

Akutní stavy v psychiatrii

E. Bartečků¹, J. Hořínková¹, upraveno na základě prezentace MUDr. M. Hýži, Ph.D.³

1. Psychiatrická klinika, LF MU a FN Brno

2. Psychiatrické oddělení, FN Ostrava

Možné obrazy akutních stavů

- Akutní stavy v psychiatrii jsou stavy, které vyžadují neodkladnou péči.
- Akutní stavy v psychiatrii jsou často doprovázeny **neklidem a agitovaností**.
- ▽ Důvody, které vedou k tomu, že se pacient v rámci akutního stavu dostane do kontaktu se zdravotnickými službami:
 - ▷ Pacient sám požaduje pomoc
 - ▷ Pacient ohrožuje sám sebe
 - ▷ Pacient ohrožuje své okolí
 - ▷ Pacient je ohrožen somatickou komplikací

Diferenciální diagnostika

- ▽ Kvalitativní poruchy vědomí
- ▽ Stav související s psychoaktivními látkami
 - ▷ Intoxikace
 - ▷ Syndromy z odnětí včetně deliria tremens
- ▽ Závažné průběhy duševních poruch
 - ▷ Akutní psychotické stavy různé etiologie
 - ▷ Akutní mánie
 - ▷ Akutní stavy související s depresí
 - ▷ Úzkostné dekompenzace
 - ▷ Katatonie
- ▽ Poruchy chování
 - ▷ U demence
 - ▷ U mentální retardace
- ▽ Nežádoucí účinky medikace
 - ▷ Serotoninový syndrom
 - ▷ Neuroleptický maligní syndrom
 - ▷ Akutní extrapyramidové nežádoucí účinky

1 Zásady při kontaktu s pacientem

Neklidný a agresivní pacient

- Agitovanost je behaviorální syndrom.
- Jakožto syndrom je agitovanost nespecifická a může se objevit u množství různých stavů a poruch.
- Agitovanost vyžaduje okamžitou intervenci:
 1. Snížit rizika pro všechny zúčastněné
 2. Zmírnění neklidu
 - ▷ Deeskalace
 - ▷ Omezovací prostředky

1 Snížit rizika pro všechny zúčastněné

- Odstranit z dosahu nebezpečné předměty
- Dodržovat bezpečnou vzdálenost
- Mít ústupovou cestu (např. dveře za svými zády)
- Možnost zajištění fyzické převahy
 - ▷ K dispozici alespoň 4 + 1 člen týmu
 - ▷ V krajním případě přivolat pomoc (ochranka, policie)
- V některých situacích nebránit útěku
- Při hodnocení rizik je nejvýznamnější prediktor předchozí anamnéza násilných projevů

2 Zmírnění neklidu

- Prvním krokem by měla být snaha o tzv. deeskalaci
- Omezovací prostředky jsou až možnost po-té co snaha o verbální deeskalaci nebyla úspěšná

Deeskalace

1. Navázat verbální kontakt s pacientem
2. Snaha navázat s pacientem spolupráci
3. Verbálně vyvést pacienta z agitovaného stavu

Deeskalace

▽ Prostředí

- ▷ Klidné prostředí, omezení zevních stimulů
- ▷ Dostatečný čas a vhodný prostor

▽ Neverbální komunikace

- ▷ Zachovávat osobní prostor pacienta
- ▷ Dbát na vlastní nonverbální komunikaci
- ▷ Sledovat neverbální signály pacienta

▽ Komunikace

- ▷ Komunikovat srozumitelně
- ▷ Nikoliv konfrontace, ale diskuze, brát pacienta jako partnera
- ▷ Psychotické prožitky nevyvracet, ani nepodporovat, pouze vyslechnout
- ▷ Vystupovat z pozice osoby ochotné pomoci
- ▷ Vyjádření empatie
- ▷ Informace o příčinách a souvislostech
- ▷ Dát prostor k ventilaci emocí
- ▷ Ponechat čas k rozhodnutím

Omezovací prostředky

▽ Lze použít pokud

- ▷ Předchozí snaha o deeskalaci selhala
- ▷ Je nevyhnutelné odvrátit bezprostřední ohrožení života nebo bezpečnosti pacienta nebo jeho okolí

▽ Délka užití omezovacích prostředků

- ▷ Pouze po nezbytnou dobu

▽ Zvláštní opatření

- ▷ Dokumentace o užití omezovacích prostředků

▽ Možnosti

- ▷ Úchop
- ▷ Ochranné pásy a kurty
- ▷ Síťové lůžko
- ▷ Izolační místnost
- ▷ Ochranný kabátek nebo vesta
- ▷ Psychofarmakologické prostředky

Suicidální pacient

- Suicidalita je, stejně jako agitovanost, nespecifický soubor příznaků, který se může vyskytnout v rámci různých psychiatrických poruch a při jiných situacích.
- Suicidalitu lze považovat za poruchu pudu sebezáchovného
- Suicidální chování je obtížně predikovatelné
- **Nejvýznamnější rizikový faktor je** suicidální pokus v anamnéze

Rizikové a protektivní faktory

RIZIKOVÉ FAKTORY

- Suicidální pokus v osobní anamnéze
- Suicidální pokus v rodinné anamnéze
- Duševní porucha současná nebo v anamnéze, zejména deprese
- Nadužívání psychoaktivních látek
- Chronické tělesné onemocnění
- Impulzivní nebo agresivní tendence
- Ztráta, beznaděj
- Dostupnost smrtících prostředků
- Sociální izolace
- Bariéry v dostupnosti psychiatrické péče
- Kulturní a náboženské faktory
- Lokální epidemie sebevražd

PROTEKTIVNÍ FAKTORY

- Snadná dostupnost péče o duševní zdraví
- Současná podpora profesionály v péči o duševní zdraví
- Podpora rodiny a komunity
- Dovednosti v řešení problémů
- Kulturní a náboženské zvyklosti a víra podporující sebezáchovné instinkty

Přístup k suicidálnímu pacientovi

- Navázat verbální kontakt
- Zhodnotit míru ohrožení
- Snížit míru nebezpečí (přesvědčit, aby odhodil zbraň apod.)
- Vyjádřit zájem
- Najít záchytný bod
- Nabídnout alternativu řešení
- Nabídnout pomoc a specifický plán pomoci

2 Diferenciální diagnostika

Důvody k diferenciální diagnostice

- Z výše uvedeného plyne, že manifestace řady akutních stavů v psychiatrii jsou nespecifické.
- Je proto nutná pečlivá diferenciální diagnostika, jejíž cíle jsou
 1. Identifikovat případnou somatickou příčinu, která může vést ohrožení pacientova zdraví a života:
 - ▷ Intoxikace
 - ▷ Závažné somatické onemocnění
 2. Poskytnout vodítka k další intervenci

Důležité body

- ▽ Osobní anamnéza
 - ▷ Má pacient anamnézu duševní poruchy?
 - ▷ Má pacient anamnézu jiných onemocnění?
- ▽ Vyšetření
 - ▷ Vždy je nutné vyloučit intoxikaci
 - ▽ Další somatická vyšetření k vyloučení jiných onemocnění:
 - ▷ Odběry (biochemie, krevní obraz)
 - ▷ Event. zobrazovací vyšetření mozku dle klinického stavu

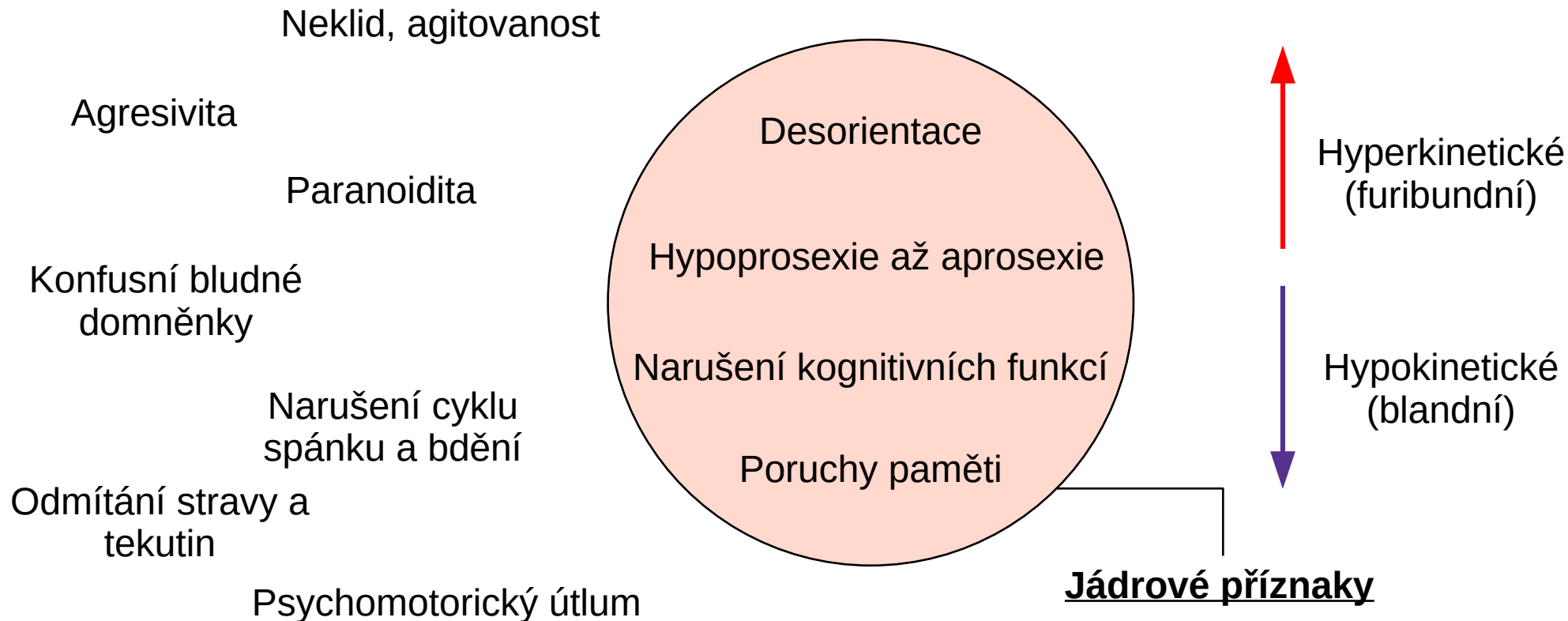
3 Jednotlivé stavy

Delirium

- Delirium je klinický syndrom, který je projevem akutní, etiologicky nespecifické globální dysfunkce mozku.
- Na vulnerabilním terénu (například kognitivní deficit) vzniká delirium snadněji.
- Pozor! Manifestace deliria může být kontraintuitivní (např. hyperaktivní delirium při intoxikaci benzodiazepiny)

Delirium - příznaky

Přidružené příznaky



Delirium vs. demence

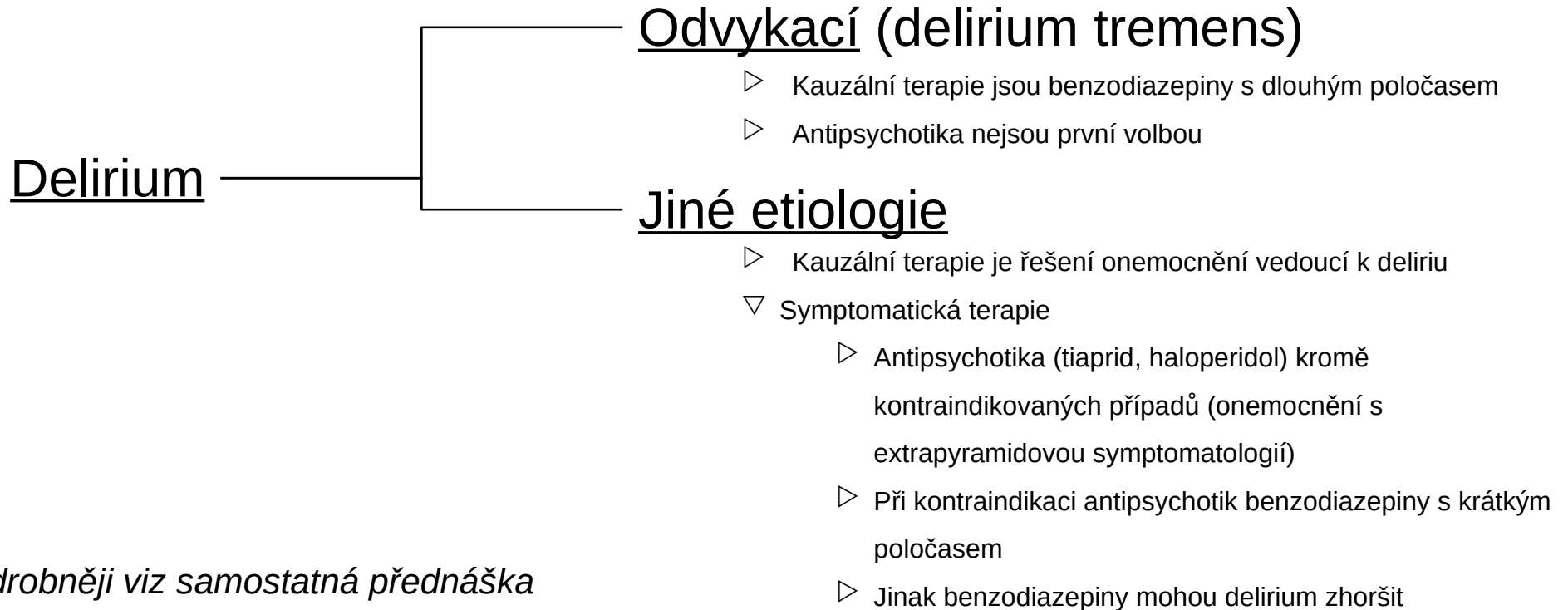
Příznak	Delirium	Demence
Počátek	Rychlý, často večer nebo v noci	Obvykle pozvolný
Trvání	Hodiny až týdny	Měsíce až roky
Průběh	Fluktuje v průběhu dne	Relativně stabilní
Vědomí	Fluktuující kvalitativní porucha	Obvykle lucidní
Motorické tempo	Zvýšené nebo snižené	Obvykle normální
Orientace	Fluktuující, narušena v čase	Může být nedotčena
Paměť	Krátkodobá narušena	Narušena krátko- i dlouhodobá
Myšlení	Brady- nebo tachypsychismus	Nevýpravné, zabíhavé
Vnímání	Časté poruchy charakteru iluzí a halucinací	Často bez poruchy
Rytmus spánek - bdění	Narušen, často spánková inverze	Různé poruchy spánku
Somatická choroba	Často přítomná	Nemusí být

Delirium vs. demence

- Pozor! Údaje v tabulce jsou pouze orientační.
- Největší hodnotu má:
 - ▷ Informace o počátku
 - ▷ Informace o průběhu
- Na terénu demence vzniká delirium snadněji, řada pacientů může mít oba stavy.
- Často bez informace od primárních pečovatелů nelze průřezově jednoznačně rozhodnout, zda se jedná o delirium nebo demenci

Delirium – difdg. a management

- Diferenciální diagnostika deliria je komplexní.
- Pro management je nejdůležitější následující rozlišení



- *Podrobněji viz samostatná přednáška*

Akutní intoxikace

Akutní intoxikace

Ohrožení zdraví pacienta

- ▷ Řešit přímé (samotná intoxikace) nebo nepřímé ohrožení zdraví pacienta (například úraz) lékaři odpovídající specializace

Pouze behaviorální symptomy

- ▷ Záchytné stanice
- ▷ Pouze ve výjimečných případech psychiatrická oddělení

▽ Při volbě prostředků ke zvládnutí behaviorálních poruch u intoxikovaných pacientů je nutné vždy brát v úvahu riziko dalšího zhoršení stavu, zejména riziko interakcí psychofarmak s látkou či látkami, kterou je pacient intoxikován, např.:

- ▷ Útlum dechového centra (kombinace sedativních látek)
 - ▷ Arytmie (kombinace např. stimulancií a antipsychotik)
- *Podrobněji viz samostatná přednáška*

Odvykací stavy

- ▽ Závažné (i život ohrožující) jsou zejména u sedativních látek:
 - ▷ Alkohol
 - ▷ Sedativa
 - ▷ Opioidy
- ▽ Příznaky odvykacího stavu jsou často opačné oproti příznakům akutní intoxikace danou látkou.
- ▽ Princip terapie je substituovat nadužívanou látku stejnou nebo podobně účinkující látkou a postupně tuto substituci vysazovat.

Odvykací stavy

Látka	Substituce
Alkohol	Benzodiazepiny
Benzodiazepiny	Benzodiazepiny
Z-látky	Benzodiazepiny
Opioidy	<u>Mírný</u> – benzodiazepiny a spasmolytika <u>Střední a těžký</u> – opiátoví agonisti (methadon, buprenorphin)

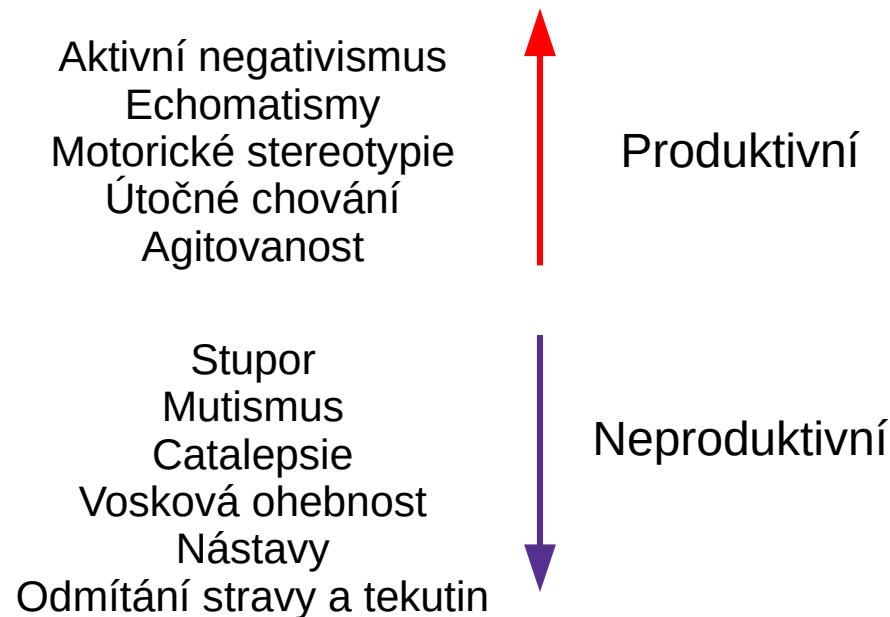
- *Podrobněji viz samostatná přednáška*

Akutní stavy u psychiatrických poruch

- Psychotické poruchy
 - ▷ Akutní psychotické poruchy
 - ▷ Schizofrenie
- Poruchy nálady
 - ▷ Mánie
 - ▷ Deprese
- Úzkostné poruchy
- Poruchy osobnosti

Katatonní syndrom

- Nespecifický syndrom – příznaky zahrnují narušení vůle a psychomotoriky
- ▽ Etiologicky nespecifický, možné příčiny zahrnují například:
 - ▷ Poruchy nálady (deprese nebo mánie s psychotickými příznaky)
 - ▷ Schizofrenie
 - ▷ Organické poruchy



Akutní stavy u psychiatrických poruch

- Management se může řídit dle přítomných příznaků

Příznak	Léčiva ke zvážení
Úzkost	Benzodiazepiny
Neklid a agitovanost	Antipsychotika
Agresivita (auto- nebo hetero-)	Antipsychotika
Katatonie	Benzodiazepiny
Poruchy chování u demence	Až na výjimky vyhýbat se benzodiazepinům a anticholinergním látkám

Příklady léčiv

○ Olanzapin

- ▷ Intramuskulární injekce ($T_{\max} = 15 - 30$ min)
- ▷ Tablety a dispergovatelné tablety ($T_{\max} = 3 - 6$ hodin)
- ▷ Antipsychotikum ze skupiny MARTA (multireceptoroví antagonisti)
- ▷ Např. při agitovanosti u psychotických poruch, mánie, deprese s psychotickými příznaky
- ▷ Anticholinergní účinek – při demenci možné riziko deliria
- ▷ Při i.m. podání riziko hypotenze nebo bradykardie
- ▷ Nedoporučuje se paralelní aplikace i.m. olanzapinu s jinými sedativními látkami, zejména benzodiazepiny. Je vhodný několikahodinový odstupl

Příklady léčiv

○ Haloperidol

- ▷ Intramuskulární injekce, kapky, tablety
- ▷ Incizivní antipsychotikum
- ▷ Výrazná účinnost na pozitivní příznaky, agitovanost a agresivitu, nemá výrazný sedativní efekt
- ▷ Při nutnosti sedativního efektu možno přikombinovat benzodiazepin (typicky clonazepam nebo midazolam)
- ▷ Nezpůsobuje hypotenzi, bez anticholinergních nežádoucích účinků
- ▷ Riziko extrapyramidových nežádoucích účinků
- ▷ Naprosto nevhodný u pacientů s Parkinsonovou nemocí, nemocí s Lewyho tělísky a jinými onemocněními s extrapyramidovými příznaky
- ▷ Již se nesmí podávat i.v. pro riziko prodloužení QT intervalu a arytmí

Příklady léčiv

○ Metotrimeprazin (neboli Levomepromazin)

- ▷ Intramuskulární injekce, tablety
- ▷ Sedativní antipsychotikum
- ▷ Výrazný sedativní efekt
- ▷ Častý nežádoucí účinek je hypotenze

○ Tiaprid

- ▷ Intramuskulární injekce, tablety
- ▷ Antipsychotikum ze skupiny D2/D3 antagonistů
- ▷ V ČR poměrně hojně užívaný v podobných situacích jako haloperidol

Příklady léčiv

○ Clonazepam

- ▷ Injekce pro intramuskulární podání, intravenozní podání, tablety
- ▷ Benzodiazepin
- ▷ Lze využít například při výrazné anxietě a tenzi nebo při katatonní symptomatologii

○ Midazolam

- ▷ Injekce pro intramuskulární a intravenozní podání, tablety
- ▷ Krátký T_{\max} (asi 30 minut při i.m. podání), krátký $T_{1/2}$ (1.5 – 2.5 hod)
- ▷ Silný sedativní účinek
- ▷ Lze podat k mírnění agitovanosti v rámci deliria u pacientů, u kterých jsou kontraindikována antipsychotika (např. Parkinsonova nemoc).
- ▷ U seniorů dávkovat opatrně!

Nežádoucí účinky psychofarmak

- Akutní stavy související s nežádoucími účinky psychofarmak zahrnují:
 - ▷ Akutní extrapyramidové příznaky (zejména dystonie)
 - ▷ Neuroleptický maligní syndrom
 - ▷ Serotoninový syndrom
- Nejčastější z nich jsou akutní extrapyramidové příznaky.
- Neuroleptický maligní syndrom a serotoninový syndrom jsou spíše vzácné

Akutní EPS

○ Příčiny:

- ▷ Nejčastěji antipsychotika – častější u incizivních antipsychotik
- ▷ Některá antiemetika
- ▷ Antidepresiva vzácně

○ Prezentace:

- ▷ Nejčastěji dystonie: okulogyrní krize (“stropky”), bukolingvální krize, protruze jazyka, otevírání úst, torticollis, opisthotonus, grimasování apod.
- ▷ Nebezpečná je laryngeální dystonie, která může být život ohrožující

○ Management:

- ▷ Při laryngeální dystonii – zajistit dýchací cesty
- ▷ Vysadit léčivo způsobující EPS
- ▷ Anticholinergika (biperiden, procyklidin)
- ▷ V těžkých případech lze podat benzodiazepiny i.m. (např. clonazepam) a po-té anticholinergikum
- ▷ Anticholinergika je vhodné podávat několik dní

Neuroleptický maligní syndrom

○ *Viz samostatná přednáška...*

Serotoninový syndrom

○ Příčiny:

- ▷ Vysoké dávky nebo kombinace serotonergních látek: antidepresiva, tramadol, třezalka tečkovaná, triptany, stimulancia včetně nelegálních návykových látek
- ▷ Lze považovat za „intoxikaci serotoninem“

○ Prezentace:

- ▷ Kognitivní příznaky: tenze, agitovanost, manické příznaky, desorientace, koma
- ▷ Autonomní příznaky: třes, pocení, hypertermie, vazokonstrikce, tachykardie, nauzea, diarhea
- ▷ Somatické příznaky: myoklonus, hyperreflexie, tremor

○ Léčba:

- ▷ Vysadit veškeré serotonergní látky
- ▷ Podpůrná terapie směřující k normalizaci vitálních projevů, léčba hypertenze (esmolol, nitroprusid), chlazení
- ▷ Benzodiazepiny
- ▷ Serotoninový antagonisti (cyproheptadin)

Děkuji za pozornost