28. PSÜÜHILINE HÄIRE

Psüühikahäire on defineeritud kui bioloogilistest või psühholoogilistest põhjustest tingitud kõrvalekalded psüühilises tegevuses, mis väljenduvad tegevust häirivate ülemääraste subjektiivsete vaevuste ja/või toimetuleku raskustena.

Psüühikahäirete spekter on väga lai ning erinevad haigused ja häired võivad anda sarnaseid sümptome.

Käesolev tegevusjuhis rakendub:

- Erakorralised sündroomid psühhoos ja deliirium täiskasvanutel
- Sageli esinevad ärevushäired täiskasvanutel

Kui patsiendi uurimiselt selguvad häired somaatilistes funktsioonides (nt rütmihäire, epileptiline hoog, hüpoglükeemia, palavik jne), siis vt vastav tegevusjuhis. Mõtle, kas somaatiline häire on psüühikahäire põhjus või tagajärg.

Kui psüühikahäire kutsel selgub, et tegemist on **joobes patsiendiga** ning patsient on enesele ja/või teistele ohtlik (agressiivne, suitsiidmõtted jne), siis suunata patsient ohu tõrjumiseks esmalt politseiga kainestusmajja /arestimajja. Seda eeldusel, et patsient on kiirabi poolt adekvaatselt uuritud välistamaks mürgistused jm erakorralised somaatilised haigused/traumad (minimaalselt süstoolne vererõhk, südame löögisagedus, hingamissagedus, saturatsioon, GKS, pupillid, veresuhkur, naha värvus). Kainenemise järgselt suunata patsient vajadusel psühhiaatri konsultatsioonile – info anda edasi politseile.

Suitsiidkatse korral rakendub esmalt tegevusjuhis vastavalt katse iseloomule (mürgistus, taaselustamine). Vigastuste/mürgistuse korral hospitaliseerida EM osakonda. Kui füüsiline katse puudub, kuid esinevad suitsiidmõtted ja -plaan, siis konsulteerida hospitaliseerimise vajaduse osas psühhiaatriga.

Deliiriumsündroom on teadvuse hägunemine (kuni koomani) koos segasuse, desorientatsiooni, ärevuse-hirmu, psühhomotoorse rahutuse ning hallutsinatsioonidega. Iseloomulik on sümptomite järsk algus ja ööpäevane varieeruvus. Sündroom võib esineda hüper-, hüpoaktiivse- ja segavormina.

Deliirium on äge taaspöörduv orgaaniline psüühikahäire, mis on sümptomaatiline raskele ajudüsfunktsioonile ning mis vajab alati vältimatut abi.

Deliiriumi põhjuseks on kas primaarne ajuhaigus või tekib düsfunktsioon sekundaarsena süsteemse haiguse tagajärjel. Deliiriumi võivad vallandada psühhoaktiivsed ained, mürgistused, võõrutussündroom, sepsis, elektrolüütide häired, ajukahjustus, endokriinsed häired, traumad ja paljud teised põhjused.

Haiglaeelne käsitlus:

1. Enese, patsiendi ja sündmuskoha turvalisus! Agressiivse patsiendi korral kaasata politsei
2. SAMPLE – anamnees lähedastelt ja võimalusel patsiendilt
3. ABCDE ja psüühiliste funktsioonide uurimine (vt Lisa 1. tabel)
4. Ravi:
   - Võimalusel etioloogiline ravi nt hüpo/hüperglükeemia korrektsioon, antipürees, infusioonravi, tiamiin, valuravi jne
   - Psühhootilised sümptomid – haloperidool* 5 mg i/m, 2,5–5 mg i/v
   - Ärevus, agiteeritus ja alkoholi võõrutusdeliirium – diasepaam** 5–10 mg i/v, p/o; midasolaam 2,5–5 mg i/v, 5 mg i/m, i/n
5. Deliiriumis patsient vajab hospitaliseerimist. Hospitaliseerida EM osakonda või psühhiaatriakliinikusse vastavalt etioloogilise faktori hüpoteesile. Sageli kaasnevad võõrutusdeliiriumis patsiendil ka somaatilised häired/traumad, mistõttu peaks nende esmane käsitlus toimuma EM osakonnas. Vajadusel konsulteerida arstiga.
6. Vajadusel füüsiline fiksatsioon ning transport koos politseiga. Jälgida, et fiksatsioon ei takistaks hingamist. Antipsühhootikumi ja/või bensodiasepiini manustamise järgselt monitoorida patsienti võimalike kõrvaltoimete osas.

Psühhoos on raske psüühikahäire, mille puhul mõtlemine, tundeelu, võime ära tunda reaalsust ning võime suhelda ja olla teistega seotud on piisavalt kahjustatud, et segada jämedalt võimet tegeleda reaalsusega.

Psühhootilised sümptomid on hallutsinatsioonid, luulumõtted, seosetu mõtlemine, väljendunud psühhomotoorne rahutus või stuupor. Psühhootiliste sümptomite etioloogilisi faktoreid on palju sh psühhootilised häired (skisofreenia, luululine häire), orgaanilised psüühikahäired (dementsus, deliirium), psühhoaktiivsed ained (tarvitamine, intoksikatsioon, võõrutusseisund), meeleoluhäired (depressioon, mania) ja äge stressreaktsioon.

---

*Haloperidooli kardiovaskulaarsete kõrvaltoimete tõttu (sh QTc aja pikenemine ja ventrikulaarsed rütmihäired) on soovitatav manustada ravimit i/m, eakatel patsientidel vähendada doosi poole võrra ning i/v manustamise korral jälgida pidevalt südame rütmi

**Bensodiasepiinide ohtlikud kõrvaltoimed on apnoe, hüpotensioon ja bradükardia, eakatel patsientidel vähendada doosi poole võrra

Haiglaeelne käsitlus:

1. Enese, patsiendi ja sündmuskoha ohutus! Agressiivse patsiendi korral kaasata politsei
2. SAMPLE – anamnees lähedastelt ja võimalusel patsiendilt
3. ABCDE ja psüühiliste funktsioonide uurimine (vt Lisa1. tabel)
4. Ravi:
   Agiteeritud ja ohtliku patsiendi korral võib olla esmalt vajalik agressiivse käitumise kupeerimine. Vajadusel bensodiasepiinide ja antipsühhootikumi kombinatsioon. Seejärel ABCDE kontroll.
   - Võõrutuspsühhoos, ärevus, agiteeritus – diasepaam 5–10 mg i/v; midasolaam 2,5–5 mg i/v, 5 mg i/m, i/n
   - Teadaolev psühhootiline häire – haloperidool 5 mg i/m, 2,5–5 mg i/v; diasepaam 5–10 mg i/v; midasolaam 2,5–5 mg i/v, 5 mg i/m, i/n
   - Esmane psühhoos – väldi haloperidooli; diasepaam 5–10 mg i/v; midasolaam 2,5–5 mg i/v, 5 mg i/m, i/n
5. Psühhoosis patsient vajab hospitaliseerimist. Hospitaliseerida EM osakonda või psühhiaatriakliinikusse vastavalt etioloogilise faktori hüpoteesile. Vajadusel konsulteerida arstiga.
6. Vajadusel füüsiline fiksatsioon ning transport koos politseiga. Jälgida, et fiksatsioon ei takistaks hingamist. Antipsühhootikumi ja/või bensodiasepiini manustamise järgselt monitoorida patsienti võimalike kõrvaltoimete osas.

Ärevus on kartusetunne, mis on põhjustatud välimise või sisemise ohu ootusest s.t reaalne ohustiimul puudub. Ärevus on kaasnev sümptom paljudele psüühikahäiretele. Ärevushäirete erinevad vormid on paanikahäire, generaliseerunud ärevushäire, äge stressreaktsioon, posttraumaatiline stressihäire jt häired.

Ärevushäirele on iseloomulikud nii psüühilised kui ka somaatilised sümptomid. Psüühilised sümptomid on pingetunne, rahutus, kergesti ehmumine, liigne muretsemine, surmahirm ning kaasneda võib depersonalisatsioon/derealisatsioon. Sageli esinevad somaatilised kaebused on südamepekslemine, valu rinnus, higistamine, suukuivus, treemor, hingamisraskus, tüki tunne kurgus, lihaspinge, paresteesiad, pearinglus ning iiveldus.

Paanikahäirele on iseloomulikud korduvad rasked ärevushood, koos väga tugeva kartuse ja vegetatiivsete sümptomitega, mis ei ole seotud mingi kindla

situatsiooni või muude välistingimustega ning seetõttu on subjektile ootamatud ja prognoosimatud. Paanikahoog kestab mõnest minutist mõne tunnini.

Haiglaeelne käsitlus:

1. Enese, patsiendi ja sündmuskoha ohutus!
2. SAMPLE – anamnees patsiendilt või lähedastelt
3. ABCDE ja psüühiliste funktsioonide uurimine (vt tabel)
4. Tugev ärevus/paanikahoog – diasepaam 5 mg p/o või alprasolaam 0,25–0,5 mg p/o
5. Patsient ei vaja hospitaliseerimist kui on välistatud kaebuste erakorralised somaatilised põhjused (rütmihäire südamepekslemise korral, äge koronaarsündroom rindkerevalu kaebuse korral jne), ärevus väheneb visiidi käigus, ei esine erakorralist hospitaliseerimist vajavat psüühikahäiret (deliirium, psühhoos) ja patsient ei ole enesele või teistele ohtlik. Edasine käsitlus perearsti juures. Veebipõhist vaimse tervise alast informatsiooni ja eneseabivõtteid leiab nt www.peaasi.ee

Lisa 1 Patsiendi uurimine

PATSIENDI UURIMINE	
ANAMNEES S – sümptomid ja kaebused A – allergiad M – ravimid P – varasemad haigused sh psühhiaatrilised diagnoosid L – viimati söönud/joonud E – hiljutised sündmused	Võimalikult täpne sündmuskoha ja anamneesi kirjeldus. Info patsiendilt, kui see ei ole patsiendi seisundi tõttu võimalik, siis küsitleda lähedasi, naabreid jne. Agressiivse/ohtliku patsiendi kutsele kaasata politsei.
SOMAATILINE UURIMINE	**PSÜÜHILISTE FUNKTSIOONIDE HINDAMINE**
A vabade hingamisteede kontroll	**Teadvusseisund** somnolents, soopor, kooma orienteerumine ajas, kohas, isikus ja situatsioonis
B hingamissagedus, SpO_2, kopsude auskultatoorne leid	**Kognitiivsed funktsioonid** **Tajumine** hallutsinatsioonid **Mõtlemine** vormilised (tempo, seoslikkus, sihipärasus) ja sisulised (sundmõtted, luulumõtted) häired **Intellekt** dementsus, vaimne alaareng **Mälu** amneesia, konfabulatsioon
C südame löögisagedus, rütm, vererõhuväärtus, kapillaartäituvus, vajadusel EKG (rindkerevalu või rütmihäire kaebus)	**Emotsioonid** meeleolu alanemine/kõrgenemine depressioon, ärevus, mania
D GKS, pupillid, neuroloogiline koldeleid, meningeaalsündroom	**Tahteaktiivsus, käitumine** psühhomotoorne rahutus, hüpoaktiivsus
E veresuhkur, kehatemperatuur, naha värvuse ja limaskestade hindamine, vajadusel vigastuste/süstejälgede kontroll, kõhu palpatsioon ja valu tugevuse hindamine	**Füsioloogiliste funktsioonide muutused** unerütmi muutused, söögiisu