

Z warsztatów badawczych i doświadczeń klinicznych

Marcin Wojnar*, Dariusz Wasilewski, Halina Matsumoto**,
Artur Cedro***

* II Klinika Psychiatryczna Akademii Medycznej w Warszawie

** I Klinika Psychiatryczna Akademii Medycznej w Warszawie

RÓŻNICE W PRZEBIEGU ALKOHOLOWYCH ZESPOŁÓW ABSTYNENCYJNYCH U KOBIET I MĘŻCZYZN

WSTĘP

W przeszłości badania nad uzależnieniem od alkoholu wykazywały, że mężczyźni piją znacznie więcej niż kobiety i doświadczają również więcej niepomyślnych następstw picia [29]. Jednakże różnice te się zmniejszają. Konsumpcja alkoholu wśród kobiet wzrosła gwałtownie po II wojnie światowej; wskaźniki uzależnienia rosły szybciej u kobiet niż u mężczyzn [1, 29]. Konsekwencją tego zjawiska jest między innymi wzrost częstości występowania alkoholowych zespołów abstynencyjnych.

W literaturze przedmiotu spotykamy badania wskazujące na istotne różnice w przebiegu uzależnienia od alkoholu u kobiet i mężczyzn [5, 17]; jedynie nieliczne prace podejmują zagadnienie odmienności w przebiegu alkoholowego zespołu abstynencyjnego. U mężczyzn notuje się cięższy przebieg uzależnienia, wcześniejszy początek intensywnego picia i większą ilość spożywanego alkoholu.

Sugeruje się, że kobiety są z kolei bardziej podatne na somatyczne następstwa picia alkoholu [8]. U kobiet uzależnionych od alkoholu częściej stwierdza się współistniejące choroby somatyczne [9, 27]; częściej towarzyszą im także dodatkowe zaburzenia psychiczne, takie jak: stany depresyjne, fobie, inne uzależnienia [6, 12].

U kobiet opisywane jest „zjawisko teleskopowe” [19], które dotyczy przyspieszonego rozwoju następstw somatycznych wynikających z intensywnego picia alkoholu, takich jak patologia wątroby, mogących również dotyczyć zjawisk patofizjologicznych zachodzących w o.u.n. Niektórzy badacze obserwowali większą podatność

kobiet na mechanizm „rozniecania” w okresie odstawienia alkoholu i w przebiegu alkoholowego zespołu abstynencyjnego [15].

CEL

Celem pracy było porównanie przebiegu alkoholowych zespołów abstynencyjnych u kobiet i mężczyzn.

MATERIAŁ I METODA

Badaniami objęto grupę 1179 chorych hospitalizowanych w Szpitalu Nowowiejskim w Warszawie w latach 1973 - 1987 z rozpoznaniem alkoholowego zespołu abstynencyjnego (AZA), według klasyfikacji ICD 9 [31], w tym majaczenia alkoholowego. Do badań włączono również pacjentów z ostrą halucynozą alkoholową, uznając ją jako wariant majaczenia drżennego [10].

W analizie opierano się na dokumentacji lekarskiej oraz informacjach dotyczących umieralności uzyskanych w Centralnym Biurze Adresowym. Dane zbierano w latach 1988-89 i wprowadzano do specjalnie przygotowanego, ustrukturuwanego kwestionariusza [24], który obejmował:

- a. charakterystykę demograficzną;
- b. przebieg uzależnienia od alkoholu;
- c. urazy, choroby somatyczne oraz współistniejące zaburzenia psychiczne;
- d. używanie lub uzależnienie od innych środków psychoaktywnych;
- e. stan somatyczny (w tym wyniki badań laboratoryjnych);
- f. symptomatologię i przebieg zespołu abstynencyjnego;
- g. leczenie farmakologiczne.

Współistniejące zaburzenia psychiczne określano według klasyfikacji ICD 9, korzystając z rozpoznań stawianych w chwili wypisu ze szpitala. Przy ocenie stężenia hemoglobiny i erytrocytów uwzględniono różnice między kobietami i mężczyznami obserwowane w populacji ogólnej.

W zależności od stanu klinicznego w chwili przyjęcia kwalifikowano pacjenta do określonego stadium zespołu abstynencyjnego:

- stadium 1 - zespół abstynencyjny niepowikłany
- stadium 2 - abstynencyjne napady drgawkowe
- stadium 3 - stan predeliryczny
- stadium 4 - majaczenie - okres rozwiniętej psychozy przy zachowanym kontakcie z rzeczywistością
- stadium 5 - majaczenie - okres fałszywej orientacji
- stadium 6 - głębokie zaburzenia świadomości
- stadium 7 - sen terminalny
- stadium 8 - stan po przemianach zaburzeń.

W trakcie pobytu w szpitalu oceniano również stadium maksymalnego nasilenia AZA.

W analizie statystycznej wyników zastosowano test chi-kwadrat (χ^2), test t -Studenta oraz analizę wariancji Kruskal-Wallisa i test medianowy, odpowiednio do charakteru danych i ich rozkładu, korzystając z pakietu statystycznego SPSS [18].

WYNIKI

Ze 1179 pacjentów, hospitalizowanych łącznie 2186 razy, 86,2% stanowili mężczyźni, a 13,8% - kobiety (Tabela 1).

TABELA 1

Pacjenci z rozpoznaniem alkoholowego zespołu abstynencyjnego hospitalizowani w Szpitalu Nowowiejskim w latach 1973-1987

| Epizody | Mężczyźni N=1016 | | Kobiety N=163 | | Razem |
|----------------|------------------|-------------|---------------|-------------|-------|
| | Jednorazowe | Wielokrotne | Jednorazowe | Wielokrotne | |
| Pacjenci (N) | 651 | 365 | 110 | 53 | 1179 |
| Hospitalizacje | 651 | 1280 | 110 | 145 | 2186 |

1. Wiek

Wiek badanych osób wynosił średnio 39,95 ($\pm 9,98$) lat; w grupie mężczyzn wahał się od 15 do 78 lat, w grupie kobiet - od 19 do 81 lat. Średnie wieku w obu grupach nie różniły się istotnie. Natomiast średnia wieku, w którym wystąpił pierwszy w życiu alkoholowy zespół abstynencyjny (leczony szpitalnie) była wyższa w grupie kobiet blisko o 4 lata w porównaniu z mężczyznami; odpowiednio 41,16 ($\pm 10,45$) lat i 37,57 ($\pm 9,58$) lat ($t = -2,66$; $p < 0,01$).

2. Przebieg uzależnienia od alkoholu

Najważniejsze parametry charakteryzujące przebieg uzależnienia od alkoholu w obu grupach przedstawiono w Tabeli 2. Badane osoby zaczynały intensywne picie alkoholu w wieku od 12 do 68 lat. Kobiety rozpoczynały intensywne picie później średnio o 5 lat niż mężczyźni ($p < 0,0001$).

Okres intensywnego picia alkoholu do momentu wystąpienia pierwszego leczonego epizodu AZA wahał się od 1 roku do 40 lat. Kobiety intensywnie piły alkohol krócej średnio o 5 lat niż mężczyźni przed wystąpieniem pierwszego AZA ($p < 0,0001$).

Deklarowana dobową dawką alkoholu spożywanego w okresie ostatniego ciągu picia przed przyjęciem do szpitala, w przeliczeniu na czysty etanol, wahała się od 10 do 900 g. Mężczyźni spożywali w ciągu doby średnio blisko o połowę więcej alkoholu niż kobiety ($p < 0,0001$).

Spośród 1179 pacjentów, 22,7% osób piło alkohole niespożywcze; odsetek ten był istotnie wyższy w grupie mężczyzn ($p < 0,05$).

TABELA 2

Parametry charakteryzujące przebieg uzależnienia od alkoholu w badanych grupach

| Cechy przebiegu uzależnienia od alkoholu | Mężczyźni | Kobiety | Ogółem | Analiza statystyczna |
|--|----------------|---------------|----------------|--------------------------|
| Początek intensywnego picia alkoholu (lata)* | 23,90±8,57 | 29,06±9,36 | 24,62±8,86 | t=-6,6; p<0,0001 |
| Średni okres intensywnego picia alkoholu (lata)* | 15,74±7,99 | 10,21±7,06 | 14,92±8,10 | t=6,4; p<0,0001 |
| Średnia dawka dobową etanolu (g)* | 305,8±170,0 | 218,1±135,0 | 295,7±165,9 | t=5,9; p<0,0001 |
| Konsumpcja alkoholi niespożywczych ** | 378 (23,6%) | 34 (16,0%) | 412 (22,7%) | $\chi^2=6,1$; p<0,05 |

*- Średnia±odchylenie standardowe

** - N (%)

3. Przebieg alkoholowych zespołów abstynencyjnych

W chwili przyjmowania pacjentów do szpitala w 550 przypadkach (26,9%) stwierdzono objawy abstynencyjne z równoczesnymi oznakami spożycia alkoholu: częściej u mężczyzn (27,7%) niż u kobiet (20,9%) ($\chi^2=4,9$ (d.f.=1); p<0,05).

Analiza stanu klinicznego badanych osób w chwili przyjęcia wykazała, że 8,1% pacjentów przyjęto w stadium 1; 0,7% – w stadium 2; 35,9% – w stadium 3; 41,9% w stadium 4; 11,2% w stadium 5; 0,1% w stadium 6 oraz 2,1% w stadium 8. Nie zano-towano przyjęć w stanie snu terminalnego (stadium 7).

Porównanie grup mężczyzn i kobiet (Tabela 3) wykazało, że kobiety częściej przyjmowano w stadiach bardziej nasilonego rozwiniętego majaczenia (stadium 4 - 5), mężczyzn zaś w okresie niepowikłanego AZA (stadium I) lub stanu przed-majaczeniowego (stadium 3) (p<0,01).

TABELA 3

Nasilenie objawów alkoholowego zespołu abstynencyjnego w chwili przyjęcia

| Stadium nasilenia objawów AZA | Mężczyźni N | Kobiety N |
|-------------------------------|----------------|--------------|
| 1-3 | 866 (46,5%) | 87 (36,4%) |
| 4-5 | 996 (53,5%) | 152 (63,6%) |

W 2186 epizodach abstynencyjne napady drgawkowe w trakcie hospitalizacji ob-serwowano 52 razy (2,4%). Napady abstynencyjne istotnie częściej stwierdzano u mężczyzn (2,8%) niż u kobiet - 0,5% ($\chi^2=16,30$ (d.f.=1); p<0,001).

W 135 przypadkach (6,2%) stan pacjentów uległ pogorszeniu w trakcie hospitalizacji. Nie stwierdzono istotnych różnic w odsetku pogorszeń między grupami kobiet i mężczyzn; odsetki wynoszą odpowiednio: 5,1% i 6,3%.

Czas trwania zaburzeń w przebiegu AZA, od momentu wystąpienia stadium 3 (stanu przedmajaczeniowego) do chwili wygaśnięcia objawów psychotycznych przedstawiono w tabeli 4. Różnica między grupami kobiet i mężczyzn jest nieistotna statystycznie. W obu grupach, zarówno średnia modalna, jak i mediana wynosiły 72 godziny - trzydobowy czas trwania zaburzeń stwierdzono 559 razy (25,6%). W 350 epizodach (16,0%) czas trwania psychozy wynosił 48 godzin.

TABELA 4

Czas trwania majaczenia w obu grupach

| Czas trwania majaczenia w godzinach | Mężczyźni | Kobiety | Ogółem | Analiza statystyczna |
|-------------------------------------|-------------|-------------|-------------|----------------------|
| X±SD | 82,07±43,78 | 82,77±42,45 | 82,15±43,62 | NS |
| Xmin - Xmax | 3 - 484 | 12 - 290 | 3 - 484 | |

Okres pobytu w szpitalu był istotnie dłuższy w grupie kobiet niż w grupie mężczyzn średnio o 4 doby; wynosił odpowiednio: 14,61 (±10,58 doby oraz 10,60 (±8,43 doby (t=-7,6; p<0,0001).

4. Współistniejące zaburzenia psychiczne

W tabeli 5 przedstawiono najczęściej stwierdzane współistniejące zaburzenia psychiczne, które odnotowano w dokumentacji lekarskiej.

TABELA 5

Współistniejące zaburzenia psychiczne w okresie hospitalizacji odnotowane w dokumentacji pacjentów

| Zaburzenia psychiczne | Mężczyźni N | Kobiety N | Ogółem N |
|---------------------------|----------------|--------------|-------------|
| Zaburzenia osobowości | 169 (8,8%) | 30 (11,8%) | 199 (9,1%) |
| Inne psychozy alkoholowe* | 38 (1,9%) | 14 (5,5%) | 52 (2,4%) |
| Stany depresyjne | 35 (1,8%) | 11 (4,3%) | 46 (2,0%) |
| Zaburzenia nerwicowe | 6 (0,3%) | 4 (1,6%) | 10 (0,5%) |
| Inne uzależnienia | 44 (4,3%) | 35 (21,6%) | 138 (11,7%) |

*przewlekła halucynozja alkoholowa, psychoza Korsakowa, paranoja alkoholowa
Analiza statystyczna: ($\chi^2=34,4$ (d.f.=6); p<0,0001)

W badanej populacji zaburzenia osobowości, inne psychozy alkoholowe, stany depresyjne i zaburzenia nerwicowe obserwowano istotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn (p<0,0001).

138 pacjentów (11,7%) używało innych środków psychoaktywnych. Pięciokrotnie częściej przyjmowały te substancje kobiety (21,6%) niż mężczyźni (4,3%) ($\chi^2=113,6$ (d.f.=1); $p<0,0001$). Do najczęściej nadużywanych należały pochodne benzodiazepiny (6,4% pacjentów) i barbiturany (4,7% pacjentów), również przyjmowane istotnie częściej przez kobiety ($p<0,0001$). Ośmiu pacjentów (0,7%), wyłącznie mężczyzn, przyjmowało pochodne opium (Tabela 5).

5. Stan somatyczny

Odchylenia podstawowych parametrów stanu somatycznego pacjentów przedstawiono w tabeli 6. Przyspieszoną czynność serca (powyżej 100 uderzeń na minutę) zanotowano u 40,9% pacjentów. Nie stwierdzono istotnych różnic między grupami kobiet i mężczyzn.

Podwyższone wartości ciśnienia tętniczego krwi (skurczowe powyżej 160 mm Hg, rozkurczowe powyżej 95 mm Hg) obserwowano u 21,1% pacjentów w czasie pobytu w szpitalu, nieznacznie częściej u mężczyzn (21,7%) niż u kobiet (17,6%).

Podwyższoną ciepłotę ciała (powyżej 38°C) stwierdzono u 10% pacjentów w trakcie hospitalizacji, bez istotnych różnic między mężczyznami a kobietami.

TABELA 6

Wybrane cechy charakteryzujące stan somatyczny pacjentów

| Odchylenia w stanie somatycznym | Mężczyźni N (%) | Kobiety N (%) | Ogółem N (%) | Analiza statystyczna* |
|-----------------------------------|--------------------|------------------|-----------------|-----------------------|
| Cięnienie tętnicze > 160/95 mm Hg | 406 (21,7) | 43 (17,6) | 449 (21,2) | NS |
| Ciepłota ciała > 38 °C | 184 (10,2) | 20 (8,4) | 204 (10,0) | NS |
| Tachykardia > 100/min | 739 (41,1) | 95 (39,3) | 834 (40,9) | NS |

* zastosowano test chi-kwadrat

Częstość odchyżeń w niektórych badaniach dodatkowych stwierdzanych w badanej populacji przedstawiono w tabeli 7. Obniżone stężenie erytrocytów oraz hemoglobiny notowano ponad dwukrotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn ($\chi^2=38,8$ (d.f.=1); $p<0,0001$). Obniżone stężenie potasu stwierdzono także częściej u kobiet niż u mężczyzn ($\chi^2=25,2$ (d.f.=1); $p<0,0001$).

Podwyższone stężenie aminotransferazy alaninowej oraz obniżone stężenie białka całkowitego w surowicy krwi obserwowano częściej mężczyzn niż u kobiet (odpowiednio: $\chi^2=5,6$ (d.f.=1); $p<0,05$ oraz $\chi^2=11,1$ (d.f.=1); $p<0,01$).

W wynikach pozostałych badań dodatkowych (próby tymolowej, testu z bromosulfotaleiną, stężenia sodu, mocznika i serologicznych odczynów kiłowych) nie stwierdzono istotnych różnic między grupami kobiet i mężczyzn.

TABELA 7

Odchylenia w wynikach niektórych badań dodatkowych

| Odchylenia w badaniach dodatkowych | Mężczyźni N=1931 | Kobiety N=255 | Ogółem N=2186 | Analiza statystyczna* |
|--|---------------------|------------------|------------------|-----------------------|
| Hemoglobina < 12 g/dl | 312 (16,2%) | 101 (39,6%) | 413 (18,9%) | p<0,0001 |
| Erytrocyty < 3,8 x 10 ¹² /l | 182 (9,4%) | 60 (23,5%) | 242 (11,1%) | p<0,0001 |
| AlAT > 23 U/l | 1322 (68,5%) | 153 (60,0%) | 1475 (67,5%) | p<0,05 |
| Białko całkowite < 6,3 g/dl | 65 (3,4%) | 7 (2,7%) | 72 (3,3%) | p<0,01 |
| Potas < 3,7 mmol/l | 408 (21,1%) | 97 (38,0%) | 505 (23,1%) | p<0,0001 |

* - Dotyczy różnic między grupami mężczyzn i kobiet, zastosowano test chi-kwadrat

6. Umieralność

W latach 1973-1987 zmarło w trakcie pobytu w szpitalu 12 pacjentów (1,0%), a dalszych 7 wkrótce po przeniesieniu do szpitala ogólnego. Byli to wyłącznie mężczyźni. Z danych uzyskanych z Centralnego Biura Adresowego wiadomo, że w sumie ze 1179 pacjentów do roku 1989 zmarły 223 osoby (18,9%), w tym 197 mężczyzn (19,5% ogółu mężczyzn) i 26 kobiet (16,0%). Niektóre parametry charakteryzujące umieralność w badanych grupach przedstawiono w tabeli (Tabela 8).

Nie stwierdzono istotnych różnic między kobietami i mężczyznami porównując średni wiek w momencie śmierci. Czas, jaki upłynął od pierwszej hospitalizacji z powodu AZA do chwili zgonu wahał się w badanej populacji od kilku dni do 13 lat i różnił się istotnie między obiema grupami: mężczyźni umierali śred-

TABELA 8

Parametry charakteryzujące umieralność: średni wiek pacjenta w chwili zgonu oraz czas jaki upłynął od pierwszej hospitalizacji do chwili zgonu

| Cechy umieralności w badanych grupach | Mężczyźni | Kobiety | Ogółem | Analiza statystyczna* |
|--|-------------|-------------|-------------|-----------------------|
| Wiek w chwili zgonu (w latach)** | 47,53±10,78 | 48,81±12,43 | 47,68±10,97 | NS |
| Czas od pierwszej hospitalizacji z powodu AZA do chwili zgonu (w latach)** | 3,92±3,03 | 5,35±3,31 | 4,09±3,09 | t=-2,3; p<0,05 |

*- dotyczy różnic między grupami mężczyzn i kobiet, zastosowano test t-Studenta

** - średnia ± odchylenie standardowe

nio o półtora roku wcześniej niż kobiety licząc od czasu pierwszego pobytu w szpitalu z powodu AZA ($p < 0,05$).

OMÓWIENIE WYNIKÓW

W badanej populacji stosunek ilościowy grupy kobiet do mężczyzn wynosił około 1: 6, co pokrywa się z danymi z piśmiennictwa, podającymi najczęściej wartości od 1: 5 do 1: 9 w populacji uzależnionych od alkoholu hospitalizowanych z powodu AZA [11, 21, 26, 28]. Pomimo, że w kolejnych latach stwierdzono narastanie odsetka pacjentów hospitalizowanych z powodu AZA w stosunku do wszystkich osób leczonych w Szpitalu Nowowiejskim [24], to odsetek kobiet z alkoholowym zespołem abstynencyjnym wahał się w granicach 6 - 15% i nie wykazywał istotnej tendencji wzrostowej.

Kobiety zgłaszały się do szpitala z powodu pierwszego epizodu AZA później niż mężczyźni o blisko 3,5 roku. Wynik ten mógłby świadczyć o późniejszym występowaniu objawów fizycznego uzależnienia od alkoholu u kobiet, jeśli jednak weźmiemy pod uwagę, że kobiety rozpoczynały intensywne picie alkoholu później niż mężczyźni średnio o 5 lat, to porównanie tych dwóch wartości wskazuje raczej na szybsze uzależnianie się kobiet [4, 5, 17]. Dowodzi tego również obserwowany w naszych badaniach znacznie krótszy u kobiet okres intensywnego picia alkoholu przed wystąpieniem pierwszego epizodu AZA.

W okresie bezpośrednio poprzedzającym hospitalizację (ostatniego ciągu picia) kobiety relacjonowały, że piły o jedną trzecią mniej alkoholu niż mężczyźni [3, 17]. Mniejsze spożycie u kobiet można tłumaczyć z jednej strony mniejszą tolerancją na etanol, z drugiej zaś osiąganiem wyższych stężeń etanolu w tkankach mimo porównywalnej z mężczyznami jednorazowej dawki spożytego alkoholu [8].

Nie można jednak wykluczyć, że podawane przez kobiety dane dotyczące dawki spożywanego alkoholu, sięgania po alkohole niespożywcze, okresu intensywnego picia alkoholu mogły być zaniżane, na przykład z chęci ukrycia nieaprobowanego społecznie picia alkoholu przez kobiety. Obserwowano znaczne różnice między kobietami i mężczyznami w udzielaniu odpowiedzi na pytania dotyczące uzależnienia od alkoholu [20].

Analiza stanu pacjentów w chwili przyjęcia do szpitala wykazała, że kobiety częściej przyjmowano w bardziej zaawansowanych stadiach zespołu abstynencyjnego (majaczenia), mężczyzn zaś częściej w stadium niepowikłanego zespołu abstynencyjnego lub w stanie predelirycznym. Może to być związane z faktem częstszego przyjmowania mężczyzn będących jeszcze pod wpływem alkoholu, a także sugerować, że mężczyźni chętniej zgłaszają się do szpitala niż kobiety.

Napady drgawkowe występowały znacznie rzadziej u kobiet niż u mężczyzn. Potwierdzają to dane cytowane przez niektórych autorów [1, 13]. W innych badaniach obserwowano napady abstynencyjne jednakowo często u obu płci [16] lub częściej u kobiet [15]. Otrzymany wynik wydaje się pozostawać w sprzeczności z notowanym u kobiet częstszym uzależnieniem od benzodiazepin i barbituranów. Wiadomo bo-

wiem, że w przypadku mieszanych zespołów abstynencyjnych istnieje większe ryzyko wystąpienia napadów drgawkowych [2, 14].

Czas pobytu w szpitalu był dłuższy u kobiet niż u mężczyzn, mimo iż średni czas trwania zaburzeń w przebiegu AZA był porównywalny w obu grupach. Również różnice w odchyleniach stanu somatycznego u kobiet i mężczyzn nie uzasadniają takiej rozbieżności. Wydaje się, że mogła tu odgrywać pewną rolę bardziej zdecydowana postawa personelu medycznego wobec mężczyzn, prowadząca do szybszego ich wypisywania z oddziałów psychiatrycznych. Także współistniejące zaburzenia psychiczne mogły sprzyjać wydłużaniu pobytu kobiet w szpitalu.

Zaburzenia osobowości, inne psychozy alkoholowe, stany depresyjne i zaburzenia nerwicowe stwierdzano u nich istotnie częściej niż u mężczyzn [7, 6, 12]. Wyniki te należy jednak traktować z dystansem. Prawdopodobnie dane te nie ujawniają w pełni psychopatologii badanych osób, gdyż w większości w dokumentacji lekarskiej odnotowywano jedynie te zaburzenia, które stanowiły istotny problem kliniczny w czasie hospitalizacji. Dodatkowe rozpoznania mogły być czasem pomijane. Wydaje się mało prawdopodobne, żeby zaburzenia osobowości występowały tylko u 9,1% pacjentów. Ta sama uwaga dotyczy zaburzeń nerwicowych (0,5%) i stanów depresyjnych (2%). W danych przedstawionych przez Rossa i wsp. odsetki te wynoszą odpowiednio około 42%, 47% i 26% [22]. Jednak przy założeniu, że niedokładność oceny dotyczy zarówno kobiet, jak i mężczyzn, stwierdzone różnice między obu grupami mogą odzwierciedlać istniejące odmienności.

Kobiety pięciokrotnie częściej niż mężczyźni przyjmowały inne środki uzależniające (głównie pochodne benzodiazepiny i pochodne kwasu barbiturowego), co znajduje w większości potwierdzenie w literaturze [6, 12]. Z badań Brunfentrinker i wsp. wynika jednak, że kobiety uzależnione od alkoholu rzadziej nadużywają innych środków uzależniających [5].

Wiadomo, że współistniejące schorzenia somatyczne pogarszają przebieg AZA [11, 25, 30]. Najdłuższe majaczenie (484 godziny) obserwowano u pacjenta, u którego jednocześnie rozwinęło się ciężkie zapalenie płuc. W pomiarach ciśnienia tętniczego, tętna i ciepłoty ciała nie obserwowano istotnych różnic między badanymi grupami, stwierdzono je natomiast w wynikach niektórych badań dodatkowych. Wśród nich niedokrwistość i obniżone stężenie potasu obserwowano częściej u kobiet. U mężczyzn zaś częściej notowano odchylenia w badaniach prób wątrobowych (podwyższone stężenia aminotransferazy alaninowej) i hipoproteinemię. Stwierdzone różnice pokrywają się z danymi innych autorów [1, 27]. W badanej populacji choroby somatyczne występowały w obu grupach jednakowo często; w badaniach Wilkinson [27] choroby fizyczne obserwowano częściej u kobiet uzależnionych od alkoholu niż u mężczyzn.

Wyższą umieralność stwierdzono wśród mężczyzn (w szpitalu umierali wyłącznie mężczyźni). Schmidt i Popham [23] opisywali nieznacznie wyższą umieralność wśród kobiet uzależnionych od alkoholu, lecz wyniki te dotyczyły młodszych grup wiekowych.

Badane grupy nie różniły się wiekiem w chwili zgonu, jednak mężczyźni umierali wcześniej o blisko 1,5 roku niż kobiety od chwili pierwszej hospitalizacji z powodu

AZA. Podobnie, w badaniach Lewisa i wsp. [17] u mężczyzn stwierdzono znacząco krótszy okres czasu od momentu hospitalizacji z powodu AZA do chwili śmierci niż u kobiet. Jeżeli jednak weźmiemy pod uwagę długość okresu intensywnego picia, to od chwili uzależnienia się od alkoholu kobiety umierały wcześniej niż mężczyźni o blisko 4 lata. Inne wyniki przytaczane przez tych autorów: średni okres od pierwszej hospitalizacji do chwili zgonu wynosił 9,5 ($\pm 6,9$) lat; średni wiek w chwili śmierci 56,1 ($\pm 13,2$) lat, różniąc się od uzyskanych w naszych badaniach.

Wydaje się, że problem dotyczący różnic między kobietami i mężczyznami w przebiegu uzależnienia od alkoholu i jego następstw jest stosunkowo mało poznany, mimo prowadzonych na świecie badań. Ich znaczenie osłabia niestety fakt, że były to głównie badania retrospektywne. Należy podkreślić, że dotychczasowe wyniki są w większości zbieżne. Istniejące różnice mogą wynikać z różnorodności metodologicznej oraz środowiskowo-kulturowych odmienności w modelu picia w badanych populacjach. Niewątpliwie powyższy problem wymaga dalszych obserwacji, najlepiej w oparciu o metody prospektywne.

WNIOSKI

1. Kobiety rozpoczynały intensywne picie alkoholu później niż mężczyźni, jednak okres picia do chwili wystąpienia pierwszego zespołu abstynencyjnego był u nich krótszy.
2. U kobiet uzależnionych od alkoholu częściej niż u mężczyzn współwystępują dodatkowe zaburzenia psychiczne.
3. Abstynencyjne napady drgawkowe występują rzadziej u kobiet.

Marcin Wojnar, Dariusz Wasilewski, Halina Matsumoto, Artur Cedro
Gender differences in the course of alcohol withdrawal syndrome

Summary

In a retrospective study the course of the alcohol withdrawal syndrome (AWS) including delirium tremens, was compared in male and female patients hospitalized at the Psychiatric Department of the Medical Academy and in the Nowowiejski Hospital in Warsaw in the years 1973-1987. Medical records of 1179 patients (86,2% males and 13,8% females) were analyzed.

It follows from the study that in women, as compared to men, the onset of intense alcohol drinking was later, but the period of heavy drinking before the first AWS episode was shorter. During the drinking bout prior to the hospitalization the amount of alcohol consumed by women was significantly smaller, they also less frequently drank alcohol unfit for human consumption.

The duration of hospital stay was significantly longer in women than in men, even though the AWS symptoms duration was comparable in both groups under study.

Withdrawal seizures were significantly more frequent among men than among women. No significant intergroup differences were noted in the patients' somatic condition, except for anaemia and a decrease in potassium concentration (more frequent in women), and an increased concentration of alanine aminotransferase and hypoproteinemia (more frequent in men).

Concurrent personality disorders, depressive and neurotic disorders, as well as benzodiazepine and barbiturate abuse were noted more often in women than in men. The period between the first hospitalization for AZA and death was significantly shorter in men than in women.

The findings indicate gender differences in determinants and the course of alcohol withdrawal syndrome.

Key words: alcohol dependence/alcohol withdrawal syndrome/gender

PIŚMIENNICTWO

1. Ashley M.J., Olin J.S., le Riche W.H., Kornaczewski A., Schmidt W., Rankin J.G. (1977) *Morbidity in alcoholics: evidence for accelerated development of physical disease in women.* JAMA, 137, 883-887.
2. Ashley M.J., le Riche W.H., Olin J.S. (1978) „Mixed” (drug abusing) and „pure” alcoholics: A socio-medical comparison. Br. J. Addict., 73, 19-34.
3. Blume S.B. (1986) *Women and alcohol.* A review. J. Am. Med. Assoc., 256, 1467-1470.
4. Boothroyd W.E. (1980) *Nature and Development of Alcoholism in Women.* W: Kalant O.J. (red.) *Alcohol and Drug Problems in Women.* Research Advances in Alcohol and Drug Problems. Tom 5. Plenum Press, New York, 299-329.
5. Brunfentrinker Hochgraf P., Levit Zilberman M., Guerra de Andrade A. (1995) *Women alcoholics - social, demographic and clinical characteristics in a brazilian sample.* Alcohol Alcohol., 30 (4), 427-432.
6. Corrigan E.M. (1980) *Alcoholic Women in Treatment.* New York, Oxford University Press Inc.
7. Dahlgren L. (1975) *Special problems in female alcoholism.* Br. J. Addict., 70, 9-24.
8. Frezza M., DiPadova C., Pozzato G., Terpin M., Baraona E., Lieber C.S. (1990) *High blood alcohol levels in women: the role of decreased gastric alcohol dehydrogenase activity and first-pass metabolism.* N. Engl. J. Med., 322, 95-99.
9. Gavaler J.S. (1982) *Sex-related differences in ethanol induced liver disease: artifactual or real?* Alcoholism, 6, 186-196.
10. Gorelick D.A., Wilkins J.N. (1986) *Special Aspects of Human Alcohol Withdrawal.* W: M. Galanter (red.): *Recent Developments in Alcoholism.* Plenum Press, New York, Tom IV, 283-305.
11. Gross M., Lewis F., Hastey J. (1974). *Acute alcohol withdrawal syndrome.* W: B. Kissin, H. Begleiter (red.): *The Biology of Alcoholism.* Tom III: *Clinical Pathology.* Plenum Press, New York, 193-236.
12. Helzer, L.R., Pryzbeck, T.R. (1988) *The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment.* J. Stud. Alcohol 49, 219-224.

13. Hillbom M.E. (1980) *Occurrence of Cerebral Seizures Provoked by Alcohol Abuse*. *Epilepsia*, 21, 459-466.
14. Hillbom M.E., Hjelm-Jäger M. (1984) *Should alcohol withdrawal seizures be treated with anti-epileptic drugs?* *Acta Neurol. Scand.*, 69, 39-42.
15. Lechtenberg R., Worner T.M. (1991). *Relative kindling effect of detoxification and non-detoxification admissions in alcoholics*. *Alcohol. Alcohol.*, 26 (2), 221-5.
16. Lechtenberg R., Worner T.M. (1992). *Total ethanol consumption as a seizure risk factor in alcoholics*. *Acta Neurol. Scand.*, 85 (2), 90-94.
17. Lewis C.E., Smith E., Kercher C., Spitznagel E. (1995) *Assesing Gender Interactions in the Prediction of Mortality in Alcoholic Men and Women: A 20-Year Follow-Up Study*. *Alcohol. Clin. Exp. Res.*, 19 (5), 1162-1172.
18. Norusis M.J. (1990). *SPSS Base System User's Guide*. SPSS Inc. Chicago.
19. Piazza N.J., Vrbka J.L., Yeager R.D. (1989) *Telescoping of alcoholism in women alcoholics*. *Int. J. Addict.*, 24, 19-28.
20. Robbins C. (1989) *Sex differences in psychosocial consequences of alcohol and drug abuse*. *J. Health Soc. Behav.*, 30 (1), 117-130.
21. Robins L.N., Helzer J.E., Weissman M.M., Orvaschel H., Gruenberg E., Burke J.D. Jr, Regier D.A. (1984) *Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites*. *Arch. Gen. Psychiatry*, 41, 949-958.
22. Ross H.E., Glaser F.B., Germanson T. (1988) *The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems*. *Arch. Gen. Psychiatry*, 45 (11), 1023-1031.
23. Schmidt W., Popham R.E. (1980) *Sex differences in mortality: a comparison of male and female alcoholics*. W: Kalant O.J. (red.) *Alcohol and Drug Problems in Women*. Research Advances in Alcohol and Drug Problems. Tom 5. Plenum Press, New York, 365-384.
24. Szelenberger W., Wardaszko-Łyskowska H., Włosińska I., Wilczak-Szadkowska H., Skalski M. (1989). *Parametry warunkujące przebieg alkoholowego zespołu abstynencyjnego*. W: *Materiały XXXVI Zjazdu Naukowego PTP. Łódź*, tom I, 114-119.
25. Thompson W.L., Johnson A.D., Maddrey W.L. (1975) *Diazepam and paraldehyde for treatment of severe delirium tremens: A controlled trial*. *Ann. Intern. Med.*, 82, 175-180.
26. Wasilewski, D., Matsumoto, H., Kur, E., Dziklińska, A., Woźny, E., Stencka, K., Skalski, M., Chaba, P., Szelenberger, W. (1996) *Assessment of diazepam loading dose therapy of delirium tremens*. *Alcohol Alcohol.*, 31, 273-278.
27. Wilkinson P. (1980) *Sex differences in morbidity in alcoholics*. W: Kalant O.J. (red.) *Research Advances in Alcohol and Drug Problems in Women*, 331-364, Plenum, New York.
28. Wilkinson P., Kornaczewski A., Rankin J.G., Santamaria J.N. (1971) *Physical disease in alcoholism: initial survey of 1,000 patients*. *Med. J. Aust.*, 1, 1217-1223.
29. Wilsnack, S.C. and Wilsnack, R.W. (1991) *Epidemiology of women's drinking*. *J. Subst. Abuse Treat.*, 3, 133-157.
30. Wojnar M. (1996) *Ocena roli zjawiska rozniecania (kindling) i chorób somatycznych w występowaniu, nasileniu i przebiegu majaczenia alkoholowego*. Rozprawa doktorska. Akademia Medyczna w Warszawie.
31. World Health Organization (1978) *International Classification of Diseases*. 9th Revision. Geneva.