

ประสาทแพทย์ยุคใหม่ ในวิกฤติCOVID-19

การจัดการผู้ป่วยนอก ผ่านมุมมองของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคพาร์กินสัน

แพทย์หญิงศศิวิมล วีระเมธีกุล
ศาสตราจารย์นายแพทย์รุ่งโรจน์ พิทยศิริ

“เทคโนโลยีจะเกิดประโยชน์สูงสุด เมื่อมนุษย์นำมาใช้ถูกสถานการณ์ ถูกเวลา และใช้อย่างเหมาะสม”

มนุษย์เกือบทุกคนในโลกในยุคปัจจุบันนี้ ต่างก็อยู่ในโลกสมัยใหม่ที่ทุกวันจะต้องออกจากบ้านและเดินทางไปทำกิจกรรม เข้าสังคมต่างๆ โดยกิจกรรมหรือสิ่งที่ไปทำนั้น ประมาณ 80% เป็นการทำให้ “ความอยู่รอด” หรือเพิ่มโอกาสอยู่รอดในอนาคต เช่น การผลิตอาหาร ยารักษาโรค การก่อสร้างที่อยู่อาศัย การทำงานในโรงงานหรือสำนักงาน และงานบริการต่าง ๆ เช่นการแลกเปลี่ยนสินค้าระหว่างกัน และการเข้าถึงการบริการทางการแพทย์ ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญมากที่สุดอย่างหนึ่ง และอีก 20% นั้นเป็นกิจกรรมเพื่อการบันเทิงและท่องเที่ยว

การระบาดของCOVID-19 ตั้งแต่ต้นปีนี้ ทำให้มนุษย์ต้องทำ “Social Distancing” คือไม่ให้คนมาอยู่ใกล้กัน 2-3 เมตร หลีกเลี่ยงการชุมนุมกันมาก ๆ ไม่ให้คนต่างถิ่นไปมาหาสู่กัน เพราะจะทำให้โรคติดต่อกันได้ง่ายและไม่สามารถควบคุมการระบาดได้ สิ่งที่ทำกันในตอนนี้ก็คือการลดกิจกรรมทั้งหมดลงมาอย่างมากและทันที

บุคลากรทางการแพทย์ในหลายๆส่วน ได้รับการเปรียบให้เป็น นักรบเสื้อกาวน์ เป็นทัพหน้าที่อุทิศตน เสียสละในการดูแลผู้ป่วยCOVID-19 ประสาทแพทย์ก็เช่นกัน ปฏิเสธไม่ได้ว่าเราต่างเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่ได้รับผลกระทบจากวิกฤติสุขภาพดังกล่าว แต่มากไปกว่านั้น เรายังมีบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบ ในฐานะแพทย์ อาจารย์แพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่จำเป็นต้องปรับตัวอย่างมาก เพื่อปฏิบัติหน้าที่ ดูแลผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม ตลอดจนพัฒนาความรู้ ความสามารถ การเรียน และการสอนอย่างเหมาะสมในสถานการณ์ความปกติใหม่ (new normal)

ตั้งแต่ช่วงต้นปีที่ผ่านมา มีรายงานอาการ และอาการแสดง ทางระบบประสาทในผู้ป่วย COVID-19 มากขึ้นเรื่อยๆ ทั้งอาการทางระบบประสาทส่วนกลาง(CNS manifestations) เช่น acute cerebrovascular disease, encephalitis, impair consciousness, headache(1) และระบบประสาทส่วนปลาย (PNS manifestations) เช่น skeletal muscle injury, neuropathic pain, taste and smell impairment(1, 2) และ GBS (case report) ประสาทแพทย์จึงอาจได้รับการปรึกษาให้ร่วมดูแลผู้ป่วยดังกล่าว นอกจากนั้นจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น อาจทำให้แพทย์บางสาขาวิชาขาดแคลนหรืออาจถูกกักตัวแยกโรค(Self Quarantine) ในฐานะส่วนหนึ่งของวิชาชีพแพทย์ จึงจำเป็นต้องศึกษาและติดตามข้อมูล เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถวินิจฉัยแยกโรค และดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

Telehealth (บริการทางการแพทย์ผ่านระบบอินเทอร์เน็ต) หรือ Telemedicine (ระบบการปรึกษาแพทย์ทางไกล) หรือ Online Medical Consultation และอีกหลากหลายคำที่อาจใช้เรียกแทนกัน คือ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในด้าน การแพทย์ผ่านระบบโทรคมนาคม โดยเฉพาะการนำเทคโนโลยีดิจิทัล(AI และ big data) และเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ความเร็วสูงมาใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชนจะทำให้เกิดการดูแลสุขภาพร่างกายอย่างทั่วถึง ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของทุกคนในสังคม ซึ่งมีการพูดถึงกันมาตั้งแต่ปี 1970 ส่วนประเทศไทยได้มีการนำร่องระบบ telemedicine โดยทั้งภาครัฐบาลและเอกชนมาระยะหนึ่งแล้ว แต่ตัวเลขการเติบโตของผู้ใช้บริการทั้งในประเทศไทย และทั่วโลกไม่ได้สูงนัก จากการเก็บข้อมูลของ Statista ในช่วงปี 2013 (7 ปีก่อน) มีผู้ใช้งานเพียงสามแสนรายทั่วโลก และ

สูงขึ้นเป็นหนึ่งล้านคนในปี 2015 และที่เจ็ดล้านคนในปี 2018 แต่แน่นอนว่าสถานการณ์ COVID-19 ได้เร่งให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสถานพยาบาล และประชาชนให้เข้ารับบริการผ่านทางระบบtelemedicineมากขึ้น เช่น Teletriage ซึ่งเป็นการนำเทคโนโลยีมาใช้ช่วยคัดกรองผู้ป่วยก่อนจะมาถึงโรงพยาบาล ด้วยการตอบแบบสอบถามประเมินความเสี่ยงผ่านทางวิดีโอคอล หรือรูปแบบอื่นๆ เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถประเมินความเสี่ยง และแนะนำช่องทางการเข้ารับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง และสูงอายุ ถือเป็นกลุ่มผู้มีความเสี่ยงสูงที่อาจมีความรุนแรงของโรคCOVID-19มากกว่าปกติ ในขณะที่เดียวกันจำเป็นต้องรับประทานยาและตรวจติดตามอาการต่อเนื่อง การนำ Telemedicine มาใช้เพื่อให้แพทย์ได้ให้คำปรึกษาผู้ป่วย โดยเฉพาะการใช้วิดีโอคอล ร่วมกับ Telemonitoring รูปแบบต่างๆ (เช่น การใช้เครื่องวัดการเคลื่อนไหวที่เชื่อมต่อกับแอปพลิเคชัน ซึ่งข้อมูลถูกส่งตรงไปยังแพทย์) เพื่อให้แพทย์สามารถประเมินผู้ป่วย ให้คำแนะนำในการรักษา และรับประทานยาต่อได้ รวมถึงระบบเภสัชกรออนไลน์ ทำให้หลังจากแพทย์ออกใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ สามารถนำส่งยาและเวชภัณฑ์ถึงบ้านของผู้ป่วยได้ เทคโนโลยีนี้สามารถช่วยลดการเดินทางมาโรงพยาบาล ความเสี่ยงในการติดเชื้อ ลดค่าใช้จ่ายการรักษา ลดการใช้ทรัพยากรในโรงพยาบาลซึ่งมีจำกัด โดยที่ผู้ป่วยยังสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ได้

องค์ประกอบสำคัญที่ทำให้ Telemedicine มีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยการทำงานร่วมกัน (team work)ของบุคคลที่เกี่ยวข้อง ทั้งแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและผู้ดูแล การจัดการ วางแผนขั้นตอนการทำงานอย่างเป็นระบบ กำหนดเป้าหมายและประเมินผลชัดเจน เลือกใช้สื่อ เครือข่าย และเทคโนโลยีที่เหมาะสม ผ่านระบบที่มีการ encrypted data ป้องกันข้อมูลส่วนบุคคลรั่วไหล และเป็นไปตาม HIPPA compliance

ขั้นตอนการจัดการTelemedicine

1) Pre-visit

- วางแผนงาน กำหนดwork flow มอบหมายหน้าที่แต่ละบุคคลให้ชัดเจน (Planning, designing work flow, identifying a need and forming the team)
- จัดเตรียมสถานที่ สิ่งแวดล้อม ระบบเครือข่าย สัญญาณinternet (Place, platform, and network)
- ประกาศช่องทางการตรวจรักษาทางสื่อต่างๆ (Announce telemedicine launch and availability)
- ติดต่อนัดหมายวันและเวลาที่แน่นอนกับผู้ป่วย (Schedule and appointment)
- แนะนำตัวทั้งเจ้าหน้าที่ และผู้ป่วย รวมถึงขอความยินยอมในการตรวจรักษา และเก็บข้อมูลผู้ป่วยด้วยช่องทางดังกล่าวอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร (Identification and consent form)
- อธิบายวิธีการและขั้นตอนในการเข้าถึง มีการทดลองใช้ระบบก่อนเข้ารับการรักษาจริง รวมถึงอาจมีช่องทางสำรองในกรณีที่ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถใช้ช่องทางหลักได้ หรือเมื่อระบบมีปัญหา(Teaching and testing)

2) Visit time

- โทรศัพท์เพื่อแจ้งเวลาตรวจรักษาก่อนประมาณ 10-15 นาที (Visit reminder)
- ทักทาย และแนะนำตัวอย่างสุภาพเหมาะสม
- ตรวจสอบชื่อผู้ป่วย และขอความยินยอมอีกครั้ง พร้อมแนะนำขั้นตอนคร่าวๆ กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ควรมีผู้ดูแลอยู่ด้วย

- ชักประวัติ และตรวจร่างกายตามความเหมาะสม หากต้องการให้ข้อมูลผู้ป่วยเพิ่มเติมอาจใช้วิธี share your screen
- บันทึกข้อมูลการตรวจรักษาอย่างเป็นระบบ (Document) รวมถึงการสั่งยา และบันทึกนัดหมายในครั้งต่อไป (schedule any necessary follow-up care)

3) After-visit

- ประเมินความพึงพอใจ และข้อเสนอแนะต่างๆระบบจากทั้งผู้ทำงาน และคนไข้ โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ (Collect patient and implement team satisfaction feedback)
- ปรับปรุงแก้ไข เพื่อพัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพต่อไป (Scaling)

กรณีที่แพทย์ประเมินแล้ว พบว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องเข้ารับบริการการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล ให้ปฏิบัติตามมาตรการsocial distancingอย่างเคร่งครัด

การจัดการสถานที่

- จัดตั้งจุดคัดกรองด้านหน้า บริเวณทางเข้าคลินิก เพื่อคัดกรองทุกคนทั้งเจ้าหน้าที่ และผู้ป่วย
- จัดพื้นที่สำหรับผู้ให้และผู้รับบริการเพื่อลดความแออัด ทำแนวกั้น ระยะห่างชัดเจนที่จุดรับบัตร ภายในห้องตรวจ ห้องยา ห้องการเงิน และติดสัญลักษณ์ตำแหน่งยืน แก้วอี้ ให้เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตร
- จัดบริการแอลกอฮอล์เจลล้างมือกระจายทุกพื้นที่บริการ
- มาตรการทำความสะอาดคลินิก และ Big Cleaning
- การติดตั้งระบบ Air Filter และเพิ่มการระบายอากาศในคลินิก

การจัดการทางบริหารจัดการ

- จัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล
- จัดตารางการทำงานใหม่ โดยอาจแบ่งการทำงานเป็นทีมสลับกัน เพื่อลดความแออัด และการติดต่อกันในหน่วยงาน หากมีกรณีฉุกเฉินจากโรคCOVID-19 จะยังมีอีกทีมที่สามารถปฏิบัติงานแทนได้
- จัดทำระบบคิว และระบบการนัดหมาย เหลือมเวลา เพื่อลดความแออัดในคลินิก

การจัดการที่ตัวบุคคล

- สวมใส่ ใช้งาน ถอดและทิ้งหน้ากากอนามัย อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล อย่างเหมาะสม
- แพทย์ควรหลีกเลี่ยงหัตถการที่ไม่จำเป็น เว้นระยะห่าง และสัมผัสผู้ป่วยเท่าที่จำเป็น
- ล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เจลก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย หรือทำหัตถการ
- จำกัดจำนวนผู้ป่วย และผู้ดูแลเพื่อลดความแออัดภายในคลินิก

ผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน กับความเสี่ยงอาการรุนแรงของCOVID-19

จากข้อมูลในปัจจุบัน กลุ่มประชากรที่มีอาการCOVID-19รุนแรง และมีอัตราการเสียชีวิตสูง(case fatality rate; CRF) ได้แก่ ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคหัวใจ(13.2%) เบาหวาน(9.2%) ความดันโลหิตสูง(8.4%) โรคปอดเรื้อรัง(8.0%)และโรคมะเร็งตามลำดับ (7.6%) ผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน แม้ปัจจุบันยังไม่มีรายงานความเสี่ยงดังกล่าว แต่เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และมีความสัมพันธ์กับโรคร่วมอื่นๆ ที่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมีความเสี่ยงสูง โดยเฉพาะ โรคหัวใจ โรคทางระบบทางเดินหายใจและปอด และการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน

ก่อนหน้านี้ มีการศึกษารายงานพบว่าโรคหัวใจบางกลุ่มพบได้มากในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ได้แก่ cardiac autonomic dysfunction, cardiomyopathy, coronary heart disease, arrhythmias, conduction defects(3) แต่ไม่พบกลไกชัดเจน เชื่อว่าอาจจะเกิดจากพฤติกรรมเนือยนิ่ง (Sedentary lifestyle)ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย(4) นอกจากนี้ยังมีปัญหาทางระบบทางเดินหายใจหลายชนิดที่สามารถอธิบายได้จากอาการทางพาร์กินสัน เช่นการกลืนลำบาก สำลัก (dysphagia and aspiration) และไม่สามารถไอได้อย่างมีประสิทธิภาพ (chest wall rigidity and decreases in the sensory component of the cough reflex) ทำให้อาจเกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง (aspiration pneumonia) และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ1ในผู้ป่วย อีกปัญหาคือเรื่องrespiratory muscle weakness, axial manifestations, and abnormal posture (e.g., camptocormia, stoop) ทำให้กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจแข็งเกร็ง (respiratory muscle rigidity) ไม่สามารถหายใจเข้าออกได้สุด(poor respiratory excursions) ปอดแฟบ(lung atelectasis) ส่งผลให้เกิดปัญหาทางเดินหายใจล้มเหลว (ventilatory failure)(5, 6) ได้มากหากมีการติดเชื้อทางระบบทางเดินหายใจ รวมถึงสาเหตุจากระบบประสาทส่วนกลาง(central mechanism) มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าทั้งผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และผู้ป่วยที่ติดเชื้อ SARS-CoV-2 ต่างมีรอยโรคที่บริเวณก้านสมองส่วนที่ควบคุมการหายใจในมนุษย์ (medulla oblongata)(5)

ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในช่วงสถานการณ์การระบาด COVID-19

ผลกระทบทางตรง :

ถึงแม้ปัจจุบันยังไม่มีรายงานผลของCOVID-19ต่ออาการและการดำเนินโรคของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน นอกจากบทความที่เพิ่งตีพิมพ์ลงในวารสารJMD (Journal of Movement disorder) ที่รายงานคนไข้พาร์กินสันที่ติดเชื้อCOVID-19 และเสียชีวิตในเวลาต่อมา(5) แต่มีการศึกษาผลของการติดเชื้อต่างๆ(systemic infections) โดยเฉพาะ respiratory tract infection(7, 8) ทำให้ผู้ป่วยมีไข้สูง สับสน สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงการรับประทายรักษาโรคพาร์กินสัน (dopaminergic medication) pharmacodynamic และ dopamine metabolismในสมอง ทำให้ทั้งอาการทางการเคลื่อนไหวและนอกเหนือจากการเคลื่อนไหวแย่ลง จนอาจเกิดภาวะakinetic crisis หรือ Parkinsonism-hyperpyrexia syndrome ซึ่งเป็นภาวะเร่งด่วนและอันตรายถึงชีวิต (8)

ผลกระทบทางอ้อม

ด้วยมาตรการกักตุนสภาพแวดล้อมให้แยกออกจากผู้อื่น (Social distancing) ทำให้ผู้ป่วยพาร์กินสันถูกจำกัดกิจกรรมนอกบ้าน การเข้าสังคม ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว การเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย มีผลต่อทั้งอาการด้านการเคลื่อนไหว และนอกเหนือจากการเคลื่อนไหว การแพร่ระบาดของโควิด-19 ทำให้เกิดความกลัว ความเครียด วิตก

กังวลถึงสุขภาพของตนเองและคนที่รัก ซึมเศร้า นอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้ลดลง ความสามารถในการประกอบกิจกรรมช่วยเหลือตนเองถดถอย และเกิดประเด็นขัดแย้งกับผู้อื่นมากขึ้น

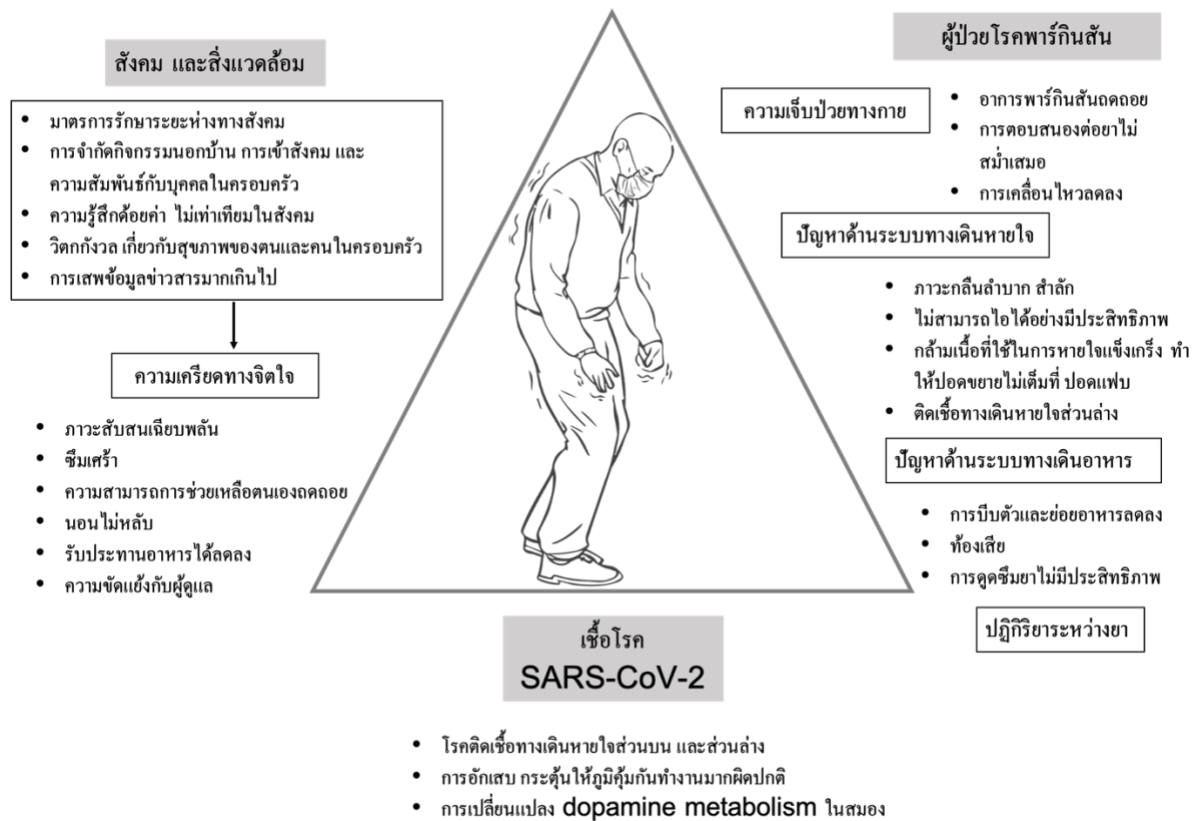
การดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในช่วงสถานการณ์การระบาด COVID-19

การนำเทคโนโลยี telemedicine มาช่วยในการตรวจรักษา ประเมินอาการ ให้คำปรึกษาแนะนำดังกล่าวข้างต้น นอกจากช่วยลดความเสี่ยงในการเดินทางมาโรงพยาบาลยังช่วยลดความเครียดและกังวลของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลได้เป็นอย่างมาก ควรหมั่นสังเกตอาการความผิดปกติของผู้ป่วย เนื่องจากในผู้สูงอายุอาการอาจจะไม่ตรงไปตรงมาเมื่อมีความเจ็บป่วย เช่น อ่อนเพลีย ซึมลง สับสน ความรู้สึกตัวและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองถดถอยอย่างรวดเร็ว

หากพบว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อ COVID-19 ระหว่างรักษา ยังสามารถรับประทานยาที่ใช้ในการรักษาโรคพาร์กินสันได้ตามปกติ แต่อาจมีการปรับเปลี่ยนชนิด รูปแบบ และขนาดยาได้ หากการสนองต่อยาไม่สม่ำเสมอ มีผลข้างเคียงหรืออยู่ในภาวะจำเป็นบางอย่าง เช่น ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ ไม่หยุดยาหรือปรับลดขนาดยาลงมากอย่างทันที เนื่องจากอาจทำให้เกิดอันตรายร้ายแรงถึงชีวิตได้

ยาที่ใช้ในการรักษาอาการเจ็บป่วยอื่น ๆ (symptomatic treatment) เช่น ยาแก้ปวดลดไข้ (antipyretic) ยาลดน้ำมูก (antihistamine, decongestant) ยาแก้ไอ (cough suppressant) สามารถใช้ร่วมกับยารักษาโรคพาร์กินสันได้ ยกเว้นให้หลีกเลี่ยงการใช้ยาแก้ไอที่มีส่วนผสมของ dextrometorphane และ cyclobenzaprine ยาลดน้ำมูกที่มีส่วนผสมของ pseudoephedrine, phenylephrine และ phenylpropranolamine ร่วมกับยา monoamine oxidase inhibitor (e.g., selegiline and rasagiline) เนื่องจากยาทั้งสองกลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ (sympatomimetic) อาจทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อกันของยาร้ายแรงได้ (Drug interaction)

ยาด้านไวรัส (e.g., favipiravir, atazanavir, lopinavir/ritonavir, remdesivir) และยาด้านมาลาเรีย (chloroquine and hydroxychloroquine) ที่มีนำมาศึกษาและใช้รักษาโรค COVID-19 ยังไม่มีการรายงาน drug interaction กับยาที่ใช้รักษาโรคพาร์กินสัน



ดัดแปลงจาก Bhidayasiri R, Virameteekul S, Kim J-M, Pal PK, Chung S-J. COVID-19: An Early Review of Its Global Impact and Considerations for Parkinson's Disease Patient Care. JMD. 2020;0(0):0-

“ปรับตัวใหม่ เปิดใจเรียนรู้ แก้ไขข้อจำกัด ป้องกันข้อผิดพลาด คือทักษะที่ประสาทแพทย์ยุคใหม่ทุกคนต้องมี”

References :

1. Helms J, Kremer S, Merdji H, Clere-Jehl R, Schenck M, Kummerlen C, et al. Neurologic Features in Severe SARS-CoV-2 Infection. New England Journal of Medicine. 2020.
2. Mao L, Jin H, Wang M, Hu Y, Chen S, He Q, et al. Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China. JAMA Neurology. 2020.
3. Scorza FA, Fiorini AC, Scorza CA, Finsterer J. Cardiac abnormalities in Parkinson's disease and Parkinsonism. J Clin Neurosci. 2018;53:1-5.
4. Potashkin J, Huang X, Becker C, Chen H, Foltynie T, Marras C. Understanding the links between cardiovascular disease and Parkinson's disease. Mov Disord. 2020;35(1):55-74.
5. Bhidayasiri R, Virameteekul S, Kim J-M, Pal PK, Chung S-J. COVID-19: An Early Review of Its Global Impact and Considerations for Parkinson's Disease Patient Care. JMD. 2020;0(0):0-
6. Baille G, Perez T, Devos D, Machuron F, Dujardin K, Chenivesse C, et al. Dyspnea Is a Specific Symptom in Parkinson's Disease. J Parkinsons Dis. 2019;9(4):785-91.

7. Zheng KS, Dorfman BJ, Christos PJ, Khadem NR, Henchcliffe C, Piboolnurak P, et al. Clinical characteristics of exacerbations in Parkinson disease. *Neurologist*. 2012;18(3):120-4.
8. Rajan S, Kaas B, Moukheiber E. Movement Disorders Emergencies. *Semin Neurol*. 2019;39(1):125-36.