślinotoku, szczękościsku, wzmożonego napięcia kończyn górnych, z przygryzionym językiem. Przywieziony do Izby Przyjęć WSZON w dniu 07.02.2004. w godzinach porannych, gdzie badaniem psychiatrycznym stwierdzono objawy zaburzeń świadomości o charakterze majaczenia bez logicznego kontaktu, z orientacją niemożliwą do ustalenia, z niepokojem w obrębie łóżka, z prawdopodobnymi urojeniami "dziania się". Badaniem ogólnym stwierdzono nieco wzmożone napięcie mięśniowe kończyn górnych i dolnych, powoli wzrastającą temperaturę ciała - do 37,5, RR 140/90, tętno 92/min. Poza tym, nie stwierdzono istotniejszych odchyleń. W badaniach dodatkowych - leukocytoza 18000, CPK 2130 U/l; glukoza - 208mg%. Zlecono wykonanie CT głowy, badanie płynu mózgowo-rdzeniowego - wyniki prawidłowe. Konsultowany neurologicznie i przez lekarza chorób zakaźnych (gł. ze względu na podejrzenie neuroinfekcji), internistycznie (celem wykluczenia intoksykacji). Ostatecznie w tym samym dniu pacjenta przyjęto do I.O. W oddziale obserwowano stopniowe narastanie objawów, z maksymalnym ich nasileniem w II- IV dobie pobytu - przy bardzo ciężkim stanie ogólnym, temperatura osiągała 40 st. C, występowały nasilone objawy pozapiramidowe o charakterze mioklonii, miernie wzmożone napięcie mięśniowe, ze sztywnością karku, objawy rzekomo opuszkowe typu dysfagii, dyzartrii, z prawdopodobnym skurczem krtani. Towarzyszyły temu ciężkie zaburzenia świadomości o typie majaczenia splątania. W badaniach dodatkowych narastały szybko wartości CPK - do 14250 U/l w II dobie. Po raz kolejny konsultowany neurologicznie - wykonano MR głowy (wynik prawidłowy). EEG - bez istotniejszych zmian.