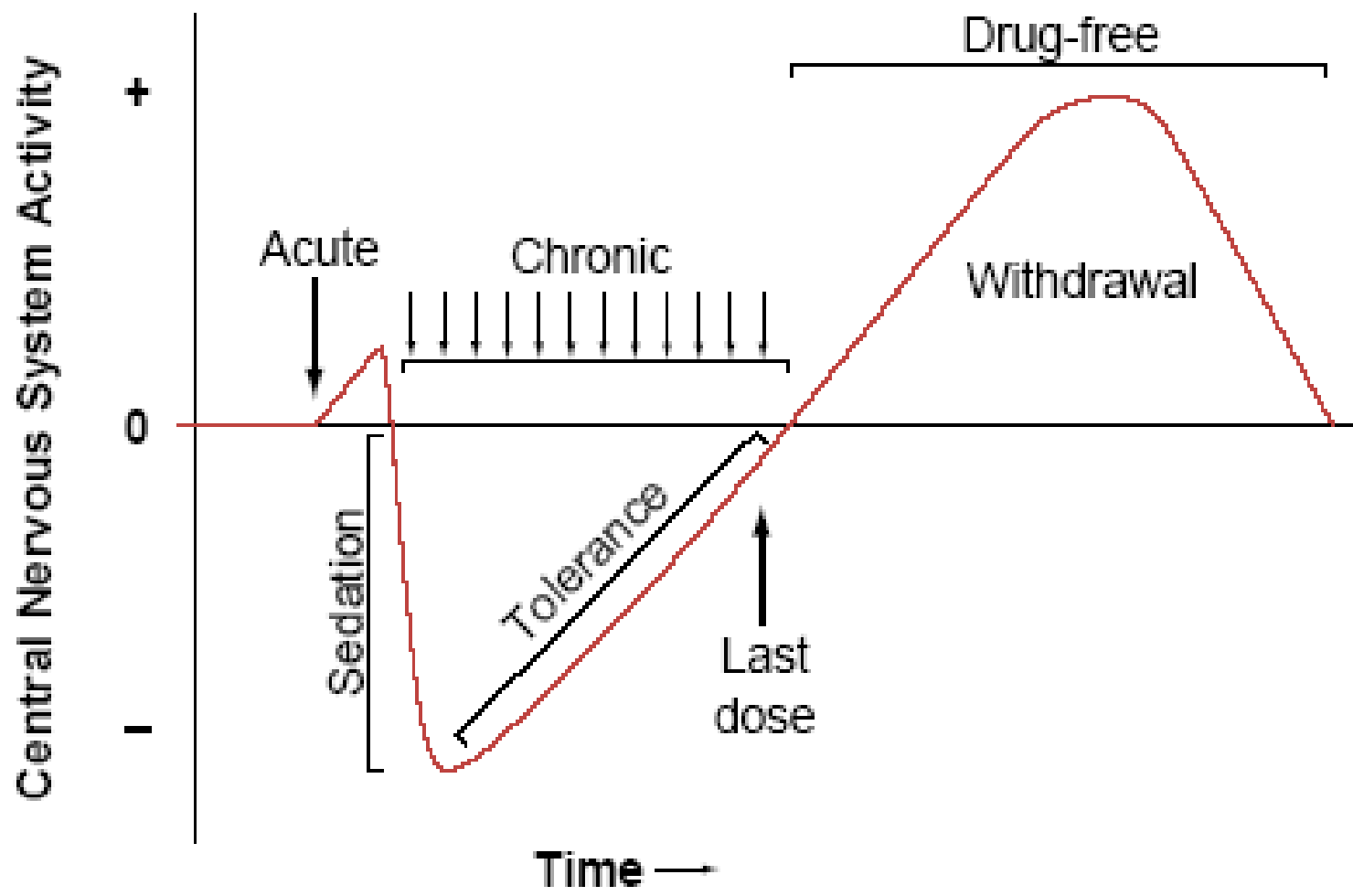


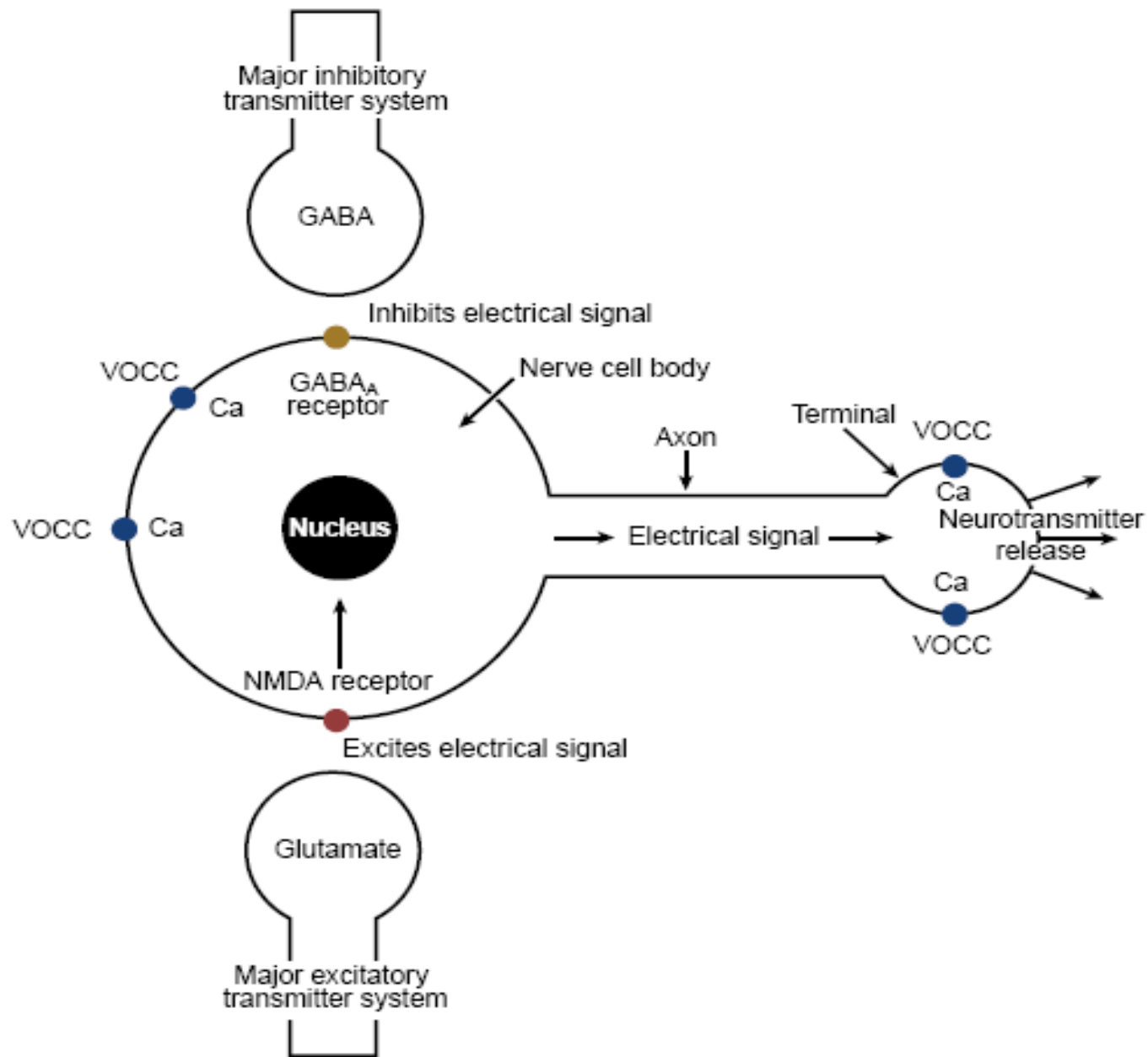
Alkoholowy zespół abstynencyjny
i psychozy alkoholowe
- rozpoznawanie i postępowanie

Prof. dr hab. Marcin Wojnar

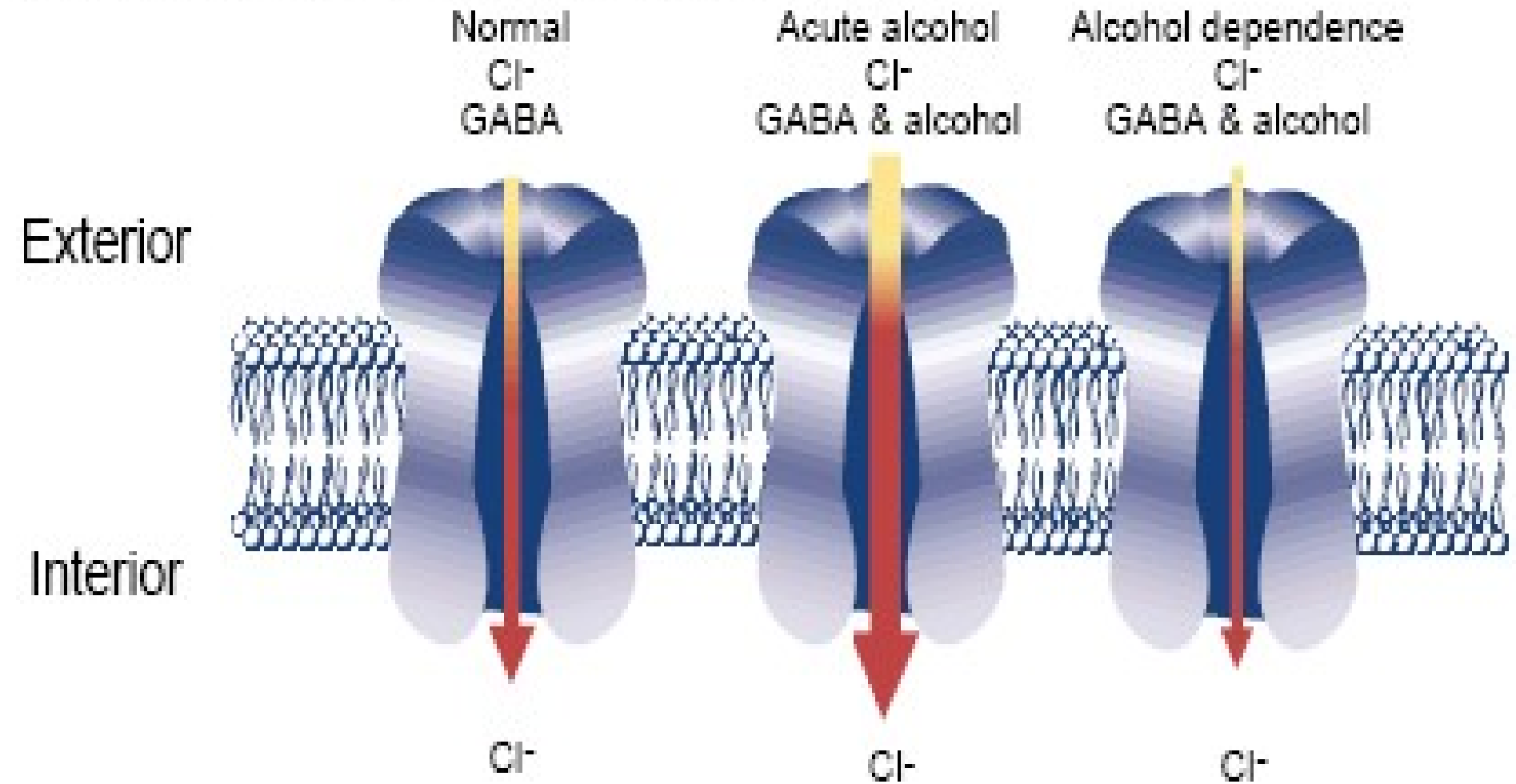
ALKOHOLOWY ZESPÓŁ ABSTYNENCYJNY (AZA) F10.3 (ICD-10)

**Zespół objawów pojawiających się
wskutek przerwania picia lub
ograniczenia ilości alkoholu
spożywanego długotrwale i/lub
w wysokiej dawce**

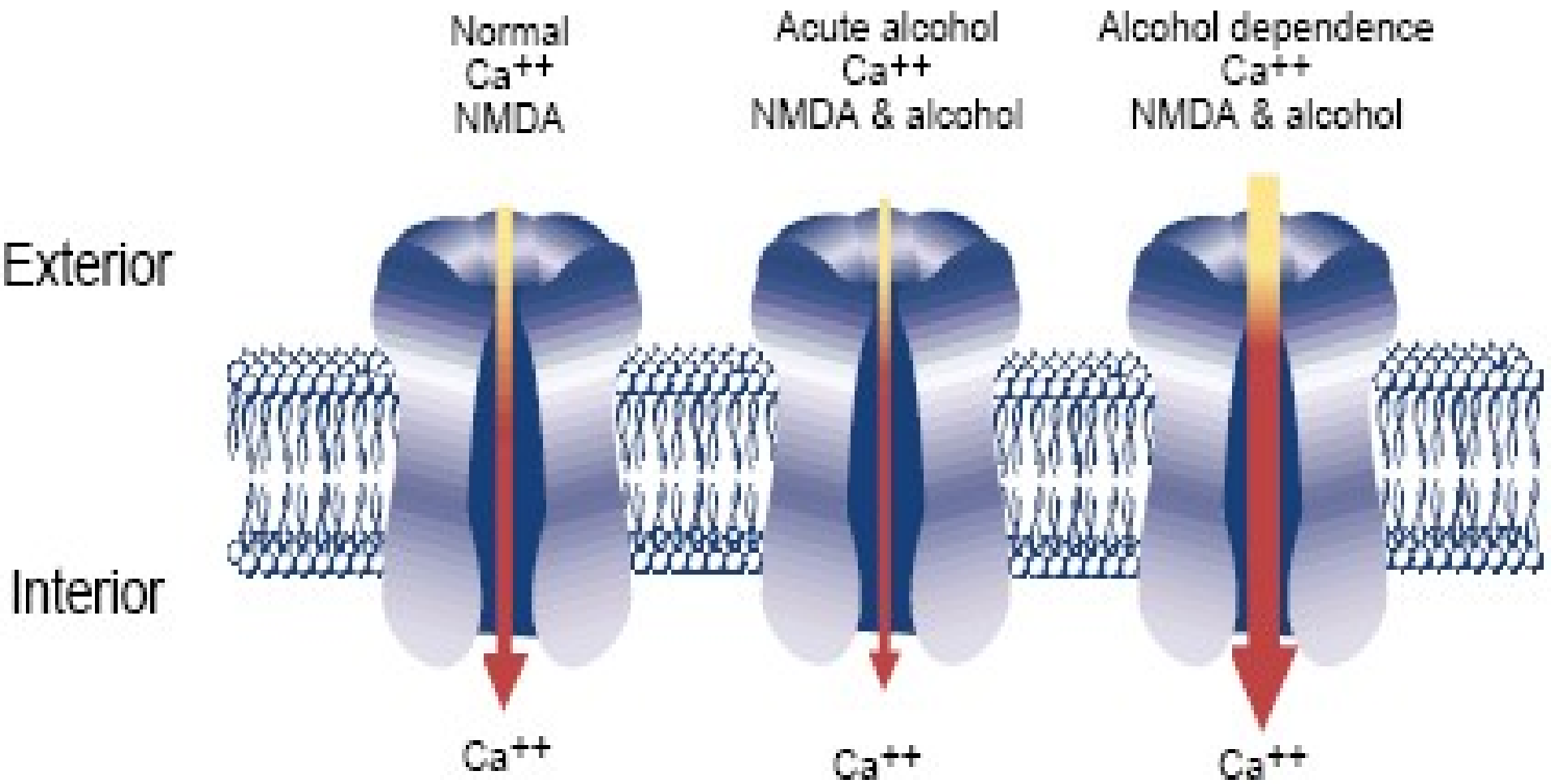




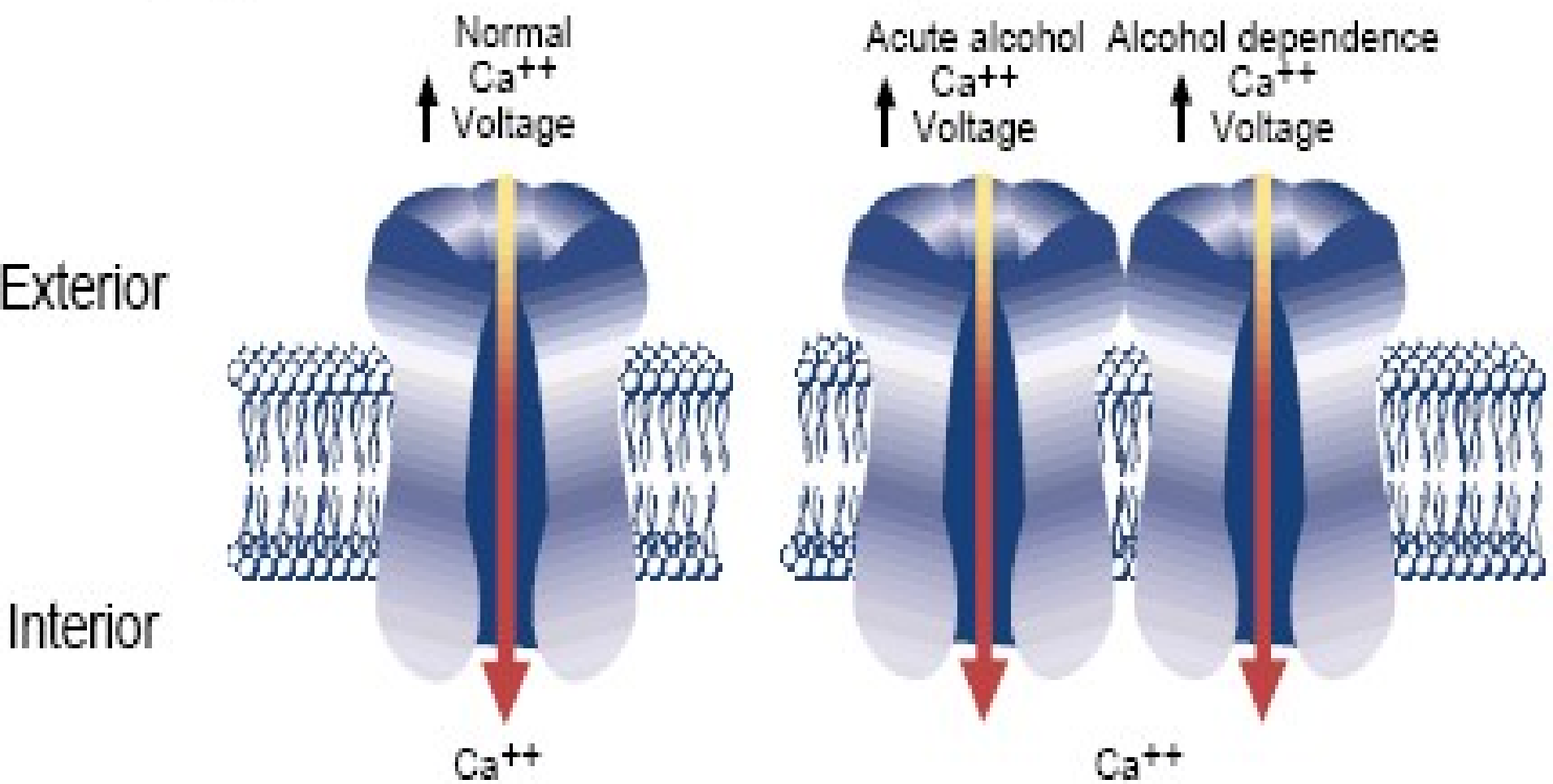
A. GABA_A receptor sensitivity is reduced



. NMDA receptor sensitivity is enhanced

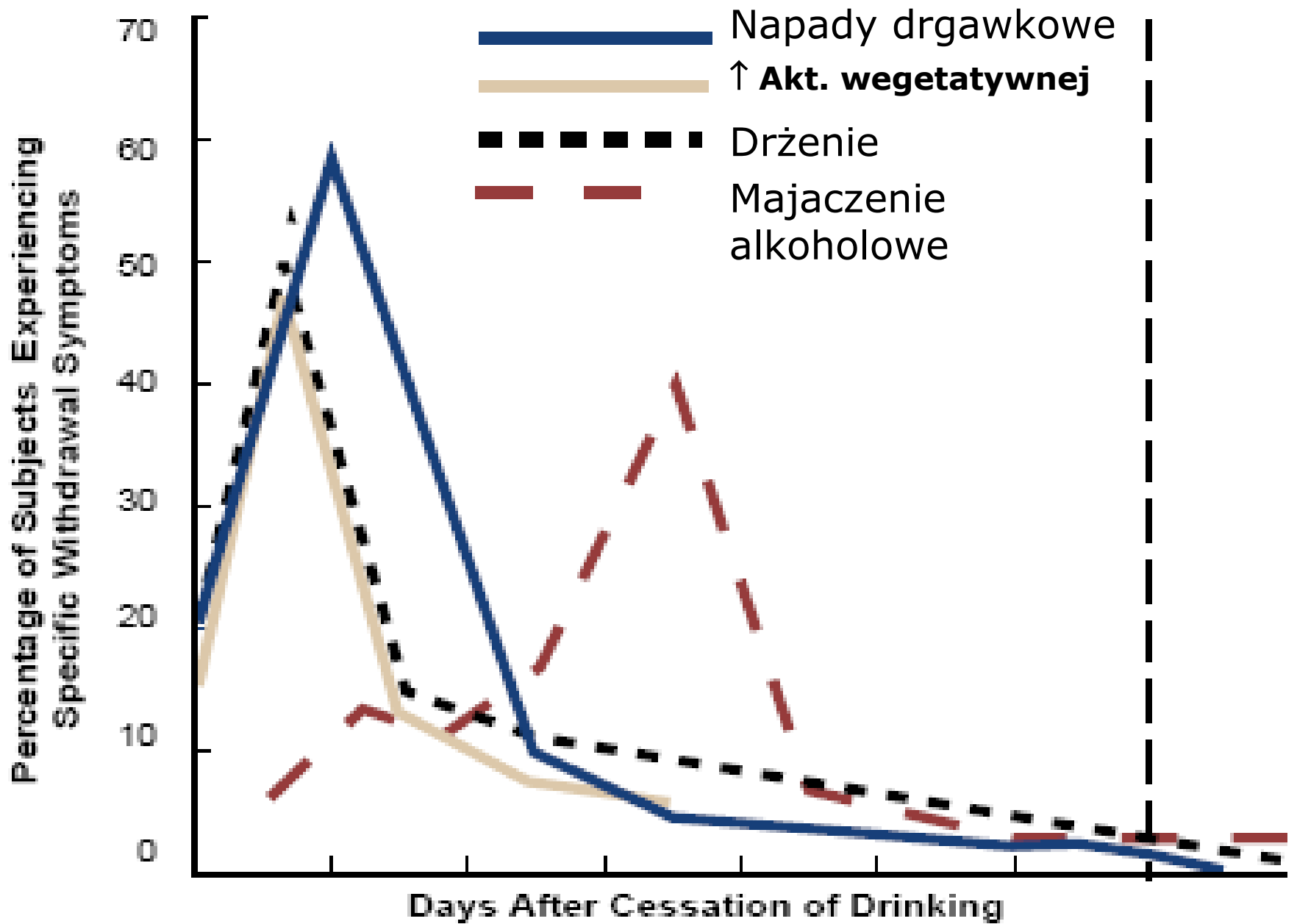


. Voltage-gated calcium channel density is increased



OBJAWY AZA (ICD-10)

- Drżenie mięśniowe języka, powiek i wyciągniętych rąk
- Pocenie się
- Nudności lub wymioty
- Tachykardia i/lub podwyższone ciśnienie tętnicze
- Ogólne złe samopoczucie, rozbiecie lub osłabienie
- Bóle głowy
- Bezsenna
- Pobudzenie psychoruchowe
- Lęk, niepokój, nadwrażliwość na bodźce
- Przemijające złudzenia albo omamy: wzrokowe, dotykowe lub słuchowe





Najczęściej

NIEPOWIKŁANE AZA ~ 90%

POWIKŁANE AZA 5–15%

1. Drgawkowe napady abstynencyjne F10.31
2. Majaczenie alkoholowe F10.4
3. Ostra halucynozja alkoholowa F10.5

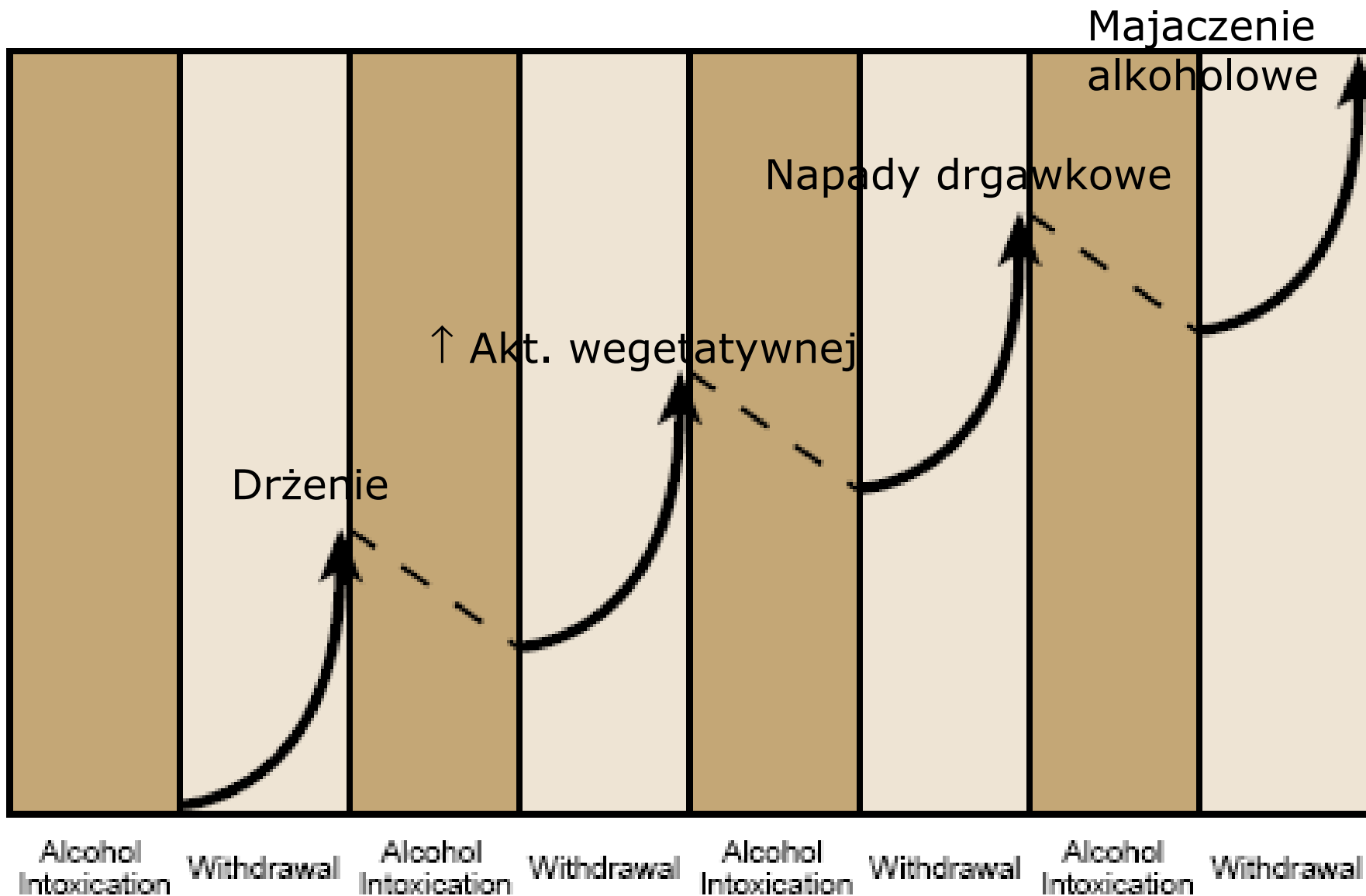


Nasilenie objawów AZA

- 13 – 71% alc ma objawy AZA
- Duże różnice indywidualne
- Co wpływa?

1. Wzorzec picia: ilość, długość, jakość
2. Długość okresu uzależnienia
3. Obecność współistniejących chorób somatycznych
4. Wiek
5. Inne środki psychoaktywne (BDA, barbiturany)
6. Kindling

Severity of Withdrawal Symptoms



Repeated Cycles of Alcohol Intoxication and Withdrawal

Abstynencyjne napady drgawkowe



- charakter toniczno-kloniczny
- 1-2 napady (u ¼, w ciągu 6-12 godz.)
- rzadko stan drgawkowy (3%)
- 8–48 godz. po przerwaniu picia
- zmiany w EEG krótkotrwałe i przemijające
- czasami pod nieobecność innych objawów AZA
- pierwszy napad w życiu wymaga pełnej diagnostyki
- napady początkowo ogniskowe sugerują inne podłoże
- ryzyko wystąpienia drgawek ma podłoże genetyczne

Majaczenie alkoholowe

Delirium tremens

- początek w 48-72 godzin po przerwaniu picia
- trwa 2-3 doby
- zaburzenia świadomości – kontaktu, orientacji i uwagi
- objawy wegetatywne: gorączka ($> 38,5^{\circ}\text{C}$, pocenie, tachykardia (>100), wysokie RR ($>140/90$), silne drżenie



Majaczenie alkoholowe

Delirium tremens

- przeżywanie nieistniejącej rzeczywistości
- częste omamy wzrokowe
- urojeniowa interpretacja otoczenia
- brak wglądu
- znaczny lęk
- silne pobudzenie ruchowe
- stwarza duże zagrożenie
- narastanie objawów w nocy



Majaczenie alkoholowe

Delirium tremens

- Stan zagrożenia życia
- Wysoka śmiertelność (obecnie < 1%)
- Ryzyko zaburzeń oddychania i zaburzeń rytmu
- Wymaga intensywnej opieki medycznej
- Określenie czynników ryzyka rozwoju majaczenia
- Współistnienie choroby somatycznej

Ostra halucynozja

- wariant DT
- 1-2 dni po przerwaniu picia
- omamy słuchowe, wzrokowe, dotykowe
- najczęściej słyszy głosy kolegów, krewnych
- charakter wrogi, oskarżający
- bez zaburzeń świadomości
- zachowany częściowy wgląd
- czasami bez objawów wegetatywnych



Inne psychozy alkoholowe

- Przewlekła halucynozja alkoholowa
- Paranoja alkoholowa (zespół Otella)
- „Psychoza” Korsakowa (zespół amnestyczny Wernicke-Korsakowa)
- Ołępienie alkoholowe

Postępowanie

1. Wnikliwa ocena stanu somatycznego
- 2.
3. Dokładna ocena rozwoju i przebiegu AZA

Ocena stanu somatycznego

- Tętno, RR, oddechy, temp.
- Bad. neurologiczne – objawy ogniskowe, oponowe, dno oka
- Wątroba – ocena stopnia uszkodzenia i wydolności
- Wydolność oddechowa, rytm serca
- Stan nawodnienia i odżywienia
- Dodatkowe: elektrolity, AST, GGT, cukier, bilirubina, morfologia, Rtg klp, HBs, HCV, HIV

Etapy diagnostyki

- Badanie stężenia alkoholu (obiektywne i subiektywne)
- Badanie obecności innych substancji psychoaktywnych
- Wywiad
- Ocena nasilenia objawów: Skala CIWA-Ar

Wywiad

- Okres nadużywania alkoholu w ciągu życia
- Długość aktualnego ciągu picia
- Ilość alkoholu w ostatnim ciągu (średnia dawka dobową)
- Ostatnie spożycie alkoholu (ilość i rodzaj)
- Picie alkoholi niespożywczych
- Uprzednie epizody AZA (drgawki, DT)
- Esperal
- Świeże urazy

Skala CIWA-Ar

- Ocena 10 objawów AZA
- Badanie zajmuje 2-4 minuty
- Bez szczególnego treningu
- Pozwala na ocenę potrzeby podania leku i monitorowanie jego skuteczności
- Wynik: <10 - łagodne AZA
10-18 - umiarkowane nasilenie objawów
>18 - ciężkie nasilenie objawów,
powikłania AZA



Cele terapii AZA

1. Usunięcie następstw
zatrucia alkoholem

1. Wyrównanie niedoborów i zaburzeń stanu somatycznego
3. Wytłumienie objawów AZA
4. Zapobieganie powikłaniom
5. Przygotowanie do dalszych etapów terapii uzależnienia od alkoholu

Gdzie leczyć?

- Łagodne AZA (CIWA-Ar <10) – interwencje niefarmakologiczne, ambulatoryjnie
- Umiarkowane AZA (CIWA-Ar 10-18) – ambulatoryjnie lub oddział detox, leki konieczne
- Ciężkie (CIWA-Ar >18) lub powikłane AZA – szpital: oddział detox, psychiatryczny, OIOM, intensywne leczenie farmakologiczne

INTERWENCJE NIEFARMAKOLOGICZNE

Terapia podtrzymująca



- Unikanie nadmiernej stymulacji zmysłowej (cisza, jasno)
- Życzliwa obecność i uwaga drugiej osoby
- Wsparcie psychologiczne
- Orientacja na rzeczywistość
- Zapewnienie komfortu fizycznego
- Sen i odpoczynek
- Kontrola stanu ogólnego :
nawodnienie, odżywienie,
temperatura ciała
- Częste monitorowanie objawów

Leczenie ogólne

- Witaminy z grupy B
- Tiamina 50-100mg i.m. lub i.v.,
po próbie, przez 1 – 3 dni,
przed podaniem glukozy i.v.!!!
- Witamina B₂ - 0,01/dobę
- Witamina B₆ – 0,15-0,30/dobę
- Witamina PP - 0,2/dobę
 - następnie drogą doustną (B₁ 50 mg/d)

Leczenie ogólne

1. Nawodnienie – drogą doustną, przewodnienie na początku AZA (!) unikać i.v. bez potrzeby, 2–6 l/24h
2. Suplementacja potasu p.o. lub i.v.
3. Odżywienie p.o. lub i.v. – glukoza 5%
4. Leczenie współistniejących dysfunkcji i chorób somatycznych

Leczenie farmakologiczne

- Przebadano ok. 180 leków i ich kombinacji
- Zależnie od nasilenia i przebiegu AZA
- Wybór leku – objawy, profil działania i działania niepożądane
- Monitorowanie leczenia

Monitorowanie leczenia

- Skala CIWA-Ar co 6 godzin do uzyskania wyniku poniżej 8 pkt. przez 24 h
- W trakcie nasycania – CIWA-Ar co godzinę
- Indywidualizacja terapii

BENZODIAZEPINY

- Leki z wyboru w leczeniu AZA
- Tolerancja krzyżowa z alkoholem etylowym (receptor GABA-A)
- Szybkość działania
- Zapobieganie powikłaniom: ↑ próg drgawkowy
- Jednakowa skuteczność różnych BDA - dawki alternatywne
- Kumulacja niektórych BDA i ich aktywnych metabolitów
- Bezpieczne (depresja O.O.) i tanie

Algorytmy stosowania BDA

1. Metoda dawek podzielonych
2. Metoda szybkiego nasycania

Metoda dawek podzielonych

- Wskazania:
 - Leczenie ambulatoryjne
 - Zapobieganie powikłaniom
 - Przebyte drgawki lub DT w wywiadzie
 - W cukrzycy, niestabilnej ch.n.s., innych ostrych stanach somatycznych, ciąży (???)
- Algorytm:
 - Diazepam 10mg p.o. co 6 godzin przez 24h, następnie 5mg co 6 godzin przez kolejne 48-96 godzin
- Ścisłe monitorowanie objawów i dodawanie leków w miarę potrzeby

Metoda szybkiego nasycania

- Zapobieganie lub leczenie powikłanego AZA (DT lub drgawki)
- DIAZEPAM (Relanium) 20 mg p.o. co 1-2 godziny
- Ścisłe monitorowanie objawów co godzinę (CIWA-Ar) w warunkach szpitalnych
- Koniec leczenia w chwili uzyskania senności:
CIWA-Ar < 8
- Co najmniej 3 dawki (60mg)
- Nie ma potrzeby podawania leków w kolejnych dniach - działają aktywne metabolity

Przeciwwskazania do nasycania

- Świeży uraz głowy
- Zaburzenia oddychania
- Choroby przebiegające z możliwością powstania niewydolności oddechowej
- Niewydolność wątroby
- Obecność alkoholu we krwi
- Intoksykacja innymi lekami psychotropowymi lub środkami psychoaktywnymi



DRGAWKOWE NAPADY ABSTYNENCYJNE

- Nie wymagają dodatkowego leczenia przeciwpadaczkowego
- Zapobiegawczo – BDA w dawkach podzielonych
- W przypadkach z padaczką w wywiadzie, po urazie głowy, napady ogniskowe, podejrzenie krwawienia wewnątrzczaszkowego –
karbamazepina
- Stan drgawkowy – diazepam lub klonazepam i.v.

Majaczenie alkoholowe



- Wymaga hospitalizacji i intensywnej opieki medycznej
- Problem zabezpieczenia i unieruchomienia pacjenta
- Poszukiwanie przyczyn somatycznych majaczenia
- Intensywne nawadnianie, uzupełnianie elektrolitów
- Intensywne leczenie farmakologiczne
- Podawanie BDA i.v. (10mg co 5 minut)
- Neuroleptyk (haloperidol) 5-10mg i.m. co 1-2 godziny, gdy leczenie BDA nieskuteczne
- Haloperidol zawsze w osłonie BDA
- Leczenie nie skraca DT, łagodzi przebieg

Ostra halucynozą



- Haloperidol 2-5 mg p.o. co 4-6 godzin w osłonie BDA
- Dawka w kolejnych dobach dostosowana do stanu pacjenta (omamy, objawy wegetatywne)
- Po ustąpieniu omamów stopniowo odstawić neuroleptyk i BDA

NEUROLEPTYKI

Haloperidol

- Silne działanie sedatywne i przeciwpsychotyczne
- Obniżenie progu drgawkowego, dyskinezy, ortostatyczne spadki ciśnienia
- Wysoka toksyczność, śmiertelność

Motywowanie do podjęcia
terapii uzależnienia we
właściwym ośrodku
terapeutycznym