



Postupy léčby nejčastějších akutních stavů v psychiatrii

Martin Hýža

Oddělení psychiatrické, FN Ostrava

Katedra neurologie a psychiatrie, OU

Urgentní stavy v psychiatrii

- Ne vždy musí být život ohrožující
- Dělení
 - Akutní psychotické stavy (různé etiologie)
 - Intoxikace
 - Syndromy z odnětí vč. deliria tremens
 - Akutní mánie
 - Depresivní stavy (suicidální tenze, agitované deprese)
 - Kvalitativní poruchy vědomí
 - Úzkostné dekompenzace
 - Nežádoucí účinky medikace: serotoninový sy, neuroleptický maligní sy, akutní dystonie a akatizie

Urgentní stavy v psychiatrii

1. Pacient sám požaduje pomoc, protože trpí
 - odvykací stavy, úzkostné poruchy, někdy deprese
2. Pacient ohrožuje sebe
 - deprese, psychózy, reaktivní poruchy
3. Pacient ohrožuje své okolí
 - psychózy, intoxikace
4. Ohrožení somatickou komplikací
 - intoxikace, odvykací stavy, poruchy vědomí, NÚ psychofarmak

Pacient pod vlivem návykové látky

- **Ebrietas simplex**
- Intoxikace **halucinogenem**
- Intoxikace **stimulanciem**
- **Další** - intoxikace PCP, ketaminem, GHB, těkavými látkami, thc a syntetickými kanabinoidy

Intoxikace stimulancií

- teofylin, teobromin, kofein, kokain, amfetamin, metamfetamin, fenmetrazin, metylfenidát, dexfenfluramin
- metamfetamin – je více potentní sympatomimetikum a má delší biol poločas (12 hod.); v ČR 20 tisíc problémových uživatelů
- Příznaky: mnohmluvnost, sebedůvěra, sexuální aktivita, zvýšení bdělosti, euforie
 - účinky stimulační i anestetické
 - snižují pocit únavy, hladu
 - euforie, zrychlené myšlení a rozhodování
 - zvýšení bdělosti, snížení potřeby spánku
 - zlepšení kognitivního výkonu, ale i poruchy pozornosti
 - zvýšení sebevědomí, nekritické přeceňování
 - klinický obraz podobný manickému syndromu
- **transientní psychotické epizody** u 10-15 % uživatelů
- terapie: **bzd** ev. NL; β -blokátory (metipranolol 5-10 mg)
- hospitalizace – teoreticky PZS, v praxi uzavřené oddělení psychiatrie

Intoxikace halucinogenem

1. **Syntetické:** LSD, difenyltryptamin, ketamin, dimetyltryptamin (inj.)
 2. **Houby:** psilocybin, psilocin
 3. **Rostliny:** meskalin, ayahuasca, ibogain, Salvia divinorum, peyotl..... (asi 100 druhů kvetoucích rostlin)
 4. (MDMA)
- Příznaky: euforie, pocity tělesného blaha, lehká nadnesenost, příjemná únava, neschopnost soustředění, iluze, halucinace, derealizace, depersonalizace; panická reakce (bad trip)
 - sympatomimetické účinky
 - **HPPD** – dny až týdny po expozici (flashbacks): vizuální disturbance, geometrické halucinace, narušené vnímání pohybu, negativní halucinace, tečky ve vzduchu, derealizace, depersonalisace. V léčbě – bzd (arousal)
 - Terapie: risperidon 1-2 mg/d, haloperidol do 5 mg/d; bzd, psychoterapie
 - LSD – spíše bzd

MDMA - ecstasy

- empathogen / entaktogen, halucinogen, stimulans
- desinhibice, euforie, energie, empatie
- MDEA, MDBD, MDA, časté kombinace s efedrinem, amfetaminem, halucinogeny aj.
- entaktogenní efekt přetrvává 2-4 hod.
- **po odeznění:** podrážděnost, nespavost, neklid – tlumí se thc, alkoholem, bzd, opiáty
- riziko serotoninového syndromu v kombinaci s SSRI
- terapie: při úzkosti – bzd, při tachyk. – BB, při psychotických přízn. - AP

Pacient v odvykacím stavu

- F10.3 Odvykací stav při závislosti na alkoholu
- F10.4 -“- s deliriem tremens
- F11.3 Odvykací stav při závislosti na opioidech
- F13.3 Odvykací stav při závislosti na sedativech

Odvykací stav při závislosti na alkoholu

- Příznaky: autonomní dysbalance - pocení, tachykardie, zvýšení TK, mydriáza, subfebrilie
- často dehydratace, leukocytóza, elevace JT, elektrolytové dysbalance
- terapie – benzodiazepiny (diazepam do 90 mg/24 hod.) v kombinaci s tiapridalem (do 1200 mg/24 hod.)
- odeslání – psychiatrické oddělení (otevřené)
- DT – mortalita okolo 5 %, typicky 3. den po poslední konzumaci, typicky u pacientů kolem 35-40 let, po 5-15 letech kariéry těžkého pití
- terapie – klomethiazol do 4,8 g/24 hodin (p.e.), jinak bzd
- odeslání – metabolická (nebo jiná) JIP

Odvykací stav při závislosti na opioidech

- klasifikace podle účinku
 - silní agonisté: morfium, meperidin, fentanyl, heroin (diacetylmorfin)
 - středně silní: propoxyfen, kodein, etylmorfin
 - parciální: buprenorfin
 - antagonisté: naloxon, naltrexon
- AS nastupuje v rozmezí hodin (heroin, braun, morfin) až dní (metadon, buprenorfin), odpovídá potenci, dávce a stavu organismu + anticipace
- neklid, průjem, slzení, bolesti svalů, pocení (chřipkovité příznaky)
- subfebrilie, nespavost, poruchy řeči, třes, nechutenství, dehydratace, tachykardie, hypertenze
- obecně nejde o život ohrožující stav (i bez léčby)

- terapie: substituce – buprenorfin 2-4 mg v jedné dávce, max 8-12 mg/d, postupné snižování během 1 týdne
- nebo metadon 10-40 mg/d
- symptomatická th – anxiolytika, spasmooanalgetika, hypnotika

Odvykací stav při závislosti na sedativech / hypnoticích

- benzodiazepiny, barbituráty, Z-hypnotika
- Příznaky:
 - dysforie, anxieta, poruchy spánku, nauzea, pokles tělesné hmotnosti, cefalea, nadměrné pocení, neklid
 - přecitlivělost vůči zvukům a světlu, pseudohalucinace, myalgie, hyperreflexie, ataxie
 - depersonalisace, derealizace, zmatenost
 - delirium, psychóza, epi paroxysmy, persistentní tinnitus
 - komplikuje se výskytem „rebound“ příznaků (úzkostných)
- postupy: snížení obvyklé dávky o 10-25 %, poté v průběhu týdne o 10-25 % denně
- nebo 50 % dávky vysadit rychle, 25 % pomaleji a zbytek ještě pomaleji

Delirantní pacient

- Diferenciální diagnostika
- Amence
- Nespecifická reakce na závažné poruchy mozkového metabolismu v důsledku příčin organických, somatogenních, při intoxikacích, ale i psychogenní (změna místa), farmakogenní (anticholinergika)
- Často při uroinfektech, bronchopulm. infektech, horečnatých stavech, dehydratacích, hypo- a hyperglykemiích, iontovém rozvratu, kard. insuff., akutních pankreatitidách....

Příčiny deliria

Intrakraniální	Extrakraniální
Tumory	Infekce
Trauma hlavy	KV poruchy
Neuroinfekce	Respirační insuff.
Demence	Generalizované nádory
CMP	Metabolické a endokrinní poruchy
Pozáchvatové období při epi	Nutriční faktory
	Anémie
	Toxické
	Sy z vysazení
	Pooperační stavy
	Velké ztráty krve
	Další....

Diff. dg. mezi deliriem a demencí

Příznak	Delirium	Demence
Počátek	Rychlý, obvykle v noci	Obvykle pozvolný
Trvání	Hodiny až týdny	Měsíce až roky
Průběh	Fluktuující v průběhu dne, zhoršení v noci	Relativně stabilní
Vědomí	Lucidní intervaly, kvalitativně narušeno	Obvykle lucidní
Motorické tempo	Snížené nebo zvýšené	Obvykle normální
Orientace	Fluktuující, narušena v čase	Může být nedotčena
Paměť	Krátkodobá narušena základ zachován	Narušena krátko- i dlouhodobá
Myšlení	Zpomalené nebo zrychlené	Chudé, narušeno abstraktní myšlení
Vnímání	Snově zkalené, často poruchy zvl. vizuální halu	Není často narušeno
Rytmus spánek – bdění	Vždy narušen až inverze	Přerušovaný spánek
Somatická choroba	Obvykle přítomna	Často chybí

Terapie deliria

- Je komplexní: detekce rizikových faktorů, léčba somatického onemocnění, péče o celkový tělesný stav, úprava prostředí
 - zevní stimulace, dostatek světla, informace o čase, místě, situaci, známé předměty, mluvit srozumitelně, navodit pocit bezpečí, korekce smyslových vad
- Symptomatická farmakoterapie
 - tiaprid 100 mg inj./tbl. do 1200 mg/d
 - melperon 25 mg tbl., do 150 mg/d
 - haloperidol 1,5 mg tbl., 5 mg inj.
 - risperidon tbl., tbl. disp., sol.
 - (benzodiazepiny)

Psychotický pacient

- Schizofrenie, schizoafektivní poruchy, akutní a přechodné psychotické poruchy, poruchy s bludy
- Na rozvoj neklidu má silný vliv současný abúzus psychoaktivních látek – větší než samotná dg. psychotického onemocnění!
- AP pro p.e. podání
 - AP 1 G – sedativní (chlorpromazin, levopromazin, zyklopentixol)
incizivní (haloperidol)
 - AP 2 G – olanzapin, ziprasidon, aripiprazol
 - alternativně kapky, sirup, rychle rozpustné tbl.
- Akutní mánie → olanzapin, haloperidol
- Katatonie

Olanzapin

- 10 mg inj., tbl., tbl. dis.
- **Účinný v redukci akutní agitovanosti** u pac se schizofrenií, schizoafektivní poruchou, bipolární poruchou a demencí (není indik)
- Vrchol plazmatické koncentrace za 15-30 min po inj. (3-6 hod. u orální formy)
- Též k léčbě agitovanosti u mánie (i bez psychotických příznaků)
- Riziko akutní hypotenze nebo bradykardie
- Nedoporučuje se paralelní aplikace i.m. olanzapinu s bzd (kardiální komplikace)

Haloperidol

- tbl, 2 mg/ml gtt, 5 mg inj.
- Výrazná účinnost na pozitivní příznaky, agitovanost a agresivitu, nemá výrazný sedativní efekt
- Též doporučen pro léčbu agitovanosti u mánie
- Nezpůsobuje hypotenzi, lehce snižuje práh pro vznik epi paroxysmů, bez anticholin. NÚ
- Riziko expy NÚ – dystonie, akatizie

Sedativní FGA

- Chlorpromazin
 - 25 mg inj.
 - Výrazný sedativní efekt, nespecifická th. neklidu
- Levomepromazin
 - 25 mg inj.
 - Výrazný sedativní efekt, pro léčbu akutního neklidu
- Zyklopenthixol – Cisordinol Acutard 50 mg inj.
 - Pro léčbu akutního neklidu u hospitalizovaných pacientů
 - Max plasmat. koncentrace za 24-48 hod.
 - Účinek přetrvává 2-3 dny
 - Často expy, vertigo

Úzkostný pacient

- Panická porucha – náhlé nečekané záchvaty úzkosti s intenzivními vegetativními příznaky (zemřu, zkolabuji, mám infarkt, zešílím...), vysoká míra autospekce a bludný kruh úzkosti
- První pomoc: bzd, Mg, pohovor, řízené dýchání
- Agitovaná deprese → olanzapin, bzd

Pacient s demencí / mentální retardací

- BPSD – včetně agresivních projevů, verbálních i brachiálních... agitovanost, inverze cyklu spánek/bdění, naříkání, vykřikování, bloudění, stereotypie, vulgarismy...
- Psychotické příznaky – vizuální halu/iluze, paranoidně persekuční, typicky blud okrádanosti
- X amnestický syndrom – ztráta vstřípivosti paměti
- Léčba poruch chování – melperion, haloperidol, tiaprid, risperidon

Suicidální pacient

- Suicidální chování je málo predikovatelné, rizikové faktory nespecifické, farmakologická intervence nejasná. Právní dopady...
- Suicidalita není nemoc, ale příznak
- ČR – 1500 sebevražd ročně, muži:ženy = 5:1
- Dotazy: TS v anam., konkrétní plán, razance, pravděpodobnost záchrany, dopis na rozloučenou, plány do budoucna, hodnoty a ukotvení; lituje?, sociální zázemí
- Zejm. depresivní pacienti (prevalence 500:1); psychotický, intoxikovaný...

Přístup k suicidálnímu pacientovi

- Navázat kontakt, zachovat klid
- Zhodnotit míru ohrožení
- Snížit míru nebezpečí (přesvědčit, aby odhodil zbraň...)
- Vyjádřit zájem, najít záchytný bod (důvod, proč žít)
- Nabídnout alternativu řešení
- Specifický plán, možnost pomoci
- Uzavřít kontrakt o nespáchání sebevraždy

Zásady přístupu k neklidnému / agresivnímu pacientovi

- Hovořit o problému, umožnit racionální argumentaci, nabídnout řešení
- Psychotické projevy (bludy, halucinace) nevyvracíme, ale trpělivě vyslechneme
- Klidný, rozvážný postoj, nechat možnost volby
- Osobní bezpečnost (vzdálenost, dveře)
- Možnost zajištění fyzické převahy
- Omezovací prostředky
- Farmakoterapie (dle dg.)
- Nejspolehlivějším prediktorem je předchozí anamnéza násilných projevů

Zásady přístupu k neklidnému / agresivnímu pacientovi

- ústupová cesta
- citlivě prezentovat převahu
- ev. nebránit útěku
- odstranit z dosahu nebezpečné předměty
- dodržovat bezpečnou vzdálenost
- vyžádat si výpomoc (PČR, ochranka)

Deeskalace

- dostatečný čas a vhodný prostor
- informace o příčinách a souvislostech
- postoj
- respekt k neverb. signálům a osobnímu prostoru
- jednání vsedě
- omezení zevních stimulů
- komunikovat srozumitelně, prostor pro ventilaci emocí
- vyjádření empatie
- ponechat čas k rozhodnutím
- vystupovat z pozice osoby ochotné pomoci
- nikoliv konfrontace, ale diskuse, brát pac. jako partnera
- farmakoterapie

Omezovací prostředky

- Úchop, ochranné pásy, kurty, síťové lůžko, izolační místnost, ochranný kabátek nebo vesta (HKK), p.e. podání psychofarmak
- Je-li nevyhnutelné odvrátit bezprostřední ohrožení života nebo bezpečnosti pacienta nebo jeho okolí, po nezbytnou dobu
- Dokumentace!

martin.hyza@fno.cz