

Psychiatria ratunkowa

48

Michael J. Sernyak, Jr., MD, Robert M. Rohrbaugh, MD

TLUMACZENIE: Magdalena Hebda

Psychiatria ratunkowa obejmuje pilne badanie i prowadzenie pacjentów z objawami czynnej postępującej choroby. Definicja stanów nagłych jest określona zdolnością pacjenta lub jego bezpośredniego otoczenia do tolerowania tych objawów. Chociaż badania w trybie pilnym odbywają się zazwyczaj w szpitalu, zespoły ratownictwa medycznego są w stanie przeprowadzić badanie w innych warunkach.

■ CELE PSYCHIATRII RATUNKOWEJ

Cele psychiatrii ratunkowej są zbieżne z celami innych działów medycyny ratunkowej: 1) ocena stanu chorych, 2) właściwe rozpoznanie w trybie pilnym, 3) rozpoznanie różnicowe, 4) leczenie ostrych objawów i 5) właściwe planowanie wypisów.

Ocena stanu chorych

Funkcja tej oceny chorych określona jest poprzez stopień pilności stanu chorego i wstępny sposób badania. Lekarz oddziału ratunkowego musi najpierw odróżnić rzeczywiście nagłe przypadki od przypadków, które są wprawdzie postrzegane przez pacjentów i inne osoby jako nagłe, ale które mogą bezpiecznie poczekać na późniejszą ocenę.

Następnie lekarz oddziału ratunkowego musi poprawnie określić wśród wielu nagłych przypadków te, które w pierwszej kolejności wymagają badania psychiatrycznego. To niezwykle trudna decyzja, ponieważ pacjent może uskarżać się zarówno na fizyczne, jak i psychiczne dolegliwości lub prezentować zaburzenia behawioralne wynikające z zaburzeń somatycznych, neurologicznych lub wywołane substancją chemiczną. Ocena stanu choroby w połączeniu z krótkim opisem historii bieżącej dolegliwości i badanie przedmiotowe w zakresie podstawowych czynności życiowych jest niezwykle ważnym elementem oceny stanu chorych.

Na ostatnim etapie lekarz oddziału ratunkowego musi zapewnić bezpieczeństwo pacjentom do czasu, kiedy zostaną oni zbadani przez lekarza psychiatrę bądź innego specjalistę. W sali pomocy doraźnej, gdzie

obserwuje się pacjentów z poważnymi obrażeniami, łatwo jest przeoczyć potrzeby zadbanego pacjenta, który zgłasza się bez oczywistych objawów zaburzenia. Pacjent ten może jednak wykazywać skłonności samobójcze lub zabójcze, co może stanowić równie poważne zagrożenie dla życia jak inne przypadki nagłe i wymaga natychmiastowej uwagi celem zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi i innym.

Chociaż wstępną oceną i segregacją chorych zajmuje się personel pielęgniarski, lekarz psychiatra musi spełniać czynną rolę w ich szkoleniu i nadzorze oraz ustaleniu standardowych procedur i kryteriów klinicznych stosowanych podczas „segregacji” chorych. Segregacja jest skuteczna tylko wówczas, kiedy standardowe procedury są w pełni przestrzegane.

Znaczenie oceny stanu pacjenta

Ocena stanu pacjentów psychiatrycznych w trybie pilnym skupia się na konieczności trafnej oceny aspektu lub aspektów powiązanych z objawami występującymi u pacjenta, ze zwróceniem szczególnej uwagi na kwestie potencjalnie zagrażające życiu. Pomimo tego, że pacjent został wstępnie zbadany i dokonano oceny psychiatrycznej, lekarz powinien wziąć pod uwagę możliwość występowania zaburzenia somatycznego lub wywołanego substancją chemiczną stanowiących przyczynę objawów.

Lekarz powinien zebrać jak najwięcej informacji przed zwróceniem się bezpośrednio do pacjenta. Na przykład, jeśli informacje wskazują na to, że pacjent może stanowić zagrożenie dla siebie lub dla innych, należy zastosować odpowiednie środki bezpieczeństwa. Można wyznaczyć pracownika, który zaopiekuje się pacjentem lub przeszukać pacjenta pod kątem potencjalnie groźnych przedmiotów.

Podczas pierwszych chwil spotkania z pacjentem lekarz powinien uzyskać całościowy ogłąd pacjenta. Może on skupić się na kwestiach dotyczących stanu świadomości pacjenta, wyglądu, chęci podjęcia współpracy z lekarzem, nastroju, pobudzenia lub spowolnienia psychoruchowego i wstępnej rozmowie. Wstępny okres bezpośredniej obserwacji może być pomocny w ustaleniu, czy pacjent został właściwie zasegregowa-

ny lub czy konieczne jest dodatkowe badanie, lub zastosowanie środków bezpieczeństwa.

Pomimo presji czasu, lekarze powinni starać się być dokładni zarówno w swoich medycznych, jak i psychiatrycznych ocenach. Na szczególną uwagę zasługują psychospołeczne czynniki stresowe, które mogą być przyczyną zgłoszenia się pacjenta. Czynniki te to na przykład trudności w domu, w pracy, w ważnych relacjach i związkach rodzinnych, jak również relacji pacjenta z lekarzem pierwszego kontaktu. Wydarzenia takie jak kłótnia z członkiem rodziny lub przyjacielem albo nieobecność lekarza pierwszego kontaktu mogą być powodem zgłoszenia się pacjenta. Lekarze działu ratunkowego powinni uwzględnić informacje od osób trzecich przy ocenie stanu pacjenta, a dodatkowe informacje mogą okazać się niezwykle ważne przy ostatecznej ocenie.

Przy rozpoznaniu w trybie pilnym należy wziąć pod uwagę stan obecny pacjenta, psychospołeczne czynniki stresowe, wcześniejsze i bieżące problemy zdrowotne, obecne leczenie somatyczne i psychiatryczne, przyjmowane leki i stosowanie się do zaleceń lekarza, wcześniejsze, bądź aktualne nadużywanie substancji, szczególnie osobiste dotyczące warunków mieszkaniowych i finansowych pacjenta, bieżącą sytuację w związku, badanie przedmiotowe (łącznie z neurologicznym badaniem przesiewowym), badanie stanu psychicznego i przesiewowe badania laboratoryjne. Takie podejście będzie pomocne w ustaleniu jakie dodatkowe badania laboratoryjne, toksykologiczne lub obrazowe powinny zostać zleczone.

Rozpoznanie

Trudności w warunkach pomocy ratunkowej uniemożliwiają szczegółową ocenę diagnostyczną możliwą w warunkach szpitalnych. Niemniej jednak, lekarz powinien sformułować rozpoznanie różnicowe, które może zostać wykorzystane w dalszym rozpoznaniu. Formułując Rozpoznanie różnicowe należy przede wszystkim wziąć pod uwagę obecność objawów somatycznych, neurologicznych i wywołanych przez substancje chemiczne. Tabela 48-1 zawiera cztery pytania, które należy rozważyć przy formułowaniu rozpoznania różnicowego.

Wstępne leczenie

Leczenie w stanach nagłych, jeśli mieści się w granicach procedur ratunkowych, następuje po ocenie diagnostycznej. Jednakże lekarz musi niekiedy interweniować przed zebraniem informacji diagnostycznych. Taka konieczność zachodzi zazwyczaj wtedy, kiedy istnieje obawa, że pacjent może stanowić zagrożenie dla siebie i innych. W większości przypadków, postępowanie w stanach nagłych można podzielić na cztery kategorie: stworzenie właściwego otoczenia, leczenie, interwencja kryzysowa, edukacja.

► Tabela 48-1.

Rozpoznanie różnicowe

1. Czy zaburzony afekt, myślenie lub zachowanie jest efektem wykrywalnej fizjopatologii, w szczególności w związku z problemem natury somatycznej bądź substancją toksyczną?
2. Jeśli nie, czy zaburzony afekt, myślenie lub zachowanie jest natury psychiatrycznej, w szczególności w związku ze schizofrenią bądź stanem maniakalnym?
3. Jeśli nie, czy zaburzony afekt, myślenie lub zachowanie są diagnostycznie zgodne z inną jednostką chorobową, w szczególności stanami lękowymi, depresją lub zaburzeniem osobowości?
4. Jeśli nie, czy zaburzony afekt, myślenie lub zachowanie nie jest wymyślone, aby uzyskać lepsze traktowanie lub aby uniknąć niepożądanych konsekwencji (np. pozbawienia wolności)?

A. OTOCZENIE

Jak wspomniano powyżej, lekarz klinicysta musi zapewnić pacjentowi bezpieczne otoczenie. Te interwencje mają często miejsce przed dokonaniem pełnej oceny. Oprócz zapewnienia bezpiecznego otoczenia, zminimalizowanie czynników stymulujących może być dla pacjenta korzystne. Możliwość umieszczenia w izolatce często pomaga zmniejszyć pobudzenie psychoruchowe.

Niekiedy wprowadzenie zmian w bezpośrednim otoczeniu pacjenta, np. w domu może zapobiec hospitalizacji. Zapewnienie alternatywnego miejsca zamieszkania na krótki okres w czasie kryzysu, czasowa opieka przynosząca ulgę w cierpieniu pacjentom w podeszłym wieku lub umieszczenia dziecka w ośrodku interwencyjnym może zminimalizować objawy.

B. INTERWENCJA FARMAKOLOGICZNA

Lekarze klinicyści w oddziale ratunkowym powinni ostrożnie stosować środki farmakologiczne z kilku powodów. Po pierwsze – wstępne wrażenia diagnostyczne mogą okazać się mylne. Po drugie – pełne badania laboratoryjne mogą nie być ukończone. Po trzecie – leczenie za pomocą środków farmakologicznych może przynieść efekt uspokojenia maskującego inne objawy choroby somatycznej. Po czwarte – lekarz oddziału ratunkowego prawdopodobnie nie będzie kontynuował leczenia pacjenta. Dlatego też interwencja farmakologiczna powinna ograniczać się do sytuacji koniecznego postępowania z pacjentem w warunkach nagłych.

W warunkach pomocy ratunkowej lekarze stosują leki, takie jak benzodiazepiny i środki antypsychotyczne po to, by złagodzić objawy pobudzenia psychomotorycznego. Zastosowanie benzodiazepin, takich jak lorazepam, może być właściwe w przypadku poważnego lęku lub pobudzenia związanego abstynencją alkoholową albo lekową. Zastosowanie środków antypsychotycznych, takich jak haloperidol, może być użyteczne przy pobudzeniu psychomotorycznym u pacjentów cierpiących na ostre stany psychiatryczne. Kiedy pacjent

jest bardzo pobudzony lub stwarza zagrożenie, leki te mogą zostać podane domięśniowo, by skrócić czas oczekiwania na reakcję.

Podanie leków celem złagodzenia objawów zanim pacjent otrzyma opiekę ambulatoryjną wymaga rozważenia wielu czynników, takich jak stosowanie się do zaleceń, kwestie bezpieczeństwa i okres do rozpoczęcia opieki ambulatoryjnej. Należy rozważyć możliwość, że pacjent chce otrzymać benzodiazepiny, lub leki przeciwbólowe z powodu uzależnienia. Z tego względu pacjent powinien otrzymać zapas leków jedynie na kilka dni.

C. INTERWENCJA KRYZYSOWA

Strategie psychologiczne polegające na biopsychosocjalnym ujęciu sytuacji często pomagają złagodzić kryzys. Do takich technik należą oddychanie, poszukiwanie alternatyw, objaśnienie ról interpersonalnych, interpretacja znaczenia, lub po prostu słuchanie z empatią. Spotkanie z pacjentem, jego rodziną bądź bliską osobą może pomóc rozwiązać trudności, które spowodowały, że pacjent zwrócił się o pomoc w trybie pilnym.

D. EDUKACJA

Istotną, choć często pomijaną kwestią w postępowaniu na oddziale ratunkowym jest okazja do nauczania prewencyjnego. Pacjent, członkowie rodziny, osoba bliska, a nawet opiekunowie mogą skorzystać z wiedzy na temat zaburzenia. Na przykład pacjent z nawracającym zaburzeniem lękowym może uniknąć powrotu na oddział ratunkowy, jeśli zostanie pouczony co do specyfiki swojego zaburzenia. Wyjaśnienie sytuacji w sposób, który unika wywoływania poczucia winy lub dwuznaczności będzie dla wszystkich korzystne. Pacjent i osoby mu bliskie mogą uniknąć poczucia alienacji, wstydu i braku nadziei poprzez lepsze zrozumienie zdiagnozowanej choroby, jej występowania i rokowania.

Planowanie wypisu

Planowanie wypisu pacjenta z oddziału ratunkowego uzależnione jest od sytuacji, która powinna być realistycznie oceniona. Należy wziąć pod uwagę przynajmniej cztery kwestie: 1) wstępny zakres opieki, 2) gotowość pacjenta do podjęcia leczenia, 3) terminy wizyt ambulatoryjnych, 4) zalecenia obowiązujące od momentu wypisu z oddziału ratunkowego, 5) komunikacja z pacjentem i kolejnymi opiekunami medycznymi.

A. WSTĘPNY ZAKRES OPIEKI

Ponieważ jest to najdroższa i najbardziej restrykcyjna forma opieki, całodobowa opieka nad pacjentem może zostać zaoferowana jedynie po rozważeniu kilku czynników. Ogólnie przyjęte w tym przypadku kryteria to choroba psychiczna stwarzająca zagrożenie dla pacjenta lub innych osób, poważne upośledzenie sprawności, które uniemożliwia funkcjonowanie nawet w najbar-

dziej korzystnych warunkach, i niepewność diagnozy, co może spowodować nawet skutek śmiertelny.

Mniej restrykcyjna alternatywa przewiduje kryzysową opiekę domową przy mniejszym natężeniu obserwacji pacjenta, hospitalizację częściową lub dzienną oraz intensywną, kontynuowaną opiekę ambulatoryjną. Celem jest zapewnienie najmniej restrykcyjnego zakresu opieki, która spełnia potrzeby kliniczne pacjenta. Zdolność pacjenta do opłacenia usług medycznych jest niestety czynnikiem, który często utrudnia korzystanie z opieki ambulatoryjnej. W niektórych warunkach ubodzy pacjenci mają dostęp do szerszego zakresu opieki niż pacjenci z niskimi przychodami, ale bez uprawnień do ubezpieczenia społecznego.

B. GOTOWOŚĆ PACJENTA DO PODJĘCIA LECZENIA

Pacjent zakwalifikowany do leczenia psychiatrycznego mógł zostać przywieziony na oddział ratunkowy nie z własnej woli. Często zdarza się, że to policja bądź członkowie rodziny przywożą pacjenta do oddziału ratunkowego. Jeśli zostanie podjęta decyzja o konieczności hospitalizacji pacjenta, a pacjent nie wyraża na to zgody, lekarz klinicysta może podjąć kroki mające na celu przymusową hospitalizację. Chociaż stosowane procedury administracyjne są zróżnicowane, uprawnieni do tego lekarze są w stanie przymusowo przyjąć pacjentów, którzy wykazują skłonności samobójcze, zabójcze lub którzy nie są w stanie sami zapewnić sobie opieki z powodu choroby psychicznej.

Ogólnie pacjenci cierpiący na zaburzenia psychiczne mają takie samo prawo odmówić leczenia, jak pacjenci cierpiący na choroby somatyczne. W większości przypadków, jeśli pacjent na oddziale ratunkowym nie spełnia kryteriów przymusowej hospitalizacji i nie wyraża gotowości leczenia ambulatoryjnego, należy uszanować jego decyzję. Pacjentom, którzy nie chcą podjąć leczenia ambulatoryjnego, należy przedstawić możliwości leczenia na wypadek gdyby zmienili zdanie po opuszczeniu oddziału ratunkowego.

C. TERMINY WIZYT AMBULATORYJNYCH

Pacjentom zainteresowanym leczeniem ambulatoryjnym przy planowaniu wypisu powinno się określić okres, po którym będzie możliwa mniej restrykcyjna opieka. Na przykład w sytuacji, w której pacjent wymaga pilnej wizyty ambulatoryjnej, nie należy odkładać jej na dwa lub trzy tygodnie później.

D. ZALECENIA OBOWIĄZUJĄCE OD MOMENTU WYPISU Z ODDZIAŁU RATUNKOWEGO

Jeśli do momentu podjęcia dalszego leczenia upłynie zbyt dużo czasu, pacjent i bliskie mu osoby powinni zostać poinformowani o działaniach, jakie muszą podjąć. W większości przypadków, jeśli przewidziany jest powrót pacjenta na oddział ratunkowy, lekarz klinicy-