



Datum: _____

Leta šolanja: _____

Podatki o svojcih ali drugih pomembnih bližnjih: _____

Stanujoč/a: _____, tel: _____.

Pričetek zdravljenja z antipsihotikom (leto): _____

Trajanje zdravljenja z antipsihotikom _____

Vrsta uporabljenega antipsihotika: _____

Antipsihotiki per os:

 atipični antipsihotik: _____ klasični antipsihotik: _____

Odmerek antipsihotika per os: _____ mg/dan

Prekinitev prejemanja antipsihotika v zadnjem letu:

 da ne ni podatka

Uporaba antiholenergika:

 da ne ni podatka

Zadnje leto uporabljen antipsihotik v depo obliki:

 da: flufenazin ne cuklopentiksol flupentiksol haloperidol consta

Odmerek depo antipsihotika mg/tedni: _____

Druga dodatna terapija:

 antidepresiv: _____ anksiolitik: _____ hipnotik: _____ drugo: _____ ni podatka: _____

V popisu bolezni opisan stranski učinek terapije v zadnjem letu:

 da ne

DISTONIJA: terapija

1. Medikamentozna terapija:
 - antiholinergik biperiden 5 mg i.m.
 - če ni učinka ponovimo po 30 minut
 - če ni učinka dodamo diazepam 5 do 10 mg i.m.
2. Pogovor, pomiritev, razložimo za kakšen stranski učinek gre.
3. Če se distonija ponavlja:
 - predpišemo antiholinergik per os za dobo 1-2 tedna
 - zmanjšamo odmerke antipsihotika
 - terapijo ukinemo
 - zamenjamo antipsihotik z atipičnim antipsihotikom

TARDIVNA DISKINEZIJA: terapija

1. Zamenjava klasičnega antipsihotika z atipikom.
2. Ukinitvev antiparkinsonikov, ker stanje slabšajo.
3. Povečanje doze nevroleptika v kolikor je šlo za maskirano TD.

MEDIKAMENTOZNI PARKINSONIZEM: terapija

1. Zmanjšamo odmerke antipsihotika in predpišemo antiholinergik. Učinek se pokaže po dveh dneh, predvsem na tremor, nekoliko manj na akinezijo. Če je bolnik odreagiral, naj bi antiparkinsonik prejemal 4-8 tednov, nato ga počasi ukinemo.
2. Zamenjamo antipsihotično terapijo z atipičnim antipsihotikom

AKATIZIJA: terapija

1. Bolnika pomirimo s pogovorom.
2. Zmanjšamo odmerke antipsihotika.
3. Dodamo antiholinergik (če so hkrati prisotni tudi znaki parkinsonizma).
4. Benzodiazepini – lorazepam 1,5 – 5 mg
 - klorazepam 0,5 – 1 mg
 - diazepam 15 – 30 mg
5. Propranolol 40–80 mg

NEVROLEPTIČNI MALIGNI SINDROM: terapija

1. ukinitvev antipsihotika
2. intenzivno zdravljenje z nadzorom VF
3. pacienta napotimo v somatsko bolnišnico

DISTONIJA

Distonija je nenaden mišični krč ali rigidnost v skupini mišic:

a) regija glave in vratu:

- grimase
- izplazenje jezika
- trizmus
- okulogirne krize z deviacijo pogleda vstran in navzgor
- laringofarigealna konstrikcija
- krč vratnih mišic
- tortikolis, retrokolis

b) mišice trupa in okončin:

- opistotonus
- scolioza
- bizarne poteze
- nenavadne drže udov

Diferencialna diagnoza:

- | | | |
|-------------------------|-------------|-------------------------------|
| - katatonija | - manirizmi | - stereotipno-bizarno gibanje |
| - temporalna epilepsija | - tetanus | - konverzivna motnja |

TERAPIJA

1. Medikamentozna terapija:

- antiholinergik biperiden 5 mg i.m.
- če ni učinka ponovimo po 30 minut
- če ni učinka dodamo diazepam 5 do 10 mg i.m.

2. Pogovor, pomiritev, razložimo za kakšen stranski učinek gre.

3. Če se distonija ponavlja:

- predpišemo antiholinergik per os za dobo 1-2 tedna
- zmanjšamo odmerek antipsihotika
- terapijo ukinemo
- zamenjamo antipsihotik z atipičnim antipsihotikom

TARDIVNA DISKINEZIJA

Diagnozo Tardivna diskinezija postavimo, če so izpolnjeni naslednji splošni pogoji:

- najmanj tri mesece skupno izpostavljenost antipsihotikom, simptomi ostanejo nespremenjeni še mesec dni po ukinitvi terapije
- srednje težko abnormno gibanje na enem delu telesa oziroma blago gibanje na dveh delih
- odsotnost drugih stanj, ki lahko povzročajo zhibke

Pojavljane kot:

- horeatično gibanje (hitri, sunkoviti gibi)
- atetoično gibanje (počasno, stalno, sinusno)
- ritmično gibanje (stereotipno)

Mišične skupine:

- orofacialni predel
- prsti rok in nog
- področje glave, vratu, trupa
- nepravilnosti pri dihanju in požiranju

Diferencialna diagnoza:

- spontane diskinezije
- bizarno stereotipno vedenje
- manirizmi
- Huntington horea
- Wilsonova bolezen
- Giles de la Tourette sy
- tiki
- hipertireoidizem
- hipoparatiroidizem
- hiperglikemija
- stranski učinki terapije z dopaminskimi agonisti L-dopo, bromokriptin, pergolid

Glede na način pojavljanja TD, ločimo:

1. Verjetna TD – prisotna v času zdravljenja z nevroleptiki

- prehodno – po 6-12 mesecih izgine
- stalna – se po 12 mesecih ne popravi

2. Maskirana TD – pojavi se, ko terapijo z antipsihotikom prekinemo oz. ko dozo antipsihotika zmanjšamo.

TERAPIJA

1. Zamenjava klasičnega antipsihotika z atipikom.
2. Ukinitvev antiparkinsonikov, ker stanje slabšajo.
3. Povečanje doze nevroleptika v kolikor je šlo za maskirano TD.

MEDIKAMENTOZNI PARKINSONIZEM

Medikamentozni parkinsonizem vključuje:

1. Bradikinezijo:

- osiromašenost gibov in mimike
- izguba spremljanja hoje z rokama
- ob hoji je telo v fleksiji
- pomanjkanje spontanih gibov
- težave pri iniciaciji gibov
- monoton glas

2. Rigidnost:

- simetrično izražena na rokah in nogah
- fenomen zobatega kolesa

3. Tremor:

- ritmičen \surd 3-8 Hz
- v mirovanju
- zmanjša pri delu
- perioralni tremor »rabbit syndrom«

Diferencialna diagnoza:

- idiopatski parkinsonizem
- katatonija
- negativni simptomi bolezni
- pozitivni simptomi bolezni
- psihomotorna zavrtost ob depresiji ali upočasnjeno ob demenci
- hospitalizem
- hipotireoidizem
- Wilsonova bolezen
- NMS
- stranski učinki terapije z antidepressivi

TERAPIJA

1. Zmanjšamo odmere antipsihotika in predpišemo antiholinergik. Učinek se pokaže po dveh dneh, predvsem na tremor, nekoliko manj na akinezijo. Če je bolnik odreagiral, naj bi antiparkinsonik prejemal 4-8 tednov, nato ga počasi ukinemo.
2. Zamenjamo antipsihotično terapijo z atipičnim antipsihotikom.

NEVROLEPTIČNI MALIGNI SINDROM

Nevroleptični maligni sindrom je resna motnja, ki se pojavi kadarkoli med terapijo z antipsihotiki:

- motorični simptomi: mišična rigidnost, distonija, akinezija, disfagija
- avtonomni znaki: hipertermija, potenje, hipertenzija, labilen krvni tlak, tahikardija, inkontinenca
- motnje zavesti: somnolenca do kome
- psihične motnje: otopelost, neodzivnost, agitacija
- laboratorijski izvidi, levkocitoza, zvišana frakcija fosfokreatinkinaze, patološki jetrni testi

Diferencialna diagnoza:

- katatonija
- akutna distonija
- delirij druge etiologije
- vročinsko obolenje
- encefalitis
- zastrupitve

TERAPIJA

1. ukinitve antipsihotika
2. intenzivno zdravljenje z nadzorom VF
3. pacienta napotimo v somatsko bolnišnico

LITERATURA

1. Jankovic J. Tardive Syndromes and Other Drug-Induced Movement Disorders. Clinical Neuropharmacology 1995; 18: 3: s197-214.
2. Casey DE. Tardive dyskinesia. In: Melzer HY, ed. Psychopharmacology: The third Generation of Progress. New York: Raven Press, 1987: 1411 – 9.
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington DC, American Psychiatric Association 1994.
4. Liblin H, Gerlach J. Behavioural effects of dopamine D-1 and D-2 receptors agonists in mokeys previously treated with haloperidol. Eur J Pharmacol 1989; 153: 239-45.
5. Fishbain DA. Fluoxetine and Extrapyramidal Side Effects. Am J psycchiatry 1996, 153:3: 449
6. Kaplan HI, Sadoch BJ. Synopsis of Psychiatry. Baltimore, Hong Kong, London: Williams & Wilkins, 1991:320-42.
7. Remington G, Bezchlibnyk-Butler K. Managment of neuroleptic – induced extrapyramidal symptoms. CNS Druggs 1996; Suppl. 1: 1-12.
8. D. Taylor, C. Paton, R. Kerwin: 2003 Prescribing Guidelines.