

Andrzej Wilk
Oddział Chorób Układu Nerwowego ZOZ w Dębicy.
**MAJACZENIE DRZENNE
ALKOHOLOWE:
DIAGNOSTYKA I LECZENIE**

1. Wprowadzenie

Jednym z poważniejszych powikłań mogących wystąpić u osób nadużywających lub uzależnionych od alkoholu są psychozy alkoholowe.

Majaczenie drzenne alkoholowe (majaczenie alkoholowe, delirium tremens) jest najczęstszą z psychoz alkoholowych.

Patogeneza majaczenia drzennego alkoholowego mimo prowadzenia licznych badań w wielu ośrodkach naukowych jest do dnia dzisiejszego nie znana. Dotychczasowe doniesienia na ten temat bazują głównie na rozważaniach teoretycznych [8].

Praktycznie nikt dzisiaj nie kwestionuje alkoholowej koncepcji tej psychozy, chociaż już Bonhoeffer postulował istnienie ogniwa pośredniego w postaci substancji toksycznej powstającej wskutek zaburzenia przemiany materii [8]. Takiej substancji dotychczas nie znaleziono, nie wynika jednak z tego, żeby sprawa powstawania psychozy sprowadzała się do prostego sumowania poszczególnych dawek alkoholu w ośrodkowym układzie nerwowym [8]. Wysuwano przypuszczenia uszkodzenia przez alkohol innych narządów, przede wszystkim wątroby, wytwarzania gastrintestinalnej toksyny, podnoszono istnienie wtórnej awitaminozy witamin z grupy „B”, pospolitej u alkoholików i występującej w wielu przypadkach majaczenia z objawami polineuropatii, a także w encefalopatii Wernickiego. Ostatnio coraz większą rolę przypisuje się znaczeniu zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej (głównie niedoboru potasu i magnezu oraz odwodnieniu organizmu) [1,2,5,8,10,12].

W występowaniu majaczenia istotne znaczenie dla OUN ma odstawienie alkoholu, używanego w ostatnich dniach w stosunkowo dużych dawkach, ale nadużywanego od dawna [8]. Przypuszcza się, że przewlekłe nadużywanie

alkoholu powoduje zwiększenie wrażliwości receptorów dopaminowych, a odstawienie wpływa na wzrost aktywności beta-hydroksylazy dopaminy [12].

Do dnia dzisiejszego ciekawym, niezbadanym zjawiskiem, pozostaje to, że majaczenie drżenne alkoholowe rozwija się tylko u 15% osób uzależnionych i nadużywających alkohol [5].

Delirium tremens występuje po co najmniej kilkuletnim nadużywaniu alkoholu, na ogół nie wcześniej niż przed 25 r.ż., ale niekiedy pojawia się po raz pierwszy znacznie później [2,3,8]. Pojawienie się przypadków majaczenia alkoholowego w zależności od wieku (w procentach) przedstawia się następująco [13]:

WIEK	MAJACZENIE
21-30	9,8 %
31-40	26,8 %
41-50	33,8 %
51-60	15,5 %
ponad 60	14,1 %

Jak wynika z danych przedstawionych powyżej najczęściej przypadków majaczenia drżennego alkoholowego pojawia się w przedziale wieku między 40 a 50 r.ż. [13].

Wśród osób z rozpoznaniem majaczenia alkoholowego zdecydowanie przeważają mężczyźni [9]. Kobiety stanowią nie więcej niż 10% osób hospitalizowanych z powodu w/w psychozy alkoholowej. W ostatnim czasie pojawia się coraz więcej doniesień na temat wzrostu liczby kobiet nadużywających alkoholu, co może niedługo podnieść odsetek kobiet hospitalizowanych z powodu majaczenia drżennego alkoholowego [9].

2. Przebieg kliniczny majaczenia drżennego alkoholowego

W kilka dni (najczęściej 2-3) po przerwaniu ciągu picia mogą wystąpić objawy majaczenia. Poprzedzają je nasilające się w ciągu tych paru dni objawy zwykłego zespołu abstynenckiego. Wieczorem drugiego lub trzeciego dnia mogą nasilić się trudności w zasypianiu [8]. Niekiedy już trzeciego dnia wieczorem rozwija się pełny obraz majaczenia. Z objawów na pierwszy plan wysuwa się niepokój psychoruchowy i lęk; chorzy często biegają, uciekają przed nieokreślonym lub wywołanym poprzez urojenia niebezpieczeństwem, bywa, że atakują kogoś z otoczenia, nierzadkie są przypadki samouszkodzeń i usiłowania popełnienia samobójstwa, występuje utrudnienie kontaktu chorego z otoczeniem, dezorientacja w czasie, miejscu i przestrzeni, przy zachowanej orientacji co do własnej osoby [3,8]. Chory nie może zasnąć, niekiedy nie śpi

przez całą noc [8]. Pojawiają się iluzje wzrokowe i typowe omamy wzrokowe. Dla delirium alkoholowego charakterystyczne są obrazy omamowe o słabym natężeniu barw. Wielkość obrazów zwidywanych zależy tu od płaszczyzny rzutowania. Na sobie czy w bliskiej odległości pojawiają się obrazy niewielkich rozmiarów, natomiast na odległej o kilka metrów płaszczyźnie rzutowania, są one zwykle duże [8]. Wg Morela ten rodzaj omamów powstaje wskutek iluzyjnej interpretacji mroczka centralnego [8]. Wzrokowym obrazom omamowym, które są bogate w treść, często sceniczne, towarzyszą iluzje [3,8]. Niekiedy można stwierdzić „objaw białej kartki”, na której chory „widzi” jakiś napis. Obrazy omamowe mogą się także pojawić po uciśnięciu przez chorego gałek ocznych. Rzadko oprócz omamów pojawiają się automatyzmy psychosensoryczne (zbliżanie się lub oddalanie przedmiotów, „walenie” się ścian i in.) [8]. Pospolite są omamy czucia skórniego, oraz omamy słuchowe, zwykle elementarne jak i proste (różne stuki, szумы, hałasy). Czasem chory mówi o szczególnych smakach i zapachach, co również może wskazywać na doznanie omamowe [2,8]. Zdarza się, że w majaczeniu występują urojenia, zwykle tylko prześladowcze, choć także urojenia niewiary małżeńskiej, a rzadziej oddziaływania zewnętrznego [8]. Bardziej pospolite są urojenia „dziania się”, w których chory jest nie tylko widzem (ma omamy), ale także aktorem: sam bierze czynny udział w akcji [3,8]. W wielu przypadkach majaczenie jest przeżywaniem nadzwyczajnych bajkowych wydarzeń, jak w marzeniach sennych, w których chory nie tylko „widzi, słyszy”, ale również sam działa, albo coś szczególnego się z nim dzieje. Zdarza się, że przeżywana sytuacja jest mniej bajkowa, bardziej zwyczajna odpowiadająca zajęciom chorego w miejscu pracy lub innym częstym dla chorego sytuacjom (bar, budka z piwem, „melina”, itp.). Mówimy wtedy o majaczeniu zawodowym lub zajęciowym [3,8]. Obraz majaczenia zamykają zaburzenia pamięci. Występuje ograniczona zdolność lub brak zdolności do zapamiętywania w trakcie trwania majaczenia co, pozostawia po sobie luki pamięciowe, zwłaszcza z okresu nasilenia zaburzeń [2,8].

Powyżej opisany został typowy obraz zaburzeń psychicznych w rozwiniętym majaczeniu alkoholowym. Spotyka się również obrazy inne - od bardzo głębokich zaburzeń kontaktu, prawie bez objawów wytwórczych, przez bogaty w omamy i przeżycia urojeniowe. Do szczególnych objawów w majaczeniu alkoholowym należy np. „zespół skubania nitek” opisany przez Burcharda z iluzjami lub omamami wzrokowymi mikrooptycznymi i bardzo głębokimi zaburzeniami świadomo-

ści. Przez tegoż autora opisany został także tzw. „zespół obłądzenia”, gdzie dominuje lęk, urojenia prześladowcze, poczucie, że całe otoczenie jest przeciwko choremu, „nawet ściany, wentylator...”. Wymienia się także jako postać odmienną tzw. „delirium comatosum” (majaczenie śpiączkowe). Częściej jest to końcowe stadium typowego majaczenia alkoholowego o niepomyślnym przebiegu [8]. Do obrazu majaczenia drżennego alkoholowego bardzo często należą także objawy somatyczne. Należy pamiętać, że mamy do czynienia z pacjentem, który poprzez wieloletnie nadużywanie alkoholu doprowadził u siebie do znacznego zmniejszenia sprawności wielu narządów wewnętrznych - głównie wątroby i ma znacznie obniżone zdolności odpornościowe organizmu. Stwierdzenie podwyższenia temperatury ciała powyżej 38 st. C, albo oznacza współlistniejącą inną chorobę (najczęściej jest to zapalenie płuc), albo wskazuje na ciężki stan związany z samym majaczeniem. Typowe są zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej (głównie spadek poziomu potasu), zaburzenia regulacji wegetatywnych m.in. obfite poty, tachykardia, często nieomoga krążenia [1,8]. Z objawów neurologicznych charakterystyczne jest grubofaliste drżenie rąk, języka, głowy. Często stwierdza się objawy polineuropatii, zwłaszcza w przypadkach długotrwałej zależności alkoholowej. Zaburzenia związane z ruchami gałek ocznych wskazują na encefalopatię Wernickiego. Do zjawisk stosunkowo częstych należą uogólnione napady drgawkowe toniczno-kloniczne (grand mal), zwłaszcza na początku majaczenia, a niekiedy także w trakcie jego trwania.

Rozpoznanie majaczenia drżennego alkoholowego na ogół nie napotyka większych trudności. Istotne jest stwierdzenie podstawowych objawów wymienionych poprzednio. Niekoniecznie muszą być obecne wszystkie, jednak jeśli nie ma możliwości uzyskania pełnego wywiadu, majaczenie alkoholowe należy podejrzewać, ale tylko podejrzewać, wszędzie tam, gdzie nie daje się stwierdzić innego podłoża majaczenia u dorosłych, zwłaszcza mężczyzn [8].

3. Różnicowanie

Majaczenie alkoholowe od majaczenia gorączkowego odróżniamy po następujących oznakach: przede wszystkim po cechach alkoholizmu przewlekłego, jak czerwona, nabrzmiąca twarz, przekrwione spojówki, nalana otyłość lub wychudzenie, drżenie języka i rąk, nieżyt gardła i żołądka, wymioty poranne, bóle podobne do reumatycznych, bolesność uciskowa pni nerwowych,

zmiany w narządach mięszkowych. W majaczeniu drżennym nie ma jaktacji (zrywania), natomiast pobudzenie ruchowe nie wyklucza możliwości bieganina i szybkiego chodzenia. Jak już wspomniano chory jest zdezorientowany co do czasu, miejsca i otoczenia, ma jednak zachowane poczucie własnej tożsamości. Uwagę chorego można do pewnych granic skupić i prowadzić z nim rozsądną rozmowę, co w majaczeniu gorączkowym nie łatwo lub najczęściej nie udaje się. Uwagę chorego od przedmiotu rozmowy odciągają żywe omamy [3, 8].

Ostatnio spotyka się majaczenie u osób leczonych środkami psychotropowymi o działaniu antycholinergicznym (trójpierścieniowe leki p/depresyjne, a także lewopromazyna, chlorprotixen, jak i wiele leków stosowanych w chorobie i zespole Parkinsona). Rzadsze są majaczenia z odstawienia barbituranów oraz innych leków nasennych i uspakajających [2, 8].

O różnicowaniu w odniesieniu do tych dwóch grup majaceń decyduje na ogół wywiad; należy jednak pamiętać, że uzależnienie od leków nasennych nie jest rzadkie u osób uzależnionych od alkoholu [2, 8].

Choć inne majaczenia należą do rzadkości, warto wspomnieć o majaczeniu jakie może wywołać zatrucie grzybami (muskaryna w muchomorach), czy też rzadkie obecnie majaczenie powstałe w wyniku ostrego zatrucia ołowiem zawartym w paliwie samochodowym [8].

W przypadku ciężkich stanów ogólnych ważne jest różnicowanie ze śpiączką wątrobową. W śpiączce nie stwierdza się lub obserwuje się tylko niewielkiego stopnia objawy wytwórcze, natomiast kontakt z chorym i orientacja są głęboko zaburzone lub prawie zniesione. Przy wątpliwościach w rozpoznaniu decyduje stan ogólny i stan wątroby [2, 8].

Bardzo ważne jest różnicowanie z krwakiem wewnątrzczaszkowym. Urazy głowy w stanie upicia, a także w trakcie ciągu picia nie należą do rzadkości. Po ciężkim urazie człowiek przestaje pić, tak więc po paru dniach może wystąpić majaczenie. Mogą pojawić się również objawy krwaka wewnątrzczaszkowego, które również narastają przez kilka dni. Ponieważ obraz psychopatologiczny nie rozstrzyga sprawy, a objawy majaczenia nie wykluczają krwaka, decyduje tylko dokładne badanie neurologiczne pacjenta oraz szczególnie w tych przypadkach badanie KT głowy [8].

Trudności w różnicowaniu powodują najczęściej nietypowe lub ubogoobjawowe majaczenia. Nierzadko zdarza się rozpoznanie majaczenia jako halucynozy, a nawet psychozy schizofrenicznej. Zwłaszcza, gdy stan somatyczny nie jest ciężki, stwierdza się omamy słuchowe lub urojenia; kon-

takt jest lekko utrudniony, a orientacja zachowana. O rozpoznaniu w takich wypadkach decydować będzie dalszy przebieg choroby, którego przy wstępnym badaniu nie jesteśmy w stanie przewidzieć [3,8].

4. Leczenie

Leczenie majaczenia drzennego alkoholowego jest poważnym problemem klinicznym zarówno ze względu na częstość występowania tej psychozy, jak i w związku z możliwością powikłań somatycznych, które mogą być przyczyną zgonu [7].

W schemacie postępowania leczniczego w przypadku alkoholowego majaczenia drzennego wykorzystuje się opracowany ze względu na charakter prezentowanych objawów podział chorych z majaczeniem na trzy grupy:

I GRUPA

- dezorientacja w czasie, miejscu i przestrzeni przy zachowanej orientacji do własnej osoby;
- grubofaliste drżenie rąk i języka;
- nastrój obniżony lub dysforyczny, któremu towarzyszy lęk, częstokroć także pobudzenie psychoruchowe;
- zaburzenia spostrzegania w postaci pojedynczych elementarnych omamów, najczęściej wzrokowych.

II GRUPA

Występują tu:

- objawy w pełni rozwiniętej psychozy z podnieceniem psychoruchowym, iluzjami, omamami, urojeniami;
- brak lub nieznacznie wyrażone objawy rozchwiania układu neurovegetatywnego.

III GRUPA

Do tej grupy zaliczamy chorych, u których występują objawy jak w II grupie oraz cechy rozchwiania układu neurovegetatywnego w postaci : gorączki bez infekcji, tachykardii, zaburzeń oddychania. Zaliczamy tu również chorych, u których rozwinęły się powikłania. Wśród najczęściej występujących powikłań w trakcie delirium tremens należy wymienić: zapalenie płuc, niewydolność krążenia, zapalenia układu moczowego i uogólnione napady drgawkowe.

Wykorzystując w/w podział prowadzono leczenie chorych w Oddziale Chorych Układu Nerwowego ZOZ w Dębicy. W latach 1989-1992 z

rozpoznanie majaczenia drżennego alkoholowego leczonych tam było 87 chorych.

I tak chorzy, którzy byli zaliczani do I grupy wymagali uzupełnienia niedoborów wodno-elektrolitowych oraz zabezpieczenia p/drgawkowego, które osiągaliliśmy przy użyciu diazepamu w dawce 10-30 mg na dobę w postaci iniekcji domięśniowych. Stosowaliśmy również w niewielkich dawkach neuroleptyki (głównie haloperidol), jak i uznany obecnie powszechnie na całym świecie za lek z wyboru w leczeniu majaczenia - klometiazol (Hemineurin) doustnie w dawce podzielonej (kapsułki po 0,3g 0,3g-0,3g-0,6g-0,9g).

Dodatkowo chorzy otrzymywali pozajelitowo witaminy z grupy „B”.

Pacjenci zaliczani do II grupy wymagali bardziej energicznego postępowania terapeutycznego. Jeżeli stan ogólny na to pozwalał, a szczególnie nie było zaznaczonych zaburzeń krążenia, uszkodzenia wątroby czy nerek, uznaliśmy za wskazane podawanie dużych dawek neuroleptyków, najczęściej haloperidolu w dawce 15-25mg podzielonej na trzy iniekcje domięśniowe. Stosowaliśmy też klometiazol w kapsułkach po 0,3g co 6 godzin aż do osiągnięcia łącznej dawki dobowej w wysokości 2,4-3,6g. By zapobiegać groźnym dla życia napadom drgawkowym stosowaliśmy w dawce nie mniejszej niż 30mg/dobę diazepam w iniekcjach dożylnych oraz rutynowo vit B podawaną pozajelitowo. Podobnie jak u chorych z I grupy nie zapominaliśmy o wyrównaniu zaburzeń wodno-elektrolitowych.

Chorzy, których zaliczaliśmy do III grupy stanowili największy w leczeniu majaczenia drżennego problem kliniczny. Dochodziło tutaj do znacznego rozchwiania systemu neurovegetatywnego, do ciężkich powikłań somatycznych (trudne do leczenia zapalenia płuc, stany zapalne układu moczowego, które często doprowadzały do uogólnionej sepsy organizmu, często dochodziło do niewydolności krążeniowej, pojawiały się uogólnione napady drgawkowe).

U takich chorych stosowaliśmy przede wszystkim na pierwszym miejscu klometiazol we wlewie dożylnym (roztwór 0,8%). Początkowo lek ten podawany był w postaci szybkiego wlewu dożylnego do ok. 100 kropli na minutę (wg jednej z opisywanych przez literaturę technik [7]), co zwykle w ciągu ok. 15 min. doprowadzało pacjenta do uspokojenia i snu. Następnie zwalnialiśmy podawanie wlewu klometiazolu tak aby nie doprowadzić chorego do stanu śpiączki, starając się utrzymać pacjenta w stanie niezbyt głębokiego snu. Chory w tym czasie wymagał stałego, intensywnego dozoru

lekarsko-pielęgniarskiego, ze względu na możliwość wystąpienia ewentualnych powikłań ze strony układu oddechowego. Dobowa dawka klometiazolu stosowana w warunkach naszego oddziału wynosiła na ogół 4-12g., chociaż czasami w szczególnie ciężkich przypadkach konieczne było zastosowanie dawki 16g klometiazolu na dobę. Jednocześnie z podawaniem wlewów klometiazolu podawaliśmy we wstrzyknięciach domięśniowych haloperirol, dobierając jego dawkę zależnie od stanu somatycznego pacjenta (w tych wypadkach zwykle bardzo ciężkiego). Nie baliśmy się stosowania neuroleptyku w przeciwieństwie do sugestii internistów, gdyż staliśmy na stanowisku, że uspokojenie chorego wpływa kojąco na system sercowo-naczyniowy. Stosowaliśmy także pozostałe leki, jak u pacjentów, których zaliczaliśmy do II grupy. Przy występowaniu objawów niewydolności krążenia podawaliśmy strofantynę lub preparaty naparstnicy zgodnie z ogólną wiedzą lekarską. Przy wystąpieniu wzrostu temperatury ciała była prowadzona rutynowa antybiotykoterapia, nawet przy braku w badaniu fizykalnym objawów świadczących o toczącym się procesie zapalnym. Wychodziliśmy z założenia, że lepiej jest zapobiegać niż leczyć trudne do opanowania powikłania somatyczne. Każdy pacjent miał założoną indywidualną kartę obserwacyjną, w której w odstępach nie większych niż 1 godzina notowaliśmy pomiary: ciśnienia tętniczego krwi, tętna, częstość oddechów, temperaturę ciała, diurezę (konieczne było założenie cewnika do pęcherza moczowego).

5. Podsumowanie

Majaczenie drżenne alkoholowe jest najczęściej występującą psychozą alkoholową. Jest to groźna ogólnoustrojowa choroba, w której śmiertelność waha się w granicach od 1% do 20% [2]. W analizowanych 87 przypadkach leczonych w Oddziale Chorób Układu Nerwowego ZOZ w Dębicy śmiertelność wynosiła 1,15%.

Leczenie majaczenia jest zasadniczo zawsze szpitalne, w warunkach polskich jest to najczęściej oddział psychiatryczny, co nie jest całkowicie słuszne. Pacjent w delirium niejednokrotnie wymaga leczenia w warunkach oddziału intensywnej opieki medycznej.

Umiejętność prawidłowego rozpoznania tej choroby jest ważna dla każdego lekarza, nie tylko lekarza psychiatry, bowiem z delirium można się spotkać w wielu okolicznościach wykonywania praktyki lekarskiej. Przykładem może służyć tu opisane w literaturze pojawienie się delirium alkoholowego u osób aresztowanych i przez to zmuszonych do przymusowej abstynencji [11].

W leczeniu należy uwzględnić dwa aspekty, często tylko pozornie różne. Pierwszy to stan somatyczny; regulacji wymaga tu gospodarka wodno-elektrolitowa, czynności układu sercowo-naczyniowego, oddechowego, zabezpieczenie p/drgawkowe. Drugi aspekt to umiejętna terapia środkami psychofarmakologicznymi.

Andrzej Wilk

Delirium Tremens: Diagnostics and Treatment

Summary

Delirium Tremens is the most frequently met alcoholic psychosis. It is the disease of critical character. The mortality rate due to delirium tremens oscillates from 1% up to 20% [2]. The mortality rate among 87 cases treated at the Nervous Diseases Ward at the hospital in Debica equaled 1.15%.

The treatment of delirium tremens is conducted basically in hospitals. In Poland, it is normally the psychiatric ward. Such procedure does not seem to be fully justified. The patient in delirium tremens frequently requires treatment at the intensive care ward.

The capability of correct diagnosis is significance for every physician, and not for psychiatrists only, as the delirium tremens can be met in many occurrences of medical practice. The development of delirium tremens by imprisoned individuals, who were forced into abstinence, may serve as an example, here [11].

The treatment should regard two aspects, of frequently counterfeited different nature. The first one is the somatic condition. The fluid and electrolyte exchange, the cardio-vascular system and the respiratory system activities, protection against convulsions. The second aspect consists of proper psychopharmacological treatment.

Key words: alcohol dependance, delirium tremens.

Piśmiennictwo

1. Beckmann J.: Alkoholentzugsdelir und Hypokaliemie. Nervenarzt 1990. 62:444-446.
2. Bilikiewicz A.: Zarys metod leczenia w psychiatrii. PZWL 1987 Warszawa.
3. Bilikiewicz T.: Psychiatria kliniczna. PZWL 1989 Warszawa.

4. Braun U.: Therapie des perioperativen Alkoholdelirs Aktuelle Diagnostik and Therapie DNN 1991. 116 nr 13
5. Dittmar G.: Das Alkoholdelir - Patogenese und Therapie. Medizinische Klinik 15.12.91/nr12/s.607-612.
6. Habrat B.: Leczenie psychoz alkoholowych. Psychiatria t.II /red. Dąbrowski S. i in./ PZWL 1988 Warszawa.
7. Habrat B.: Farmakoterapia alkoholowych zespołów abstynencyjnych. Postępy Psychiatrii i Neurologii; 1992.1 s.199-206.
8. Jaroszyński J.: Psychozy alkoholowe. Psychiatria t.II /red. Dąbrowski S. i in./ PZWL 1988 Warszawa.
9. Kocur B., Krzysztofiak R.: Psychozy alkoholowe u kobiet z zespołem zależności alkoholowej. Problemy alkoholizmu 1991 nr 2.
10. Pfitzer F., Schuchardt U., Heitmann R.: Die Bahadlung Schwerwr Alkoholdelirien. Nervenarzt 1988.59.s. 229-2.
11. Rajsz S., Zagarski W., Dziedzic-Witkowska T.: Abstynencja przyczyną ciężkiej psychozy majaczeniowej u aresztowanych. Archiwum Med. Sąd. i Kryminalnej 1991 XLI.3.
12. Rommelspacher H., Schmidt L.G. und Helmachen: Patho-biochemie und Pharmakotherapie des Alkoholentzugssyndroms. Nervenarzt 1991.62:649-957.
13. Tuczek K.: Niektóre cechy majaczenia drzennego. Problemy alkoholizmu 1987. 7/8.