

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12 и 87/13), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О

ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ ЛЕКОВИ КОИ СЕ КОРИСТАТ ПРИ ПСИХИЈАТРИСКИ ИТНИ СЛУЧАИ

Член 1

Со ова упатство се пропишуваат лековите кои се користат при психијатриски итни случаи.

Член 2

Начинот на примена на лековите кои се користат при психијатриски итни случаи е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на примена на лекови кои се користат при психијатриски итни случаи по правило согласно со ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на примената, при што од страна на докторот тоа соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-9030/2

30 ноември 2013 година

Скопје

МИНИСТЕР

Никола Тодоров

ЛЕКОВИ КОИ СЕ КОРИСТАТ ПРИ ПСИХИЈАТРИСКИ ИТНИ СЛУЧАИ

МЗД Упатство
30.09.2011

- Генерални принципи за психијатриската медикација кај итни случаи
- Антипсихотични лекови кај акутна психоза
- Манија
- Делириум
- Агитиран пациент со деменција
- Несакани ефекти
- Промени во концентрацијата во крвта на другите лекови
- Поврзани извори
- Референци

ГЕНЕРАЛНИ ПРИНЦИПИ ЗА ПСИХИЈАТРИСКА МЕДИКАЦИЈА КАЈ ИТНИ СЛУЧАИ

- Како основно правило, неадекватно е да се започне која било психијатриска медикација во итен случај ако не е спроведено адекватно следење и нега. Целокупната состојба на пациентот и основните причини секогаш треба да бидат одредени и можните соматски фактори да бидат исклучени.
- Лице со ментални проблеми е најургентно во потребата од третман за акутно развиена состојба, на пример анксиозност или безнадежност, без оглед на основната болест или растројство. Ако не се смета дека хоспитализацијата е неопходна, анксиозноста на пациентот треба да се стави под контрола колку што е можно побргу.
- Ризикот за суицид секогаш треба се има на ум и секогаш треба да се праша за тоа. Во одделот за итни случаи најсигурно е секогаш да се препишат најмалите достапни пакетчиња на психотропен лек.
- Секогаш е неопходно да се организира следење на состојбата.
- Бензодијазепините сè уште се најсигурни и најефикасни лекови за третман на акутната анксиозност. Сепак, зависноста лесно се развива и ефектот на лекот често се намалува во текот на неколку седмици. Затоа тие се погодни само за краткотрајна употреба.
- Серотонинските инхибитори на повторното преземање (SSRI) се најдобро решение за хроничната анксиозност, на пример за генерализирано анксиозно растројство и за панично растројство.
- Во итна ситуација, ретко е потребно да се започне со антидепресивни медикаменти, уште поретко за антипсихотици. Исклучок може да биде ситуација каде пациентот го имал истиот проблем во минатото и познато е кој вид на медикамент бил ефикасен тогаш.

АНТИПСИХОТИЧНИ ЛЕКОВИ КАЈ АКУТНА ПСИХОЗА

- Лекувањето на агресивен или високо агитиран пациент може да започне со:
 - **aripiprazole** во почетни дози од 9.75 мг (1.3 мл) во единствена доза длабоко интрамускулно, одбегнувајќи го масното ткиво. Ефективната доза е во ранг од 5.25-15 мг во единствена инјекција.
 - Следната инјекција, ако е потребна, може да биде дадена не порано од два часа по првата. Максималната количина на инјекции за 24 часа е три.

- Максималната доза за 24 часа е вкупно 30 мг од сите различни форми на лекот aripiprazole.
- **haloperidol** (ннд-**B**) 2.5-5 мг и.м.
 - Дозата може да се повтори неколку пати во текот на денот. Може да се администрира еднаш на секој час интрамускулно, сè додека пациентот не се смири.
 - Екстрапирамидните симптоми се најчести несакани ефекти.
- **olanzapine** 10 мг и.м.
 - Ако е потребно, дозата може да се повтори по 2 часа и повторно по 4 часа. Максималната доза е 30 мг дневно.
 - Истовремената употреба на парентерални бензодиазепини може да биде опасна.
- **risperidone** 2 мг течен концентрат и лоразепам 2 мг орално.
- **zuclopenthixol acetate** (ннд-**D**) 50-150 мг и.м.
 - Дозата треба најрано да се повтори по 24 часа, но вообичаено е 2-3 дена по иницијалната доза (екстрапирамидните симптоми се најчести несакани ефекти) или
- **Diazepam** 5-10 мг 3-4 пати на ден орално, или **lorazepam** 1-2.5 мг орално или интрамускулно, во текот на првите денови од акутната психоза ќе ја ублажат анксиозноста.

МАНИЈА

- Медикаменти се вообичаено оправдани кога пациентот страда од нарушувања на спиењето, бидејќи екстремна несоница може да тригерира манија.
- Лек од избор е седативен антипсихотички лек (chlorpromazine, chlorprothixene, levomepromazine или olanzapine). Ако е потребно, може да се додаде и хипнотик во краток период.
- Титрација на дозата: на пример почетна 100-200 мг (levomepromazine 25-50 мг) во 7 часот навечер. Ако пациентот не се чувствува уморен во 9 часот навечер може да се администрира дополнителна доза од 100 мг (50 мг). Дозата може да се повтори уште 2 пати во интервал од 2 часа, односно во 11 часот навечер и во 1 часот наутро.
- Ако пациентот спие најмалку 5 часа и не е премногу поспан следното утро, следната вечер тој/таа ќе ја прими целата доза од првата вечер (100-500 мг), приближно 2 часа пред неговото/нејзиното вообичаено одење во кревет.

ДЕЛИРИУМ

- Главната цел е да се утврди причината за делириумот и, ако е можно, таа да се лекува.
- Лек од избор е Haloperidol 5 мг и.м., со повторување на дозата на 30-60 минути. Многу вознемирените пациенти може да примат дози од 5-100 мг на ден.

АГИТИРАН ПАЦИЕНТ СО ДЕМЕНЦИЈА

- Haloperidol 0.5-5 мг или lorazepam 0.5-1 мг.

НЕСАКАНИ ЕФЕКТИ

- Невролептичен малигнен синдром.
- Дистонија и акатизија (екстрапирамидни симптоми).
 - Примарниот третман е да се редуцира дозата на лекот кој ги предизвикува симптомите или да се промени со лек кој има помалку несакани симптоми.
 - Симптомите се појавуваат најчесто со халоперидол, perphenazine, fluphenazine, flupenthixol и со zuclopenthixol.
 - Акутната дистонија може да се лекува со biperiden 2 мг 3 пати орално или 2.5-5 мг и.м.

- Кај акатизијата треба да се редуцира дозата на антипсихотикот. Симптомите може да се ублажат привремено со пропранолол со доза до 40-120 мг дневно.
- Антихолинергични несакани ефекти
 - Високи дози на седативни антипсихотици и трициклични антидепресиви, администрирани заедно со антипаркинсонци може да предизвикаат антихолинергичен синдром, кој се карактеризира со конфузија, иритабилност и делириум.
 - Констипација, уринарна ретенција, зголемен интраокуларен притисок.
- Сите антидепресиви може да предизвикаат акатизија во текот на првите денови од третманот.
 - Пациентите со панично растројство се посебно подложни.
 - Третманот е важен, бидејќи акатизијата може да придонесе за зголемување на ризикот од суицид.
 - Бензодиазепините се соодветни за третман (запаметете ја опасноста од долготрајна употреба).
- Намалување на прагот за епилептичен напад
 - Chlorpromazine и clozapine се повеќе епилептогени од thioridazine и fluphenazine.
 - Amitriptyline, clomipramine и nortriptyline се најмногу епилептогени од трицикличните антидепресиви, додека doxepin е најмалку.
 - Да се внимава кога се препишуваат други антидепресиви кај пациент со епилепсија.
- Агранулоцитоза може да резултира од употребата на clozapine (1:100-1:1000), mianserin (1:4000-1:10 000), како и од mirtazapine.
- Clozapine може да предизвика миокардит и кардиомиопатија.
- Приапизам може да биде индуциран од trazodone (1:1000-1:10 000), а понекогаш исто така и од chlorpromazine. Пациентот треба да добие итна уролошка консултација.

ПРОМЕНИ ВО КОНЦЕНТРАЦИЈАТА ВО КРВТА НА ДРУГИТЕ ЛЕКОВИ

- Carbamazepine ги индуцира хепаталните ензими и ги намалува концентрациите во крвта на многу други лекови.
- Fluoxetine, fluvoxamine и paroxetine го инхибираат метаболизирањето на ензимската активност и може да доведат до покачување на концентрациите на другите лекови.
- Инхибиторите на моноаминооксидазата (moclobemide) можат, заедно со другите антидепресиви, да предизвикаат хипертензивни кризи или таканаречениот серотонински синдром (со симптоми како профузно потење, атаксија, агитација, вртоглавица, хиперрефлексија, миоклонус, тремор, дијареја, нарушувања во координацијата, зголемена телесна температура, конфузија или хипоманија). Овие лекови не треба да се употребуваат заедно.
- Серотонинскиот синдром може да следи ако пациентот употребува два (или повеќе) антидепресиви заедно или трамадол заедно со лекови кои ја зголемуваат серотонинската активност (како повеќето антидепресиви).

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Кохранови прегледи

- Trazodone, веројатно, не е ефикасен во третманот на однесувањето и на психолошките манифестации на деменцијата (ннд-С).
- Комбинацијата на халоперидол и promethazine, веројатно, е ефикасен третман за агитацијата/агресијата индуцирана од психозата (ннд-А).
- Веројатно нема значајна разлика меѓу бензодиазепините и антипсихотичите во третманот на акутното психотично однесување. Супституцијата на бензодиазепини на антипсихотичната медицина може да ги редуцира антипсихотично индуцираните екстрапирамидни симптоми (ннд-Б).

Други докази

Дури и фаталниот миокардит или кардиомиопатија може да бидат асоцирани со терапијата со клозапин (ннд-С).

Автори:

This article is created and updated by the EBMG Editorial Team

Article ID: rel00271 (035.040)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

РЕФЕРЕНЦИ

1. Reeves RR, Burke RS. Tramadol: basic pharmacology and emerging concepts. *Drugs Today (Barc)* 2008 Nov; 44(11):827-36. PubMed

Автори:

Heikki Rytysälä

Претходни автори:

Matti O. Huttunen

Article ID: ebm00711 (035.040)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 30.09.2011, www.ebm-guidelines.com.**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во септември 2015 година.**