



UNIwersytet
MEDYCZNY
W ŁÓDZI



OPERACJA INTEGRACJA

Stany nagłe w psychiatrii

Olga Kałużyńska



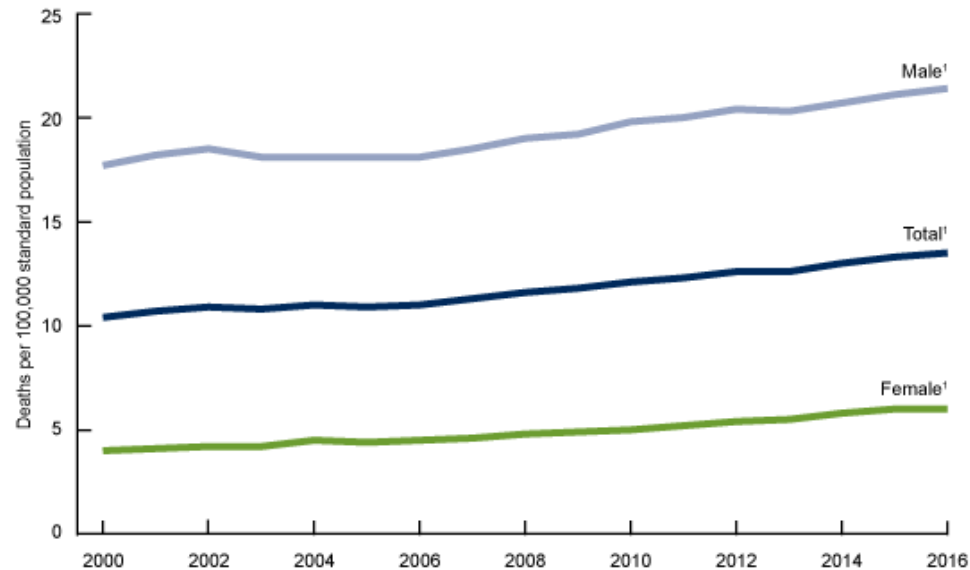
Stany nagłe w psychiatrii

Przygotowanie merytoryczne seminariów w formie prezentacji przypadków klinicznych w ramach projektu „Operacja - Integracja!” Zintegrowany Program Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (POWR.03.05.00-00-Z065/17) współfinansowany z Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Priorytet III. Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju.
Działanie 3.5 Kompleksowe programy szkół wyższych

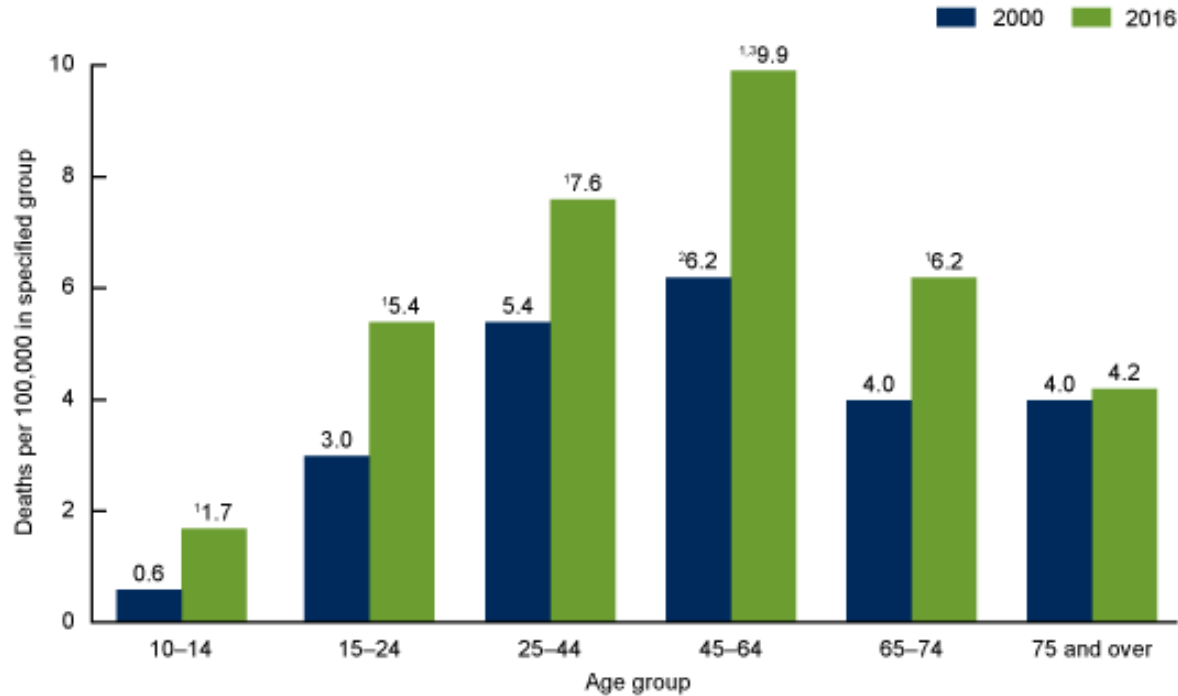
Stany nagłe w psychiatrii

- I. Samobójstwa
- II. Zachowania agresywne i stany pobudzenie
- III. Napady lęku panicznego
- IV. Majaczenie
- V. Ostre powikłania farmakoterapii- złośliwy zespół neuroleptyczny, zespół serotoninowy, zespół antycholinergiczny

Liczba samobójstw w USA w latach 2000-2016



Samobójstwa w grupach wiekowych w USA

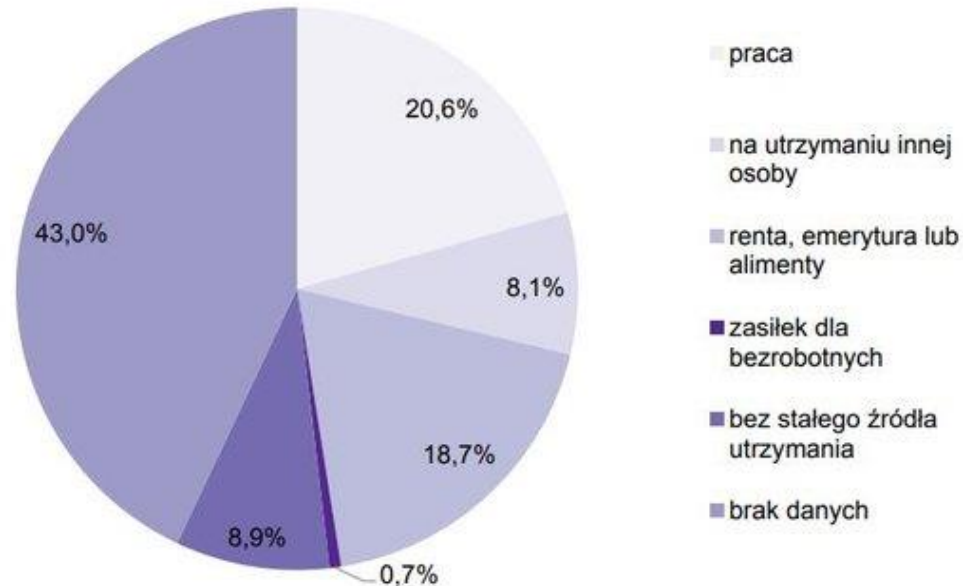


Samobójstwa w Polsce - epidemiologia

- W Polsce w 2016 r. śmiercią samobójczą zginęło więcej osób niż w wypadkach drogowych
- W 2016 r. Komenda Główna Policji odnotowała 9861 prób samobójczych, z czego blisko 55% (5405) przypadków, zakończyło się zgonem
- Mężczyźni popełnili 4638 samobójstw (85,8% przypadków), a kobiety 767. (14,2%)
- Samobójstwa częściej popełniano w miastach (56,1%) niż na wsi (43,9%.)
- W 2017 roku w Polsce odnotowano 5276 samobójstw
- W 2013 i 2014 r. śmiercią samobójczą zginęło ponad 6,1 tys. osób.

Wyszczególnienie	Osoby w zamachach samobójczych		W tym kobiety	
	ogółem	w tym zakończonych zgonem	ogółem	w tym zakończonych zgonem
Polska	9861	5405	2112	767
Dolnośląskie	608	450	137	87
Kujawsko-pomorskie	351	271	54	39
Lubelskie	465	341	80	45
Lubuskie	284	171	51	24
Łódzkie	1003	379	257	66
Małopolskie	1029	443	300	63
Mazowieckie	1033	771	184	115
Opolskie	244	129	48	17
Podkarpackie	441	239	69	17
Podlaskie	389	167	78	16
Pomorskie	461	293	87	34
Śląskie	1436	650	368	102
Świętokrzyskie	670	210	143	24
Warmińsko-mazurskie	483	232	88	26
Wielkopolskie	549	394	101	61
Zachodniopomorskie	415	265	67	31

Wykres 3. Struktura osób w zamachach samobójczych zakończonych zgonem według źródła utrzymania



Struktura osób w zamachach samobójczych zakończonych zgonem wg przyczyny zamachu

- W 3045 przypadkach zamachów samobójczych zakończonych zgonem udało się ustalić przyczynę odebrania sobie życia przez samobójcę
- Źródłem jednego zamachu może być więcej niż jedna przyczyna
- Najczęstszym powodem odebrania sobie życia była choroba psychiczna (819 przypadków)
- Do zamachów samobójczych zakończonych zgonem doprowadzały nieporozumienia rodzinne (363) oraz przewlekła choroba (359)

Sposoby popełnienia samobójstwa 2016

- 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

Epidemiologia samobójstw i prób samobójczych

- Mężczyźni dokonują samobójstwa 2- 4 x częściej
- W populacji ogólnej liczba samobójstw wzrasta z wiekiem, w zab. psychicznych najwięcej między 30-40 r. ż.
- U młodzieży i młodych osób dorosłych samobójstwo stanowi I lub II (po urazach) przyczynę zgonów
- Systematyczny wzrost liczby samobójstw, w Polsce o 35% od 1989 do 1999 r.
- Wskaźnik prób samobójczych do samobójstw: 10/1- wyższy u kobiet i w młodszych grupach wiekowych

Struktura osób w zamachach samobójczych zakończonych zgonem według grup wieku w Polsce

- Do 18 rż – 1,9%
- 19–24 – 7%
- 25–29 – 7,6%
- 30–49 – 33,4%
- 50–69 – 38%
- 70 lat i więcej – 12,1%

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

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

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

Czynniki ryzyka samobójstwa

8. W aktualnym obrazie psychopatologicznym: omamy imperatywne, urojenia winy, hipochondryczne, wysoki poziom niepokoju, pobudzenie, bezsenność, natręctwa związane ze śmiercią
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

Jak ocenić ryzyko samobójcze u pacjenta?

- Zamiar
- Plan
- Środki
- Przygotowania
- Następstwa

Postępowanie z pacjentem po próbie suicydalnej

1. Zapewnienie bezpieczeństwa
2. Leczenie powikłań somatycznych próby
3. Zebranie informacji nt. zdarzenia od chorego i świadków, wyjaśnienie motywów (mit: rozmowa nt. samobójstwa zwiększa jego ryzyko. W rzeczywistości empatyczny wywiad może mieć charakter terapeutyczny.)
4. Konsultacja psychiatryczna, na ogół hospitalizacja

Postępowanie z pacjentem po próbie suicydalnej

5. Ścisła obserwacja uniemożliwiająca ponowienie działań samobójczych
6. Ustalenie możliwości zapanowania nad impulsami
7. Wskazanie innych możliwości rozwiązania problemu
8. Farmako- i psychoterapia uwzględniająca obraz psychopatologiczny
9. Ustalenie i zaktywizowanie źródeł oparcia

Zachowania agresywne

Definicje

Pobudzenie – stan wzmożonej aktywności psychoruchowej związany ze wzrostem wrażliwości na bodźce zew. , zwiększonym napięciem emocjonalnym, zmniejszeniem progu odczuwania frustracji i ograniczeniem kontroli impulsów

Agresja – działanie fizyczne lub słowne zmierzające do spowodowania szkody fizycznej lub psychicznej skierowane na inną osobę, przedmiot lub na siebie

Stany dysforyczne – uzewnętrznianie negatywnych emocji przeżywanych nieadekwatnie do sytuacji takich jak: gniew, złość, wściekłość

Czynniki ryzyka zachowań agresywnych

- 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

Czynniki ryzyka zachowań agresywnych

- Majaczenie
- Otępienie
- Zatrucia substancjami psychoaktywnymi
- Obecność ostrych objawów wytwórczych
- Upośledzenie umysłowe
- Zaburzenia osobowości - antysocjalne, graniczne, paranoidalne
- Stany maniakalne, stan mieszany w przebiegu ChAD

Czynniki ryzyka zachowań agresywnych

- 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

1. Wypowiadane groźby
2. Drażliwość
3. Podejrzliwość
4. Podniecenie psychoruchowe
5. Niechęć w stosunku do lekarza
6. Dezorientacja
7. Stany zatrucia
8. Narastające podniecenie
9. Nadmierna ruchliwość
10. Wykrzykiwanie przekleństw
11. Uderzanie pięścią w ścianę, drzwi

Zasady kontaktu z pacjentem

- **Polegaj na swojej intuicji –
poczucie zagrożenia u badającego oznacza,
że sytuacja jest niebezpieczna**

Podstawowe zasady bezpieczeństwa w kontakcie z pacjentem agresywnym

- 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?)

Przeciwdziałanie zachowaniom agresywnym

Agresja przewidywana: inicjowanie kontaktu, dążenie do ujawnienia motywów oraz do poszukiwania skutecznych metod radzenia sobie z nimi przez chorego, udzielenie wyjaśnień o ich możliwym tle i źródłach.

Postawa lekarza powinna być zdecydowana, bezpośrednia, spokojna, neutralna. Należy unikać przedłużającego się kontaktu wzrokowego, osądzania, okazywania przewagi, podnoszenia głosu, ksobnych interpretacji wypowiedzi chorego

Przeciwdziałanie zachowaniom agresywnym

Agresja zagrażająca

1. Ocena zdolności pacjenta do kontroli impulsywnych zachowań.
2. Poinformowanie chorego, że mamy świadomość jego skłonności
3. Po udanej próbie kontaktu pomoc w uzyskaniu kontroli nad zachowaniem przez:
 - Umożliwienie uzewnętrznienia zagrażających emocji w niezagrażający sposób
 - Zwrócenie uwagi na odróżnienie myśli agresywnych od zachowań tego rodzaju

Przeciwdziałanie zachowaniom agresywnym

- Okazanie chęci pomocy w odzyskaniu samokontroli (zaoferowanie czasu, cierpliwości, zainteresowania, kompetencji)
- Wyjaśnienie pacjentowi jego aktualnej sytuacji emocjonalnej i zdrowotnej
- Zapewnienie możliwie spokojnych warunków
- Podanie leków uspakajających

Zasady stosowania przymusu bezpośredniego

Zgodnie z art. 18 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego przymus bezpośredni można stosować wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, które :

1. Dopuszczają się zamachu przeciwko
 - A) życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby
 - B) bezpieczeństwu powszechnemu
2. w sposób gwałtowny niszczą lub uszkodzają przedmioty w ich otoczeniu
3. Poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie opieki zdrowotnej

Zasady stosowania przymusu bezpośredniego

Przymus bezpośredni może polegać na:

- A) przytrzymaniu
- B) przymusowym podaniu leków
- C) unieruchomieniu lub izolacji z następczym ciągłym monitorowaniem

Zasady stosowania przymusu bezpośredniego

- Przygotować dostateczną ilość środków i osób (optymalnie 5, jedna osoba chroni głowę, pozostałe po jednej kończynie)
- Na znak osoby kierującej pozostałe chwytają po jednej kończynie i w pozycji leżącej przymocowują pasami do części łóżka
- Działanie nie może mieć cech agresji, odwetu (unikać komentarzy, krzyków)
- Środki unieruchamiające powinny być użyte skutecznie bez powstania u chorego urazów
- Usunąć niebezpieczne przedmioty z odzieży i otoczenia chorego
- Choremu należy wyjaśnić przyczyny unieruchomienia

Zasady stosowania przymusu bezpośredniego

- Po unieruchomieniu: nogi powinny być rozłożone, jedna ręka przy boku, druga nad głową, głowa nieco uniesiona
- Leki uspokajające podać jak najszybciej, po wykluczeniu, że pacjent nie znajduje się pod wpływem substancji psychoaktywnych
- Unieruchomionemu należy zapewnić ciągłą opiekę
- Czas unieruchomienia powinien być jak najkrótszy, lecz dawać względną pewność ustąpienia zagrożenia

Leki stosowane doraźnie w stanach agresji i pobudzenia

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

Leki stosowane doraźnie w stanach agresji i pobudzenia

- Klorazepat - 5-20 mg po. 20-50 mg im. długi okres półtrwania, ryzyko kumulacji
- Klonazepam 0,5-2 mg po, iv, im długi okres półtrwania, podawać w powolnym wstrzyknięciu dożylnym lub za pomocą wlewu iv

Leki stosowane doraźnie w stanach agresji i pobudzenia

2. Leki przeciwpsychotyczne – stosowane w pobudzeniu psychotycznym
- 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

Leki stosowane doraźnie w stanach agresji i pobudzenia

- 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.

Zasady

1. wybierać drogę doustną lub domięśniową podania leków
2. Haloperidol - może być konieczne podanie leku o działaniu antycholinergicznym np. biperidenu
 - Można łączyć haloperidol + benzodiazepin im.
 - Unikać lorazepamu u pacjentów z zaburzeniami świadomości
 - Nie podawać BZD u pacjentów w podeszłym wieku

Napady paniki

- Schorzenia wymagające różnicowania
- ChNS, zawał mięśnia sercowego
- Zespół hiperwentylacji
- Hipoglikemia
- Przełom tarczycowy
- Zespół rakowiaka
- Guz chromochłonny nadnerczy

Napady paniki

- Badania dodatkowe:
- Pomiar temp. ciała, RR, tętno, częstość oddechów
- Morfologia
- Glikemia
- Elektrolity
- Hormony tarczycy
- EKG

Napady paniki

Mogą występować w przebiegu zaburzeń psychicznych:

- Zaburzeń nastroju - zaburzeń depresyjnych, ChAD
- Zaburzeń psychotycznych
- Zaburzeń lękowych uogólnionych, OCD, fobii społecznej, zaburzeń adaptacyjnych, PTSD
- Zaburzeń spowodowanych używaniem substancji, ostrych zatruc lub zespołów abstynencyjnych

Napady paniki

Leki stosowane do przerwania napadu paniki:

- Alprazolam 0,25-1,0 mg po - działanie szybkie i silne
- Lorazepam 1-4 mg po, iv, im
- Klonazepam 0,5-2 mg po, iv, im
- Diazepam 2-10 mg po

Majaczenie

Ostry stan kliniczny charakteryzujący się występowaniem zaburzeń świadomości, uwagi, myślenia i zachowania, pamięci.
Wyraz zaburzenia homeostazy organizmu.

Majaczenie

- Częściej u osób w wieku podeszłym
- Po zabiegach chirurgicznych
- Przy współistnieniu zaburzeń poznawczych
- Może pojawić się u osób wcześniej zdrowych

Patofizjologia majaczenia

- Zaburzenia świadomości są zaburzeniem funkcjonalnym, a nie strukturalnym mózgu
- Obecność organicznego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego jest czynnikiem ryzyka majaczenia
- Duża rola zmniejszonego metabolizmu mózgu, zaburzeń w zakresie układów przekaźnikowych, a szczególnie **deficytu cholinergicznego**
- Znaczenie zapalenia manifestującego się uwalnianiem cytokin prozapalnych i pobudzeniem osi podwzgórze-przysadka-nadnercza
- Ostra niewydolność mózgu (acute brain failure)
- Starzenie się mózgu, powoduje zmniejszenie rezerwy czynnościowej i sprawia, że równowaga czynnościowa staje się chwiejna (częstsze majaczenie u osób starszych)

Majaczenie – najczęstsze przyczyny

- Przyczyny neurologiczne: infekcje, naczyniowe, nowotworowe, padaczka, uraz głowy
- Przyczyny ogólne – mataboliczne i niedoborowe, endokrynologiczne, infekcyjne
- Inne: leki o działaniu antycholinergicznym, toksyny

Majaczenie – najczęstsze przyczyny

- Leki o działaniu antycholinergicznym - u osób starszych unikać stosowania leków o działaniu cholinolitycznym, rozpoczynać terapię od bardzo małych dawek
- Bardzo wysoki potencjał cholinolityczny – tobramycyna, klindamycyna, ampicylina, kortykosteron, hydralazyna, kaptopryl, deksametazon, klozapina, olanzapina, amitryptylina.

Majaczenie – obraz kliniczny

1. Zaburzenia rytmu snu i czuwania
 - Bezsenność
 - Całkowita utrata snu
 - Odwrócenie rytmu snu i czuwania
 - Żywe marzenia senne
2. Zaburzenia funkcji poznawczych
 - Dezorientacja co do otoczenia i czasu
 - Zaburzenia uwagi

Majaczenie – obraz kliniczny

3. Zaburzenia pamięci – są stałym elementem majaczenia

- Upośledzenie pamięci świeżej
- Wyspy pamięciowe po przeminięciu majaczenia

4. Zaburzenia myślenia

- Toku – spowolnienie, przyspieszenie, dezorganizacja
- Treści - zmienne nieusystematyzowane sądy urojeniowe zwykle o treści prześladowczej

Majaczenie – obraz kliniczny

5. Zaburzenia spostrzegania

- Iluzje i omamy wzrokowe – zwierzęta , insekty, kolorowe przedmioty
- Proste omamy słuchowe

6. Zmienna bezcelowa aktywność ruchowa

7. Chwiejność emocjonalna

8. Wzmożona sugestywność – objaw Lipmana, czystej kartki, nawlekania nitki

Majaczenie – obraz kliniczny

- Przebieg krótki 10-12 dni
- Duża dobowa zmienność objawów
- Przebieg falujący

Majaczenie – postępowanie

1. Ustalenie etiologii

- Badania podstawowe- morfologia, elektrolity, mocznik, kreatynina, glukoza, transaminazy
- Temperatura ciała; badanie ogólne moczu, rtg klatki piersiowej, posiew krwi, obecność metabolitów SPA
- Mg, Ca, TSH, witamina B12,
- Gazometria,
- EKG, CT, MRI mózgu, EEG

Majaczenie – postępowanie

2. Odstawienie leków mogących powodować zaburzenia świadomości
3. Leczenie stanu somatycznego
4. Monitorowanie stanu pacjenta
5. Podanie leków

Majaczenie – postępowanie

- Haloperidol – 0,5-1 mg po, im co 2-4 h
- Risperidon 0,5-2 mg po
- Kwetiapina 25-100mg
- Tiapryd 50-200mg

Złośliwy zespół poneuroleptyczny

Zespół objawów zagrażających życiu

Spowodowany: terapią lekami przeciwpsychotycznymi, innymi inhibitorami receptora D2, blokadą układu dopaminergicznego, dysfunkcją układu synaptycznego

Złośliwy zespół poneuroleptyczny

Rozpowszechnienie:

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

Złośliwy zespół poneuroleptyczny

- Przyjmowanie leku blokującego przekazywanie dopaminergiczne (LPP, metoklopramid)
- Hipertermia $> 38\text{ C}$
- Akinezja, drżenie mięśniowe
- Narastająca sztywność mięśni
- Podwyższone ciśnienie, tachykardia, tachypnoe
- Wzmożona potliwość
- Jakościowe zaburzenia świadomości
- Lęk, niepokój, pobudzenie

Odchylenia w badaniach laboratoryjnych

- Wzrost CPK (fosfokinazy kreatyninowej) $> 400 \mu\text{m/L}$
- Kwasica metaboliczna
- Hipoksja
- Spadek stężenia osoczowego żelaza
- Podwyższenie stężenia katecholamin
- Leukocytoza $> 15 \text{ tys/mm}^3$
- Mioglobinuria

Czas wystąpienia

- Zwykle w ciągu kilku dni od podania LPP
- 16% w pierwszej dobie
- 66% w pierwszym tygodniu

Przebieg

- Samoograniczający po odstawieniu leku
- Ustąpienie objawów w ciągu 7-10 dni

Różnicowanie

- 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

Objawy	Katatonnia	ZZPN
Mutyzm	T	T
Śpiączka	RZADKO	T
Negatywizm	T	RZADKO
Sztywność	T	T
Giętkość woskowa	T	T
Stereotypie ruchowe	T	RZADKO
Dyskineza	RZADKO	T
Sugestywność	T	RZADKO
Stupor	T	T
Ambitendencja	T	RZADKO
Echofenomeny	T	RZADKO
Manierezmy	T	RZADKO
Gorączka	RZADKO	T
Autonomiczna niestabilność	RZADKO	T
Pobudzenie	T	RZADKO
Nieukierunkowana agresja	T	RZADKO

Złośliwy zespół poneuroleptyczny

Postępowanie:

- Rozpoznanie objawów prodromalnych (narastająca sztywność, podwyższenie temperatury, mioklonie, dysfagia)
- Odstawienie podejrzanego leku
- Badania podstawowe
- Leczenie objawów somatycznych
- Podawanie płynów, chłodzenie ciała
- Leki: BZD (lorazepam 1-2 mg)
 - 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

Zespół antycholinergiczny

Może wystąpić w trakcie leczenia: TCA, słabymi LPP I generacji (chlorprotyksen, tiorydazyna, lewomepromazyna), klozapiną, olanzapiną, BDZ, różnymi lekami internistycznymi, antybiotykami, często następstwo łączenia leków

Objawy:

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

Leczenie: odstawienie cholinolityków, fizostygmina

Zespół serotoninowy

Związany z nadmierną aktywnością układu serotonergicznego

Po lekach serotonergicznym: SSRI, IMAO, klomipraminie

Objawy:

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

Zespół serotoninowy

Czy pacjent przyjmował substancje o działaniu serotoninergicznym w ostatnich 5 tygodniach?



NIE



Wyklucz



TAK



drżenie, odruchy, klonus,
z. serotoninowy, temp. > 38, poty



z. serotoninowy

Różnicowanie

- Nasiloną aktywność mięśniową – ZZPN, złośliwa hipertermia, katatonia
- Mioklonie, klonus, wygórowane odruchy ścięgniste – zespół serotoninowy
- Wzmożona potliwość, zlewne poty – zespół serotoninowy, ZZPN, katatonia
- Ciepła sucha skóra – zatrucie substancją o działaniu antycholinergicznym

Postępowanie

- Odstawienie luku odpowiedzialnego za wystąpienie objawów
- Leczenie na OIT
- Sedacja: BZD
- Antagoniści receptorów 5HT_{2A}- cyproheptadyna 12-32 mg/d;
neuroleptyki np. olanzapina 10 mg, chlorpromazyna 50-100 mg im
- Fizyczne chłodzenie
- **Nie podawać: środków przeciwgorączkowych, propranololu,
bromokryptyny, dantrolenu**

Algorytm postępowania diagnostyczno–terapeutycznego (kolejne slajdy)

- Prezentacja przypadku klinicznego, rozpoznanie wstępne i zawężenie kręgu różnicowego
(z uwzględnieniem obciążeń somatycznych i przyjmowanych leków, wywiadu od rodziny)
- Badania dodatkowe, w tym laboratoryjne, obrazowe w zależności od obrazu klinicznego
- Opcjonalnie konsultacje psychologa klinicznego, lekarzy innych specjalności, w przypadku dzieci i młodzieży konsultacja rodzinna
Wybór podstawowej terapii (standardowe propozycje)
- Wskazania do hospitalizacji lub opieki specjalistycznej

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 Kłozapol w dawce max. 500 mg. Wypisany do domu w stanie poprawy, systematycznie kontynuował terapię w warunkach ambulatoryjnych - ostatnio była to niewielka dawka 50 mg kłozapiny. Na około tydzień przed przyjęciem do szpitala opisywał niewielkie nasilenie zaburzeń snu, niepokoju, lęku, z interpretacjami ksbnymi. 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, szczękocisku, 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 odchyień. 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. Towarzystwiły 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.

Przypadek 3

Pacjentka lat 50, z wywiadem zaburzeń depresyjnych, po kilkukrotnych próbach samobójczych, przywieziona została do KOZ w Lublinie z powodu samobójczego zatrucia lekami (Mocloxil, Miansegen, Velaxin, Tabex) oraz etanolem. Pacjentka prawdopodobnie zażyła 30 tabl. a 150 mg Mocloxilu (4500 mg moklobemidu), 14 tabl. a 75 mg Velaxinu (1050 mg welafaksyny), 10 tabl. a 30 mg Miansegenu (300 mg mianseryny) oraz 20 tabl. a 1,5 mg Tabexu (30 mg cytyzyny), które popija alkoholem. W chwili przyjęcia chora była nieprzytomna, w zapisie EKG obserwowano niewielką tachykardię 115/min, ponadto ciśnienie tętnicze krwi było podwyższone - 165/90 mmHg. Zastosowano intensywne leczenie objawowe (tlenoterapii biernej, nawadnianie z PWE, NaCl, Glukozy, KCl, Xylocaina, MgSO, Ampicyllinum, Furosemid). W badaniach laboratoryjnych: etanol: 2,52 g/l, testy na benzodiazepiny i trójcykliczne antydepresanty ujemne, w morfologii leukocytoza 13,1 tys. w Ul, hemoglobina 10,6 g/dl, MCV 73,4 fL, podwyższone stężenie kinazy keratynowej 372 U/L, pozostałe parametry (elektrolity, transaminazy, glukoza, białko całkowite, CRP, kreatynina) były w normie. Po około 3 godzinach od przyjęcia u pacjentki wystąpiła **tachykardia do 150/min, dalszy wzrost ciśnienia tętniczego do 170/80mmHg, utrzymywała się podwyższona temperatura ciała (do 37,3 stopni C), ponadto wystąpił obfity ślinotok, szczykościsk, mioklonie, drżenia włókienkowe całego ciała (drobnofaliste).**

W pobieżnym badaniu neurologicznym obecny był oczopląs poziomy. Do leczenia dołączono wlew Relanium, Mannitol,

Przypadek 4

Pacjentka A.B., lat 85, została przyjęta na oddział ogólninternistyczny w trybie ostrego dyżuru z rozpoznaniem niecharakterystycznych dolegliwości bólowych z zakresu jamy brzusznej. Ból brzucha wystąpił po raz pierwszy przed 3 dniami; zlokalizowany był w nadbrzuszu, pacjentka łączyła go z błędem dietetycznym. W dniu przyjęcia ból utrzymywał się bez przerwy. Pacjentka zgłaszała nudności, ostatni raz wymiotowała w godzinach porannych treścią żółciową; ostatni stolec barwy swoistej oddała w godzinach porannych. Podawała, że obecnie leczy się na nadciśnienie tętnicze, nie pamiętała nazw leków przyjmowanych przewlekle ani nazw leków zażywanych dodatkowo w okresie pojawienia się ostatnich dolegliwości. W badaniu fizykalnym: pacjentka przytomna, nieco spowolniała psychoruchowo, odpowiadała logicznie na zadawane pytania. Prawidłowo zorientowana co do miejsca, własnej osoby i obecnej sytuacji, nie potrafiła jednak podać bieżącej daty ani dat istotnych z punktu widzenia dotychczasowej historii medycznej. Wydolna krążeniowo i oddechowo, RR 120/83 mm Hg (pomiar na kończynie górnej prawej), 115/80 mm Hg (pomiar na kończynie górnej lewej), ASM: 70/min, 17 oddechów/min, T: 37°C. Brzuch wysklepiony poniżej poziomu klatki piersiowej, miękki, bolesny przy próbie palpacji powierzchownej w zakresie całej jamy brzusznej, perystaltyka słyszalna, leniwa. Osłuchowo nad polami płucnymi słyszalne były trzeszczenia obustronne – pacjentka nie współpracowała przy badaniu osłuchowym ze względu na nasilające się przy ruchach oddechowych dolegliwości bólowe brzucha. Obecne były cechy odwodnienia znacznego stopnia oraz uogólnione zaniki mięśniowe. W USG jamy brzusznej pętle jelit poszerzone. W przeglądowym zdjęciu rentgenowskim jamy brzusznej wykonanym na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR): widoczne poziomy płynów długości do około 5,5 cm, głównie w zakresie pętli wstępnicy, poprzecznicy oraz jelita esiczego; wolnego powietrza pod prawą flanką nie uwidoczniło. Na RTG klatki piersiowej w projekcji przednio-tylnej w pozycji leżącej: delikatne zagęszczenia w polu dolnym płuca prawego – przy obecnych warunkach (pozycja leżąca, wydech) obraz niejednoznaczny – może odpowiadać zmianom zapalnym; w polu dolnym prawym okrągły dobrze odgraniczony cień o średnicy około 10 mm, o niejasnym charakterze.

Przypadek 4

W badaniach laboratoryjnych wykonanych na SOR z istotnych odchyień od normy stwierdzono: stężenie kreatyniny 340,0 $\mu\text{mol/l}$ (norma: 44,0–124,0), stężenie mocznika 29,40 mmol/l (norma: 2,76–8,07), stężenie białka C-reaktywnego $>90,0 \text{ mg/l}$ (norma: $<10,0$). W ramach SOR pacjentka konsultowana chirurgicznie – podejrzenie niedrożności porażennej, wobec uchwytnej przyczyny metabolicznej. Wdrożono leczenie zachowawcze, przeciwbólowe oraz antybiotykoterapię o szerokim spektrum w dawkach dostosowanych do klirensu kreatyniny. W godzinach wieczornych w 2. dobie hospitalizacji pacjentka zapytana ponownie o dolegliwości bólowe brzucha odparła, że brzuch boli ją mniej (VAS 4/10), lecz to, co niepokoi ją najbardziej, to fakt, że jej matka poszła do sadu, zostawiając ją samotnie nad rzeką. W badaniu neurologicznym: pacjentka przytomna, podsypiająca – zasypia w trakcie badania, częściowo zorientowana co do własnej osoby, niezorientowana co do zaistniałej sytuacji, miejsca i czasu. Objawy oponowe nieobecne; bez objawów ogniskowych, bez niedowładów kończyn, bez zaburzeń czucia; odruchy głębokie osłabione, odruchy patologiczne nieobecne; chodu i równowagi nie oceniano.

Pozostałe wyniki badania fizykalnego stacjonarne w stosunku do opisu z dnia poprzedniego, diureza zachowana – mocz w cewniku Foleya żółty, mętny, 2500 ml (bilans płynów z 18 godzin).

Zlecono kontrolne badania laboratoryjne, wśród odchyień od normy uwagę zwracały: zaburzenia elektrolitowe pod postacią hiponatremii i istotna poprawa parametrów nerkowych w stosunku do poprzedniego dnia. W badaniu bakteriologicznym moczu: *Escherichia coli* – wdrożona w dniu przyjęcia antybiotykoterapia zgodna z antybiogramem.

Kwadrans po badaniu lekarskim, w trakcie wykonywania rutynowych procedur pielęgniarских, **pacjentka niespokojna, nielogiczna. Z relacji personelu pielęgniarского – podczas pobrania krwi próbowała wstać z łóżka, mówiąc, że spieszy się do swojej matki, która została sama w domu w odległej części Krakowa, nawoływała syna. Pacjentka bezkrytyczna w stosunku do swojego zachowania, na próbę wyjaśnienia przez opiekuna medycznego zaistniałej sytuacji zareagowała agresją, stanowczo odmawiała zgody na dalsze procedury diagnostyczne, tłumacząc, że „nie ma czasu na głupoty”.**

Pacjent lat 40, leczony psychiatrycznie od 3 lat z powodu depresji, nigdy nie hospitalizowany, z ujemnym wywiadem w kierunku chorób przewlekłych. Przywieziony do IP szpitala psychiatrycznego przez patrol policji, wezwany przez zonę pacjenta z powodu czynnej agresji wobec niej (szarpał ją za włosy, uderzył pięścią).

Wg żony - od kilku dni pobudzony, niespokojny, nie sypiał w nocy, przestał przyjmować posiłki, twierdząc, że „chcą go otruć”. Stał przed kościołem i na głos czytał Biblię.

W IP głośny, wulgarny, nielogiczny, groził personelowi, że „zaprowadzi tu wreszcie porządek”, usiłował kopnąć stojącego przy nim sanitariusza