

PSICHOMOTORINIO SUJAUDINIMO DIFERENCINĖ DIAGNOSTIKA IR VALDYMO METODAI PRIĖMIMO SKYRIUJE

Aurimas Reipšleger

Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas

Raktažodžiai: psichomotorinis sujaudinimas, diferencinė diagnostika, valdymas, priėmimo skyrius.

Santrauka

Psichomotorinis sujaudinimas (PS) yra ūmi būklė, su kuria susiduria psichiatriniai ir bendrosios medicinos priėmimo skyrių darbuotojai. PS epizodo metu pacientai gali kelti pavojų ne tik sau, bet ir aplinkiniams. Svarbu efektyviai diferencijuoti somatinės ir psichiatrinės kilmės PS. Kokybiškas anamnezės surinkimas yra svarbiausia diferencinės diagnostikos proceso dalis; padėti gali įvairūs vaizdiniai, ar laboratoriniai tyrimai. Nustačius PS, svarbu užtikrinti paciento bei aplinkinių saugumą. Tai galima padaryti taikant fizinio suvaržymo priemones, jei nepadeda kiti metodai, bei skiriant tinkamą farmakologinę terapiją, atsižvelgiant į PS epizodo etiologinę kilmę. Šio tyrimo tikslas – įvertinti ir aptarti mokslinėje literatūroje pateikiamą informaciją apie PS diferencinę diagnostiką bei valdymo metodus priėmimo skyriuje.

Įvadas

Psichomotorinis sujaudinimas yra ūmi būklė, su kuria kartais susiduria psichiatriniai ir bendrosios medicinos priėmimo skyrių darbuotojai. Nepavyko rasti didesnės apimties tyrimų, rodančių tikslų šios patologijos paplitimą bendrosios medicinos priėmimo skyriuose, tačiau psichiatrinuose priėmimo skyriuose PS paplitimas yra maždaug 10 procentų [1]. Tikslus ir greitas PS identifikavimas bei gydymo strategijos pasirinkimas yra būtini, siekiant geriausios ligos baigties pacientui ir saugumo aplinkiniams.

Tyrimo tikslas – išanalizuoti bei aptarti įrodymais pagrįstą informaciją apie psichomotorinio sujaudinimo diferencinę diagnostiką bei valdymo metodus priėmimo skyriuje.

Tyrimo medžiaga ir metodai

Taikyta sisteminė mokslinės literatūros apžvalga ir analizė. Duomenų buvo ieškoma PubMed, Google Scholar, UpToDate bei Cochrane duomenų bazėse. Visateksčiai straipsniai atrinkti, jei jų pavadinimas, santrauka ar reikš-

miniai žodžiai nurodė, kad tyrimas tinkamas šiai apžvalgai. Naudoti raktažodžiai: psychomotor agitation, differential diagnosis, management, emergency department.

Tyrimo rezultatai ir diskusija

Įtariant PS, pirmiausia rekomenduojama pasirūpinti atvykusio ir kitų pacientų bei personalo saugumu [2]. Pirminis įvertinimas turėtų susidaryti iš rizikos veiksnių, požymių ir simptomų įvertinimo. Rizikos veiksnius sudaro demografiniai (vyriška lytis, amžius jaunesnis nei 40 m., žemas išsilavinimo lygis ir t.t.), psichosocialiniai (konfliktiniai epizodai anamnezėje, neseniai buvęs traumuojančias įvykis, priverstinė ilgalaikė hospitalizacija) ir klinikiniai veiksniai (nerimas, baimė, psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas, medikamentinio gydymo nesilaikymas) [3]. Pirminis psichikos sutrikimas, jeigu pacientas nekelia grėsmės sau, yra labai mažai tikėtina greitos mirties priežastis, todėl kol nėra įrodoma kitaip, turėtų būti daroma prielaida, kad PS etiologija yra somatinės kilmės [4]. Diferencijuoti somatinę ir psichiatrinę PS kilmę padeda tikslus anamnezės surinkimas. Ispanijoje nustatyta, kad net 25 proc. sergančiųjų šizofrenija ir 15 proc. sergančiųjų bipoliniu sutrikimu per metus patiria bent vieną psichomotorinio sujaudinimo priepuolį, todėl nustačius vieną iš šių ligų, labai padidėja psichiatrinės kilmės PS tikimybė [5]. Esant somatinei priežastčiai, būdingas sąmonės lygio pakitimas, nebūdingas psichiatrinės kilmės PS [3]. Įvairūs vaizdiniai ar laboratoriniai tyrimai taip pat gali būti pasitelkiami siekiant nustatyti priežastį.

Priklausomai nuo būklės sunkumo, rizikos veiksnių įvertinimą, anamnezės rinkimą, diferencinę diagnostiką ir situacijos suvaldymo priemones (verbalinė deeskalacija, fizinio suvaržymo panaudojimas, farmakologinis gydymas) gali tekti naudoti ir lygiagrečiai. Profesionaliai taikant verbalinės deeskalacijos metodiką, galima sėkmingai pasiekti geriausios baigties. Nors su pacientu turi dirbti visa komanda, tačiau nusprendus taikyti šį metodą, tai turėtų atlikti tik vienas specialistas. Taip išvengiama paciento blaškymosi, užmezgamas geresnis ryšys ir gaunami sėkmingesni rezultatai. Bendravimas turi būti ramus, kalba paprasta, aktyviai klausinėjama ir

pakartojama, gydytojas turi būti paslaugus ir lankstus, tačiau išlaikyti tvirtą poziciją, leisdamas pacientui suprasti, ko iš jo tikimasi. Klausimai turi būti atviri, susilaikoma nuo konfrontacijos, gydytojas neturėtų aiškinti, ką pacientui daryti ar ko nedaryti, bet pacientas turi žinoti, kad esant poreikiui, bus panaudotos fizinės suvaržymo priemonės [6]. Fizinės priemonės turėtų būti naudojamos tik tais atvejais, kai kiti metodai nepaveda.

Svarstant farmakologinio gydymo pasirinkimus visada reikia atsižvelgti į paciento interesus, įtraukti pacientą į procesą (jei įmanoma) ir pagal galimybes bei poreikius pasirinkti tokį paskyrimo būdą, kuris padėtų išsaugoti gydytojo ir paciento ryšį. Yra dvi pagrindinės vaistų grupės PS gydymui. Tai tipiniai antipsichotikai (dažniausiai skiriamas haloperidolis) ir benzodiazepinai [4]. Esant psichiatriniam PS, pirmenybė turėtų būti teikiama antipsichotiniams vaistams, tačiau benzodiazepinai taip pat gali būti skiriami pacientams su psichiatrinium, bet ne psichotiniu PS (nerimo sutrikimas, afektiniai sutrikimai, asmenybės ir adaptaciniai sutrikimai) [7]. Jau minėta, kad somatinė patologija turėtų būti preziumuojama, kol neįrodoma kitaip, todėl pacientams su neaškia PS etiologija, kaip ir pacientams su patvirtinta somatine patologija, turėtų būti skiriami antipsichotiniai vaistai. Parkinsono liga ar parkinsonizmu sergantiems pacientams tipiniai antipsichotikai neturėtų būti skiriami dėl galimai suintensyvėjančio dopaminerginės sistemos slopinimo ir simptomų paūmėjimo. Minėtiems pacientams turėtų būti svarstomas atipinių antipsichotikų, tokių kaip pimavanserinas ar klozapinas, skyrimas [8].

Įtariant intoksikaciją alkoholiu ir (ar) benzodiazepiniais, turėtų būti skiriami antipsichotiniai vaistai, siekiant išvengti benzodiazepinų sukeliama kvėpavimo sistemos slopinimo. Esant abstinencijai nuo minėtų medžiagų, benzodiazepinai turėtų būti skiriami siekiant sumažinti *delirium tremens* riziką [4]. B grupės vitaminai (ypač B-1) gali padėti išvengti rimtų neurologinių komplikacijų gausiai alkoholį vartojantiems pacientams [9]. Įtariant kokaino ar sintetinių narkotikų vartojimą, benzodiazepinai turėtų būti naudojami sedacijai pasiekti, nes antipsichotikai gali padidinti traukulių riziką [4].

Išvados

1. PS epizodai kelia pavojų ne tik pacientui, bet ir aplinkiniams. Ši būklė reikalauja greito identifikavimo bei tinkamos gydymo strategijos pasirinkimo.
2. Siekiant atskirti somatinės ir psichiatrinės kilmės PS, svarbu kokybiškai surinkti anamnezę. Renkant anamnezę, rekomenduojama pasitelkti verbalinės deeskalacijos metodiką.
3. Pagrindiniai pagalbos pacientui metodai yra fizinis suvaržymo priemonių taikymas (kai reikia) bei farmakologinė terapija, skiriama atsižvelgiant į PS etiologinę kilmę.

Literatūra

1. Pascual JC, Madre M, Puigdemont D, Oller S, Corripio I, Díaz A, Faus G, Perez V, Alvarez E. A naturalistic study: 100 consecutive episodes of acute agitation in a psychiatric emergency department. *Actas Esp Psiquiatr* 2006;34(4):239-44.
2. Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, Zeller SL, Allen MH, Vázquez G, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: expert consensus. *World J Biol Psychiatry* 2016;17(2):86-128.
<https://doi.org/10.3109/15622975.2015.1132007>
3. Vieta E, Garriga M, Cardete L, Bernardo M, Lombraña M, Blanch J, et al. Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation. *BMC Psychiatry* 2017; 17(1):328.
<https://doi.org/10.1186/s12888-017-1490-0>
4. Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, Zeller SL, Allen MH, Vázquez G, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: expert consensus. *World J Biol Psychiatry* 2016;17(2):86-128.
<https://doi.org/10.3109/15622975.2015.1132007>
5. Allen MH, Currier GW. Use of restraints and pharmacotherapy in academic psychiatric emergency services. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26(1):42-9.
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2003.08.002>
6. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, et al. Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry project BETA de-escalation Workgroup. *West J Emerg Med* 2012;13(1):17-25.
<https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6864>
7. Zeller SL, Rhoades RW. Systematic reviews of assessment measures and pharmacologic treatments for agitation. *Clin Ther* 2010;32(3):403-25.
<https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2010.03.006>
8. Zhang H, Wang L, Fan Y, Yang L, Wen X, Liu Y, et al. Atypical antipsychotics for Parkinson's disease psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2019; 15:2137-49.
<https://doi.org/10.2147/NDT.S201029>
9. Schuckit MA. Recognition and management of withdrawal delirium (delirium tremens). *N Engl J Med* 2014;371(22):2109-13.
<https://doi.org/10.1056/NEJMra1407298>

PSYCHOMOTOR AGITATION: DIFFERENTIAL DIAGNOSIS AND MANAGEMENT IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

A. Reipšleger

Keywords: psychomotor agitation, differential diagnosis, management, emergency department.

Summary

Psychomotor agitation (PA) is an acute condition which is encountered by medical staff working on psychiatric wards and in emergency departments. Patients experiencing an episode of PA can pose a threat both to themselves and those around them. It is

important to effectively differentiate somatic PA from psychiatric PA. A comprehensive and thorough medical history is crucial in differential diagnosis; imaging and laboratory testing can also be helpful in establishing a diagnosis. Once a diagnosis of PA is made, it is important to ensure the safety of the patient and those around him. This can be achieved by utilising physical restraints, if necessary, and by administering appropriate pharmacotherapy. The choice of medication should be guided by the underlying cause of the PA episode. The aim of this study is to evaluate and analyse the data presented in the scientific literature on psychomotor agitation, its differential diagnosis and management in the emergency department.

Conclusions. 1. Patients experiencing an episode of PA can pose a threat both to themselves and those around them. Effective

management of this condition requires a swift identification and an appropriate management strategy. 2. Obtaining a comprehensive medical history assists in differentiating between somatic PA and psychiatric PA. It is recommended to adopt a verbal deescalation strategy when taking history. 3. PA is managed by utilising physical restraints, if necessary, and by administering pharmacotherapy, the choice of which is dependent on the cause of the PA episode.

Correspondence to: aurimas.reipsleger@gmail.com

Gauta 2021-04-26
