

PRACE ORYGINALNE

Nowowiejska skala nasilenia objawów alkoholowego zespołu abstynencyjnego (skala NOWA)

Nowowiejska alcohol withdrawal assessment scale (NOWA Scale)

Dariusz Wasilewski^{1,2}, Marcin Wojnar¹, Iwona Grobel²,
Grażyna Wieczorkowska³, Izabela Żmigrodzka¹, Sylwia Fudalej¹

¹Katedra i Klinika Psychiatryczna Akademii Medycznej, Warszawa

²Centrum Psychoprofilaktyki i Terapii, Warszawa

³Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski

Abstract – Background. A reliable assessment of severity of alcohol withdrawal is essential for monitoring efficacy of treatment applied. Among many instruments, the Clinical Institute Withdrawal Assessment-Alcohol Scale (CIWA-A) created by Shaw et al. is most widely used. **Methods.** We modified and revised the CIWA-A Scale.

Results. On the basis of clinical evaluation and statistical analyses we shortened the CIWA-A to seven items, which are the most clinically pertinent. We added the item of heart rate, which is strongly related with autonomic hyperactivity.

Conclusions. NOWA Scale appears to be a valid and reliable instrument, which takes only five minutes to administer. The new scale is useful in monitoring clinical course and treatment of alcohol withdrawal.

Key words: alcohol withdrawal, delirium tremens, CIWA-A Scale

Badania finansowane przez Akademię Medyczną w Warszawie: granty na pracę własną nr IIE-18, nr IIE-67 i nr P-71.

Streszczenie – Wstęp. Rzetelna ocena nasilenia objawów alkoholowego zespołu abstynencyjnego (AZA) jest podstawowym warunkiem prawidłowego leczenia i monitorowania skuteczności terapii. Istnieje wiele skal mierzących stopień nasilenia objawów AZA. Obecnie najczęściej wykorzystywana jest 15-punktowa skala Shawa i wsp. – Clinical Institute Withdrawal Assessment-Alcohol (CIWA-A).

Metody. Autorzy niniejszej pracy zmodyfikowali skalę CIWA-A, dążąc do jej uproszczenia i skrócenia.

Wyniki. Na podstawie przeprowadzonych badań klinicznych i analiz statystycznych skrócono skalę do siedmiu punktów o największym znaczeniu klinicznym. Dołączono do nich punkt oceniający częstość pracy serca, która odzwierciedla stopień pobudzenia układu vegetatywnego.

Wnioski. Skala NOWA jest narzędziem o sprawdzonej trafności i rzetelności; ocena nasilenia AZA z jej użyciem trwa około pięciu minut. Zastosowanie skali pozwala ocenić dynamikę zmian w stanie pacjentów w trakcie leczenia AZA.

Słowa kluczowe: alkoholowy zespół abstynencyjny, majaczenie alkoholowe, skala CIWA-A

WSTĘP

Leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych (AZA) wiąże się z koniecznością precyzyjnej oceny nasilenia objawów, które może wahać się od niewielkiego pobudzenia układu vegetatywnego aż po obciążone ryzykiem zgonu majaczenie alkoholowe (MA) (1, 2). Dokładna ocena stopnia nasilenia tych zespołów jest niezbędna nie tylko przy doborze odpowiedniej terapii, ale również przy monitorowaniu jej skuteczności.

W ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat opracowano kilka skal mierzących psychiczne i somatyczne objawy alkoholowego zespołu abstynencyjnego. Jednym z pierwszych narzędzi służących do oceny nasilenia AZA była 32-punktowa Total Severity Assessment Scale (TSA), której wypełnienie zajmowało około 30 minut (3). Następnie została opracowana jej skrócona do 11 punktów wersja – Selected Severity Assessment Scale (SSA) (3).

Na początku lat osiemdziesiątych Shaw i wsp. (4) zmodyfikowali skalę SSA i opracowali 15-punktową Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale (CIWA-A). W późniejszym okresie opracowano skrócone wersje skali CIWA-A: 10-punktową skalę Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale revised (CIWA-Ar) (5), 10-punktową Windsor Clinic Alcohol Withdrawal Assessment Scale (WCAWAS) (6), niemieckie tłumaczenie i modyfikację skali CIWA-A (7) i Alcohol Withdrawal Syndrome Scale (AWS) złożoną z dwóch podskal dotyczących objawów psychopatologicznych i somatycznych (8). W ostatnich latach została przygotowana nowa skala służąca do oceny nasilenia AZA – Short Alcohol Withdrawal Scale (SAWS). Jest to dziesięciopunktowa skala obejmująca objawy psychopatologiczne (zaburzenia pamięci, lęk, zaburzenia orientacji, pobudzenie psychoruchowe, obniżenie nastroju) i objawy somatyczne (drżenia, nudności, tachykardię, potliwość, zaburzenia snu) (9).

Skala CIWA-A i jej zmodyfikowana wersja CIWA-Ar są obecnie najczęściej używanymi narzędziami, służącymi do pomiaru nasilenia objawów alkoholowego zespołu abstynencyjnego. Ich zastosowanie jest użyteczne nie tylko przy monitorowaniu przebiegu zespołu abstynencyjnego, ale również przy ocenie skuteczności jego leczenia. Niewątpliwą zaletą skali CIWA-A jest jej uniwersalność. Stosując tę skalę można oceniać zarówno niepowikłane postaci alkoholowego zespołu abstynencyjnego, jak i majaczenie alkoholowe. Warto podkreślić, że omawiane narzędzia są również powszechnie wykorzystywane przy prowadzeniu badań naukowych dotyczących między innymi: oceny skuteczności nowych metod leczenia AZA (10), identyfikacji predyktorów AZA o ciężkim, powikłanym przebiegu (11) czy prób stworzenia nowych klinicznych typologii alkoholowych zespołów abstynencyjnych (12).

W badaniach, przeprowadzonych w latach 1990–1994 w Klinice Psychiatrycznej Akademii Medycznej w Warszawie, dotyczących skuteczności metody szybkiego nasycania diazepamem w leczeniu majaczenia alkoholowego, nasilenie objawów abstynencyjnych oceniano również za pomocą skali CIWA-A (13). W trakcie prowadzenia badań zaistniała potrzeba uproszczenia i skrócenia skali ze względu na trudności w rzetelnym jej stosowaniu do oceny objawów AZA przez personel pielęgniarski. Zasadniczym celem tej modyfikacji było umożliwienie stosowania tego narzędzia nie tylko przez lekarzy, ale także przez personel średni w warunkach codziennej pracy w szpitalu psychiatrycznym. Istotne okazało się także skrócenie skali, przy zachowaniu tej samej rzetelności i trafności, co pozwoliłoby na zminimalizowanie czasu niezbędnego na przeprowadzenie badania. Celem badań było zmodyfikowanie skali do oceny nasilenia objawów alkoholowego zespołu abstynencyjnego oraz weryfikacja właściwości psychometrycznych nowego narzędzia.

MATERIAŁ I METODY

W pierwszym etapie badań (w latach 1990–1996) poddano analizie skale CIWA-A, wypełniane podczas oceny stanu klinicznego 71 pacjentów, leczonych z powodu alkoholowego zespołu abstynencyjnego (AZA) i majaczenia alkoholowego (MA) w Klinice Psychiatrycznej AM, na bazie szpitala psychiatrycznego przy ul. Nowowiejskiej w Warszawie. Rozpoznanie stawiano posługując się kryteriami diagnostycznymi międzynarodowej klasyfikacji ICD-10. Analizowano zarówno pierwsze badania wykonywane u wszystkich pacjentów, jak i kolejne oceny ich stanu.

W procesie modyfikacji (uproszczenia) skali CIWA-A zastosowano analizę korelacji każdego punktu skali z wynikiem całej skali. Z ostatecznej wersji wykluczono te punkty, które uzyskały najmniejsze współczynniki korelacji r (Pearsona). Po zmodyfikowaniu skali, potwierdzono znaczenie każdego z punktów, określając istotność współczynnika korelacji między poszczególnymi punktami a wynikiem nowej, skróconej wersji skali.

W kolejnym etapie zmodyfikowaną skalę (załącznik 1) poddano ocenie pod względem rzetelności i trafności (14). W roku 1997 przebadano cztery grupy pacjentów

(n=48), hospitalizowanych najczęściej w tutejszym szpitalu psychiatrycznym z powodu różnych jednostek chorobowych, tj. chorujących na schizofrenię (n=14), na zaburzenia afektywne (n=10), pacjentów z zespołami otepiennymi (n=10) oraz z alkoholowym zespołem abstynencyjnym (n=14). Nasilenie objawów, opisanych w 8 punktach skali, oceniano czterokrotnie w odstępach 1–2-godzinnych. Wszyscy pacjenci byli leczeni zgodnie z aktualną wiedzą dotyczącą terapii wyżej wymienionych jednostek chorobowych. W badaniach statystycznych zastosowano analizę rzetelności metodą α -Cronbacha, analizę czynnikową wariancji oraz wieloczynnikową analizę wariancji (MANOVA).

Ostatnim etapem pracy była ocena klinicznej przydatności nowo opracowanej skali. W latach 1998–2000 grupa 210 pacjentów (w tym 108 kobiet i 102 mężczyzn) z rozpoznaniem alkoholowego zespołu abstynencyjnego lub majaczenia alkoholowego była badana przez personel medyczny (lekarzy, pielęgniarki oraz przeszkolonych studentów medycyny) równocześnie za pomocą skali CIWA-A oraz skali zmodyfikowanej, stworzonej w I etapie badań. Pomiary prowadzono co dwie godziny do momentu ustąpienia objawów. Stopień zgodności między dwoma niezależnymi badającymi (*inter-rater reliability*) wynosił $r=0,93$. Z badań zostali wykluczeni pacjenci uzależnieni od alkoholu bez objawów zespołu abstynencyjnego, pacjenci z innymi psychozami alkoholowymi, z zespołami otepiennymi, z psychozami innymi niż alkoholowe, na które nakładały się objawy alkoholowego zespołu abstynencyjnego, a także pacjenci z uzależnieniem mieszanym. Badania prowadzono w grupach pacjentów z niepowikłanym AZA oraz pacjentów z MA, obejmując zarówno mężczyzn, jak i kobiety. W analizie statystycznej wyników zastosowano test Manna-Whitneya oraz test chi-kwadrat. We wszystkich prowadzonych analizach korzystano z komputerowej wersji pakietu statystycznego SPSS (15).

WYNIKI

Na podstawie obserwacji klinicznych kilkuset pacjentów z AZA, dyskusji zespołu klinicystów dotyczących znaczenia poszczególnych objawów dla oceny i przebiegu zespołu oraz wykonanych analiz statystycznych pomiarów u 71 pacjentów badanych skalą CIWA-A dokonano modyfikacji skali oceny alkoholowego zespołu abstynencyjnego. Analiza statystyczna pomiarów pozwoliła na usunięcie ze skali CIWA-A ośmiu najmniej znaczących punktów (nudności i wymiotów, rodzaju omamów, oceny nasilenia poszczególnych rodzajów omamów: czuciowych, słuchowych i wzrokowych, zaburzenia myślenia, występowania napadów drgawkowych, bólów głowy i przekrwienia twarzy) i pozostawienie siedmiu o największym współczynniku korelacji i znaczeniu klinicznym (patrz tab.1). W celu maksymalnej obiektywizacji oceny stanu pacjenta dołączono do nich punkt oceniający częstość pracy serca, która stanowi najbardziej rzetelny wskaźnik nasilenia pobudzenia układu autonomicznego w przebiegu alkoholowego zespołu abstynencyjnego. W ten sposób wyodrębniono 8 elementów ocenianych w skali: tachykardię, drżenie, potliwość, omamy, zaburzenia orientacji, utrudnienie kontaktu, lęk, pobudzenie ruchowe. W celu uproszczenia

Tabela 1.

Analiza korelacji poszczególnych punktów skali z wynikiem całkowitym skali CIWA-A dla wybranych 7 punktów o najwyższych współczynnikach korelacji (współczynniki r Pearsona)
Correlation analysis of CIWA-A items with the total CIWA-A score for selected 7 items of the highest correlation coefficient (Pearson's r)

Objawy	I badanie	Wszystkie badania
1. Drżenie	0,250	0,776
2. Potliwość	0,454	0,747
3. Omamy:		
czuciowe	0,255	0,431
wzrokowe	0,603	0,821
słuchowe	0,498	0,809
4. Orientacja	0,516	0,691
5. Kontakt	0,580	0,585
6. Lęk	0,616	0,856
7. Pobudzenie ruchowe	0,570	0,791

Korelacja sumy punktów $r=0,984$; $p<0,0001$

Analiza regresji: $\beta=0,984$; $R^2=0,97$; $t=5,28$; $p<0,0001$

pomiarów, nasilenie objawów oceniano w zakresie od 0 do 3 punktów. Nowo powstałą skalę nasilenia AZA nazwano: Nowowiejska Skala Nasilenia Objawów Alkoholowego Zespołu Abstynencyjnego (skala NOWA – Nowowiejska Alcohol Withdrawal Assessment Scale).

W analizie spójności wewnętrznej skali NOWA metodą α -Cronbacha w czterech próbach czasowych dla 48 pacjentów z różnymi rozpoznaniem uzyskano następujące wyniki:

- I. α -Cronbacha = 0,8521
- II. α -Cronbacha = 0,8553
- III. α -Cronbacha = 0,7899
- IV. α -Cronbacha = 0,5950

Współczynnik korelacji poszczególnych pozycji z całą skalą zmieniał się w zakresie od 0,3 do 0,8. Poziom współczynników α -Cronbacha oraz korelacji sugeruje wysoką spójność wewnętrzną skali. Przeprowadzona analiza wskazuje, że ogólny wskaźnik ze wszystkich pozycji różnicuje alkoholowy zespół abstynencyjny ze względu na czas pomiaru.

Analiza czynnikowa wariacji wykazała istotny wpływ rozpoznania klinicznego na zróżnicowanie wyników. Obliczono wartości średnie (M) punktacji skal ocenianych przy badaniu pacjentów chorujących na różne zaburzenia psychiczne w 1–2-godzinnych odstępach czasowych.

- Pomiar 1. AZA (M = 1,79)
- schizofrenia (M = 0,5)
- zespoły otępienne (M = 0,55)
- zaburzenia afektywne (M = 0,33)

Pacjenci z AZA uzyskali istotnie wyższą średnią liczbę punktów w skali, niż pacjenci z pozostałymi zaburzeniami ($F = 35,58$; $p<0,001$).

Pomiar 2. AZA (M = 1,57)
 schizofrenia (M = 0,52)
 zespoły otępienne (M = 0,54)
 zaburzenia afektywne (M = 0,28)

Różnica jest istotna statystycznie (F = 16,62; p<0,001).

Pomiar 3. AZA (M = 1,19)
 schizofrenia (M = 0,47)
 zespoły otępienne (M = 0,56)
 zaburzenia afektywne (M = 0,33)

Średnia liczba punktów uzyskanych w skali NOWA istotnie różnicuje pacjentów z AZA od pozostałych grup chorych (F = 8,98; p<0,001).

Pomiar 4 nie różnicował AZA. Średnia liczba punktów w skali NOWA przy badaniu pacjentów z AZA nie była istotnie różna od średnich pozostałych grup chorych (F = 1,36; p = 0,27).

Średnie wartości poszczególnych punktów skali, podczas kolejnych ocen stanu klinicznego pacjentów, wskazują jednoznacznie na różnice w nasileniu i dynamice objawów między alkoholowym zespołem abstynencyjnym a pozostałymi zaburzeniami psychicznymi. Wielowymiarowa analiza wariancji (patrz tab. 2) wykazała istotny efekt główny grupy dla pomiaru pierwszego, co oznacza, że podział na takie grupy diagnostyczne różnicuje wyniki.

W ostatnim etapie badań, w celu oceny przydatności klinicznej zmodyfikowanej skali NOWA, zbadano grupy pacjentów z niepowikłanym i powikłanym alkoholowym zespołem abstynencyjnym (MA) w grupach kobiet i mężczyzn. Średni wiek pacjentów wynosił 43 lata i nie różnił się w grupach pacjentów z niepowikłanym AZA i pacjentów z majaczeniem alkoholowym oraz w grupach kobiet i mężczyzn. W badanej populacji 28% stanowili pacjenci z MA. Przy przyjęciu średnie nasilenie

Tabela 2.

Wyniki wielowymiarowej analizy wariancji MANOVA dla pomiaru pierwszego skali NOWA po zmodyfikowaniu (n=48)

Multivariate analysis of variance (MANOVA) for the first measurement of the modified NOWA scale (n=48)

Testy F dla jednej zmiennej z (3; 44) stopniami swobody						
Zmienna	Hipotetyczne SS	Błąd SS	Hipotetyczne MS	Błąd MS	F	P
Drżenie	39,64583	27,16667	13,21528	0,61742	21,40389	0,000
Lęk	17,29071	20,18846	5,76357	0,45883	12,56148	0,000
Orientacja	35,14327	29,33590	11,71442	0,66672	17,57010	0,000
Kontakt	7,25865	27,05385	2,41955	0,61486	3,93512	0,014
Omamy	25,34872	45,90128	8,44957	1,04321	8,09958	0,000
Pobudzenie	14,97051	20,94615	4,99017	0,47605	10,48247	0,000
Potliwość	40,69455	8,28462	13,56485	0,18829	72,04359	0,000
Tachykardia	6,74615	21,17051	2,24872	0,48115	4,67365	0,006

SS – suma kwadratów

MS – średnia kwadratów

Tabela 3.

Wyniki oceny AZA w grupach pacjentów z alkoholowym niepowikłanym zespołem abstynencyjnym (NZA) i majaczeniem alkoholowym (MA) (n=210). W tabeli przedstawiono wartości średnie ± odchylenie standardowe oraz zakres wartości min-max Assessment of alcohol withdrawal (AW) in two groups of patients: with uncomplicated AW and AW delirium (n=210). Means, standard deviations and ranges are presented in the table

	NZA (N=151)	MA (N=59)	Analiza statystyczna*
Wiek (lata)	43±8 (20–67)	43±10 (24–67)	NS
Punktacja w skali CIWA-A (przy przyjęciu)	21±9 (7–51)	39±14 (12–69)	U=802,5 p<0,001
Punktacja w skali NOWA (przy przyjęciu)	9±4 (2–19)	15±4 (6–24)	U=721 p<0,001
Czas występowania objawów zespołu abstynencyjnego (godz.)	24±19 (4–120)	23±14 (6–72)	NS
Długość pobytu (dni)	7±3 (1–23)	9±5 (1–25)	U=2731 p<0,001
Leczenie metodą szybkiego nasycania benzodiazepinami	14 (9%)	19 (32%)	$\chi^2=16,6$ (df=1) p<0,001

* test Manna-Whitneya lub chi-kwadrat

Tabela 4.

Wyniki oceny AZA w grupach kobiet i mężczyzn (n=210). W tabeli przedstawiono wartości średnie ± odchylenie standardowe oraz zakres wartości min-max Assessment of alcohol withdrawal (AW) in women and men (n=210). Means, standard deviations and ranges are presented in the table

	Kobiety (N=108)	Mężczyźni (N=102)	Analiza statystyczna*
Wiek (lata)	44±9 (23–67)	42±9 (20–67)	NS
Punktacja w skali CIWA-A (przy przyjęciu)	18±9 (7–55)	34±13 (8–69)	U=1270,5 p<0,001
Punktacja w skali NOWA (przy przyjęciu)	8±4 (2–18)	13±4 (4–24)	U=1899 p<0,001
Czas trwania zaburzeń (godz.)	22±18 (4–120)	26±18 (5–84)	NS
Długość pobytu (dni)	6±3 (1–23)	8±4 (1–25)	U=3434 p<0,001

* test Manna-Whitneya

objawów według skali CIWA-A w grupie pacjentów z MA wynosiło 39 punktów, w grupie z AZA – 21 punktów (p<0,001); według skali NOWA odpowiednio: 15 i 9 punktów (p<0,001). U 32% pacjentów z majaczeniem alkoholowym zastosowano metodę szybkiego nasycania benzodiazepinami (13, 16) (patrz tab. 3). Do szpitala mężczyźni byli przyjmowani w cięższym stanie niż kobiety – średnie nasilenie objawów według skali CIWA-A w grupie mężczyzn wynosiło 34 punkty, w grupie kobiet – 18 punktów (p<0,001); według skali NOWA odpowiednio: 13 i 8 punktów

($p < 0,001$). Średni czas trwania zaburzeń był w obu grupach porównywalny, natomiast mężczyźni dłużej przebywali w szpitalu (patrz tab. 4).

OMÓWIENIE WYNIKÓW

W porównaniu z oryginalną skalą CIWA-A, zaproponowana w wyniku przeprowadzonych badań skala NOWA, jest krótszym i prostszym narzędziem przeznaczonym do oceny nasilenia objawów alkoholowego zespołu abstynencyjnego (4). Poszczególne punkty skali NOWA odnoszą się do objawów o największym znaczeniu klinicznym. Czas niezbędny do oceny nasilenia objawów AZA przy użyciu skali NOWA wynosi około pięć minut i jest krótszy w zestawieniu ze skalą CIWA-A. Przedstawione wyniki analizy statystycznej świadczą o rzetelności i trafności ocenianej skali, porównywalnych z parametrami skal dotychczas stosowanych do oceny AZA (5, 7, 8). Stopień zgodności między dwoma niezależnymi badającymi (*inter-rater reliability*) był wysoki i wynosił $r=0,93$. Ocena klinicznej przydatności skali NOWA przeprowadzono w grupie badanej obejmującej 210 pacjentów z AZA, w której 50% stanowiły kobiety. Stan kliniczny przy przyjęciu w grupie kobiet był łżejszy, niż w grupie mężczyzn, co odzwierciedlała zarówno punktacja w skali CIWA-A, jak i w skali NOWA ($p < 0,001$). Punktacja w skali CIWA-A i NOWA różnicowała znacząco grupy pacjentów z niepowikłanym i powikłanym alkoholowym zespołem abstynencyjnym ($p < 0,001$).

Opracowana przez nasz zespół skala NOWA obejmuje siedem kluczowych objawów o znaczeniu klinicznym: drżenie, potliwość, omamy, zaburzenia orientacji, utrudnienie kontaktu, lęk, pobudzenie ruchowe. Dołączono do nich punkt oceniający częstość pracy serca, która dobrze odzwierciedla nasilenie pobudzenia układu вегетatywnego. W literaturze istnieją sprzeczne doniesienia dotyczące związku wartości ciśnienia tętniczego i częstości pracy serca ze stopniem nasilenia objawów AZA. Sullivan i wsp. (17) nie potwierdzili istnienia takiej zależności na podstawie swoich badań. Autorzy podkreślają fakt, że wzrost wartości ciśnienia tętniczego i tętna jest niewątpliwie bardzo częsty w przebiegu alkoholowego zespołu abstynencyjnego (punkty oceniające wartości tętna i ciśnienia tętniczego zostały dołączone do opracowanej przez nich skali CIWA-Ar). Jednocześnie stwierdzają, że ocena innych parametrów jest znaczenie bardziej miarodajna przy ocenie nasilenia AZA. Ta informacja ma istotne znaczenie kliniczne, ponieważ nadal zdarza się, że lekarze lecący AZA zalecają określone leki, opierając się przede wszystkim na pomiarach tętna i ciśnienia tętniczego. Podobne wyniki badań prezentują w swojej pracy Stuppaeck i wsp. (7).

Znaczenie oceny częstości pracy serca podkreśla z kolei w swoich badaniach Palmstierna (18). Autor pracował nad identyfikacją czynników predysponujących do rozwoju majaczenia alkoholowego w przebiegu AZA. Wyodrębnił pięć takich predyktorów, a wśród nich opisał tachykardię, stwierdzaną przy przyjęciu do szpitala i definiowaną jako częstość pracy serca powyżej 120 uderzeń na minutę. Pozostałymi wskazanymi czynnikami były: występowanie objawów AZA przy stężeniu alkoholu

we krwi powyżej 1 promila, towarzyszące choroby zakaźne, dodatni wywiad dotyczący przebytych AZA powikłanych majaczeniem alkoholowym lub napadami drgawkowymi.

Zmiany wartości ciśnienia tętniczego, obserwowane w przebiegu zespołu abstynencyjnego, nie muszą jednoznacznie wynikać ze wzrostu aktywności układu wegetatywnego; mogą być równie dobrze następstwem wieloletniego, indukowanego spożywaniem alkoholem, zaburzenia funkcjonowania mechanizmów regulujących ciśnienie tętnicze. Zdarzają się także pacjenci, uzależnieni od alkoholu ze współistniejącym niezależnie nadciśnieniem tętniczym, którzy w trakcie ciągu picia odstawiają leki hipotensyjne. Warto jednak podkreślić, że utrzymywanie abstynencji prowadzi w większości przypadków do normalizacji wartości ciśnienia tętniczego (19).

W procesie modyfikacji dokonano uproszczenia punktacji wyjściowej skali CIWA-A. Ta zmiana miała na celu uproszczenie oceny i łatwiejsze podejmowanie decyzji terapeutycznych przez osoby o mniejszym doświadczeniu klinicznym. To uproszczenie może jednak ograniczać możliwość bardziej precyzyjnej oceny nasilenia poszczególnych objawów i pod tym względem skala CIWA-A czy CIWA-Ar wydaje się być bardziej dokładna (ocena według punktacji 0–7). Tym niemniej, na podstawie własnych doświadczeń w codziennej praktyce klinicznej i w procesie monitorowania terapii przy wielokrotnych ocenach w krótkich odstępach czasowych, punktacja 0–3 pozwala w stopniu wystarczającym śledzić dynamikę zmian nasilenia objawów AZA i podejmować decyzje terapeutyczne.

Umiejętna ocena nasilenia objawów zespołu abstynencyjnego umożliwia wybór optymalnej metody leczenia. Pacjenci z AZA, których stan i przebieg leczenia jest oceniany przy zastosowaniu narzędzi, takich jak skala CIWA-A czy jej modyfikacje, otrzymują mniejsze dawki leków i są krócej leczeni niż pozostali pacjenci (20, 21). Oczywiście, nie ma wątpliwości, że przy braku bezwzględnych przeciwwskazań, majaczenie alkoholowe powinno być leczone farmakologicznie. Lekami z wyboru są pochodne benzodiazepiny. Wiadomo także, że przy mniej nasilonych zespołach abstynencyjnych wystarczy odpowiednia opieka nad pacjentem: zapewnienie spokoju, stałe oświetlenie, stała osoba z personelu odpowiednio często kontaktująca się z pacjentem, noszenie przez personel jednolitych ubrań, posiłki o stałych porach, zapewnienie komfortu fizycznego i cieplnego, stałe informowanie o czasie, miejscu i otaczających osobach, udzielanie wsparcia psychologicznego, a także leczenie zaburzeń somatycznych (4, 22). Wartości graniczne, przy których zazwyczaj włącza się leczenie psychotropowe, to 10 punktów w skali CIWA-A i 8 punktów w skali CIWA-Ar. Na podstawie przeprowadzonych przez nas badań oraz doświadczeń własnych przy obserwacji pacjentów z AZA, w trakcie wielokrotnych pomiarów co 1 godzinę, uznano, iż prawdopodobną wartością, powyżej której należy rozważyć włączenie leczenia farmakologicznego jest 5 punktów w skali NOWA. U pacjentów osiągających poniżej 5 punktów obserwowaliśmy zazwyczaj szybkie zmniejszanie się nasilenia objawów, brak dalszych powikłań (np. MA) oraz brak konieczności włączania leczenia lekami z grupy benzodiazepin. Używanie narzędzi, takich jak skala CIWA-A czy skala NOWA, pozwala na rzetelną i obiektywną oceną nasilenia

AZA i umożliwia podjęcie decyzji, czy i w którym momencie należy włączyć leki z grupy benzodiazepin. Nuss i wsp. (23) na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzili, że lekarze rzadziej podejmują decyzję o podaniu benzodiazepin w przebiegu niepokwikłanego AZA przy monitorowaniu stanu pacjenta za pomocą skali CIWA-Ar.

W warunkach polskich pacjenci z alkoholowym zespołem abstynencyjnym leczeni są najczęściej w oddziałach detoksykacyjnych lub ogólnopsychiatrycznych. Nie zawsze jest to słuszne, ponieważ wielu z nich wymaga także opieki internistycznej, neurologicznej bądź ortopedycznej. Niestety, pacjenci z AZA są niechętnie przyjmowani na oddziały o innym profilu niż psychiatryczny. Lekarze i pozostały personel tych oddziałów boją się pobudzenia psychoruchowego, agresji i stanów psychozycznych mogących ujawniać się w przebiegu AZA. Zdarza się, że nie wiedzą, kiedy i jakie leczenie należy w takich sytuacjach zastosować. Wydaje się, że skala NOWA, dzięki swojej prostocie, mogłaby stać się użytecznym narzędziem przy podejmowaniu decyzji terapeutycznych przez lekarzy wszystkich specjalności.

Niewątpliwie dla dalszej oceny wartości użytkowej nowo opracowanej skali NOWA konieczne są kolejne badania z jej użyciem zarówno w oddziałach detoksykacyjnych, jak i w innych placówkach leczniczych, z udziałem lekarzy nie-psychiatrów i personelu średniego. W celu bardziej poprawnego określenia trafności skali należałoby zastosować ją w grupach pacjentów z zespołami abstynencyjnymi w uzależnieniach od innych substancji (np. od benzodiazepin czy opiatów) lub pacjentów z nadaktywnością adrenergiczną w nadczynności tarczycy lub zespole lęku napadowego.

Skala NOWA mogłaby być stosowana nie tylko przez lekarzy, ale także – po odpowiednim przeszkoleniu – przez personel średni. Podobne rekomendacje uzyskała skala CIWA-Ar, której stosowanie zaleca się także pielęgniarcom pracującym na oddziałach detoksykacyjnych w krajach anglosaskich (24); otrzymują one jednak o wiele gruntowniejsze przygotowanie zawodowe, niż pielęgniarki w naszym kraju.

WNIOSKI

Skala NOWA jest narzędziem służącym do oceny stopnia nasilenia objawów i monitorowania przebiegu alkoholowego zespołu abstynencyjnego (AZA). Z punktu widzenia klinicznego zmodyfikowana skala może być przydatnym narzędziem w codziennej pracy lekarskiej oraz badaniach klinicznych ponieważ:

- różnicuje pacjentów z AZA i pacjentów z innymi zaburzeniami psychicznymi,
- pozwala ocenić dynamikę zmian w stanie psychicznym pacjentów z AZA w trakcie leczenia.

PIŚMIENNICTWO

1. Salum I (1972) Delirium tremens and certain other acute sequels of alcohol abuse. *Acta Psychiatrica and Neurologica Scandinavica*, suppl. 235,1–145.
2. Wasilewski D, Skalski M, Szelenberger W (1989) *Analiza przyczyn zgonów w przebiegu majaczenia alkoholowego*. Materiały XXXVI Zjazdu Naukowego PTP. Łódź, I, 120–125.

3. Gross MM, Lewis E, Nagarajan M (1973) An improved quantitative system for assessing the acute alcoholic psychoses and related states (TSA and SSA). W: Gross MM (red.) *Alcohol Intoxication and Withdrawal: Experimental Studies*. New York: Plenum Press, 365–376.
4. Shaw JM, Kolesar GS, Sellers EM, Kaplan HL, Sandor P (1981) Development of optimal treatment tactics for alcohol withdrawal. Assessment and effectiveness of supportive care. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 1, 382–385.
5. Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM (1989) Assessment of Alcohol Withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *British Journal of Addiction*, 84, 1353–1357.
6. Metcalfe P, Sobers M, Dewey M (1995) The Windsor Clinic Alcohol Withdrawal Assessment Scale (WCAWAS): Investigation of factors associated with complicated withdrawals. *Alcohol & Alcoholism*, 30, 367–372.
7. Stuppaeck CH, Barnas C, Falk M i wsp. (1994) Assessment of the alcohol withdrawal syndrome – validity and reliability of the translated and modified Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-A). *Addiction*, 89 (10), 1287–1292.
8. Wetterling T, Kanitz RD, Besters B. i wsp. (1997) A new rating scale for the assessment of the alcohol-withdrawal syndrome (AWS scale). *Alcohol & Alcoholism*, 36 (6), 753–760.
9. Gossop M, Keaney F, Stewart D, Marshall EJ, Strang J (2002) A Short Alcohol Withdrawal Scale (SAWS): development and psychoproperties. *Addiction Biology*, 7 (1), 37–43.
10. Favre JD, Allain H, Aubin HJ i wsp. (2005) Double-blind study of cyamemazine and diazepam in the alcohol withdrawal syndrome. *Human Psychopharmacology*, 20 (7), 511–519.
11. Kraemer KL, Mayo-Smith MF, Calkins DR (2003) Independent clinical correlates of severe alcohol withdrawal. *Substance Abuse*, 24 (4), 197–209.
12. Driessen M, Lange W, Junghanns K, Wetterling T (2005) Proposal of a comprehensive clinical typology of alcohol withdrawal – a cluster analysis approach. *Alcohol & Alcoholism*, 40 (4), 308–313.
13. Wasilewski D, Matsumoto H, Szelenberger W i wsp. (1996) Assessment of diazepam loading dose therapy of delirium tremens. *Alcohol & Alcoholism*, 31, 273–278.
14. Brzeziński J (1996) *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN, 514–535.
15. Norusis MJ (1990) *SPSS Base System User's Guide*. SPSS Inc. Chicago.
16. Szelenberger W, Wardaszko-Łyskowska H, Włosińska I, Wilczak-Szadkowska H, Skalski M (1989) *Parametry warunkujące przebieg alkoholowego zespołu abstynencyjnego*. Materiały XXXVI Zjazdu Naukowego PTP. Łódź, I, 114–119.
17. Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM (1989) Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *British Journal of Addiction*, 84 (11), 1353–1357.
18. Palmstierna T (2001) A model for predicting alcohol withdrawal delirium. *Psychiatric Services*, 52 (6), 820–823.
19. Ceccanti M, Sasso GF, Nocente R i wsp. (2006) Hypertension in early alcohol withdrawal in chronic alcoholics. *Alcohol & Alcoholism*, 41 (1), 5–10.
20. Wetterling T, Kanitz RD, Besters B i wsp. (1997) A new rating scale for the assessment of the alcohol-withdrawal syndrome (AWS scale). *Alcohol & Alcoholism*, 32 (6), 753–760.

21. Reoux JP, Miller K (2000) Routine hospital alcohol detoxification practice compared to symptom triggered management with an Objective Withdrawal Scale (CIWA-Ar). *American Journal of Addiction*, 9 (2), 135–144.
22. Naranjo CA, Sellers EM (1986) Clinical Assessment and Pharmacotherapy of the Alcohol Withdrawal Syndrome. W: Galanter M (red.) *Recent Developments in Alcoholism*. New York: Plenum Press, IV, 265–281.
23. Nuss MA, Elnicki DM, Dunsworth TS, Makela EH (2004) Utilizing CIWA-Ar to assess use of benzodiazepines in patients vulnerable to alcohol withdrawal syndrome. *The West Virginia Medical Journal*, 100 (1), 21–25.
24. McKay A, Koranda A, Axen D (2004) Using a symptom-triggered approach to manage patients in acute alcohol withdrawal. *Medsurg Nursing*, 13 (1), 15–20, 31; quiz 21.

Adres do korespondencji

Marcin Wojnar

Katedra i Klinika Psychiatryczna AM w Warszawie

ul. Nowowiejska 27, 00-665 Warszawa

tel. (22) 825 1236, fax (22) 825 1315,

e-mail marcin@psych.waw.pl

ZAŁĄCZNIK 1

Skala NOWA

Nazwisko i imię	Dawka i godziny podania leku									
Data.....										
Badający.....										
Tachykardia 0-3										
Drżenie 0-3										
Potliwość 0-3										
Omamy 0-3										
Zaburzenia orientacji 0-3										
Utrudnienie kontaktu 0-3										
Lęk 0-3										
Pobudzenie ruchowe 0-3										
Suma punktów w kolumnie										

TACHYKARDIA 0 – ≤ 80; 1 – 81 do 100; 2 – 101 do 120; 3 – > 120

DRŻENIE 0 – nieuchwytnie; 1 – wyczuwalne w opuszkach palców za pomocą dotyku; 2 – zauważalne przy wyciągniętych rękach; 3 – wybitnie nasilone, widoczne nawet bez wyciągniętych rąk

POTLIWOŚĆ 0 – nie stwierdzono; 1 – dłonie wilgotne; 2 – krople potu na czole; 3 – zlewne poty

OMAMY na podstawie obserwacji i/lub wywiadu: 0 – nie stwierdzono; 1 – nadwrażliwość na bodźce, pojedyncze iluzje; 2 – omamy sporadyczne, występujące okresowo; 3 – omamy żywe, występujące w sposób ciągły

ZABURZENIA ORIENTACJI 0 – w pełni zorientowany; 1 – nie jest pewien daty; 2 – nieprawidłowa orientacja w czasie; 3 – nieprawidłowa orientacja co do miejsca i osób

UTRUDNIENIE KONTAKTU 0 – kontakt rzeczowy; 1 – kontakt utrudniony, rwący się; 2 – okresowo bez kontaktu; 3 – bez kontaktu, owładnięty przez przeżycia psychotyczne

LĘK 0 – zachowanie swobodne; 1 – w nieznacznym lęku; 2 – w wyraźnym lęku, czujny; 3 – w stanie paniki

POBUDZENIE RUCHOWE 0 – stosowne do okoliczności; 1 – nieznaczne wzmożone, niepokój manipulacyjny; 2 – umiarkowanie nasilone, pacjent w bezustannym ruchu w obrębie łóżka; 3 – biega po pokoju lub walczy z otoczeniem