

Proces eliminacji przebiegał najszybciej u pacjenta W.L., który po zakończeniu terapii miał najwyższe stężenie D+DD. Za to zjawisko może być częściowo odpowiedzialny proces indukcji enzymów mikrosomalnych wątroby (5).

To że dawki diazepam były tak duże mogło być związane z faktem, że nasilenie objawów według skali CIWA-A było u tych trzech pacjentów wyższe (wahało się od 39 do 53 punktów) niż średnie nasilenie objawów w pozostałej grupie pacjentów (35 punktów). Poza tym, mimo że ciągi picia były u nich krótsze (7, 20 i 30 dni) od średniej długości ciągu dla pozostałej grupy (83 dni), to wypijali oni (przynajmniej dwóch z nich) więcej alkoholu (450, 225 i 450 g/d) niż pozostała grupa pacjentów (średnio 317 g/d) (10). Oprócz tego u dwóch pacjentów wystąpienie delirium było poprzedzone napadami drgawkowymi abstynencyjnymi, co, jak wiadomo, pogarsza przebieg psychozy. To wszystko może sugerować, że pacjenci wymagali tak dużych dawek diazepam, ponieważ mieli cięższy przebieg majaczenia w porównaniu z innymi pacjentami tej grupy. Z drugiej jednak strony wśród pozostałych pacjentów były osoby, które miały podobne lub nawet większe nasilenie objawów w skali CIWA-A, wypijały zbliżoną lub większą ilość alkoholu, psychozę również poprzedzały napady drgawkowe, a jednak dawka diazepam nie była tak duża i wahała się w okolicach średniej dla całej grupy (10). Wydaje się, że wytłumaczeniem tego zjawiska mogą być indywidualne różnice biologiczne, w ilości i wrażliwości neuroreceptorów, zwłaszcza kompleksu receptora GABA-benzodiazepinowego. U osób z alkoholowym zespołem abstynencyjnym stwierdzono zmniejszenie stężenia receptorów benzodiazepinowych w istocie szarej co może wiązać się z koniecznością stosowania większych dawek benzodiazepin (1, 4).

STRESZCZENIE

Standardy leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych w Polsce obejmują podawanie diazepam w dawkach podzielonych do 30-50 mg/d. Podczas terapii metodą szybkiego nasycania dawki diazepam są większe i podawane w krótszym czasie. Z naszych badań wynika, że pacjenci wymagają podania średnio 86 mg diazepam na kurację, a objawy ustępują w ciągu średnio 7 godzin. Opisano przypadki trzech pacjentów, którzy otrzymali dawki ponad dwukrotnie przekraczające dawkę średnią.

Słowa kluczowe: delirium tremens, duże dawki diazepam

Dariusz Wasilewski, Halina Matsumoto
High doses of diazepam in treatment of delirium tremens

SUMMARY

In Poland, delirium tremens is treated with diazepam in divided doses at a total of 30-40mg/day. Diazepam loading therapy involves higher doses of diaze-

pam. In our studies, the mean total dose amounted to 87 mg of diazepam. The withdrawal symptoms subsided during 7 hours on the average. The case of three patients who received a dose that was two times higher than the mean dose, are reported.

Key words: diazepam – loading dose, delirium tremens

PIŚMIENNICTWO

1. Crabbe I.C., Harris R.A. (1991) *Genetic basis of alcohol and drug action*. Plenum Press, New York, London.
2. Finkle B.S., McCloskey K.L., Goodman L.S. (1979) *Diazepam and drugs-associated death*. JAMA, 242, 429-34.
3. Habrat B.: (1996) *Farmakoterapia zaburzeń związanych z alkoholem*. W: Kostowski W., Pużyński S. (red.) *Psychofarmakologia doświadczalna i kliniczna*. PZWL, Warszawa.
4. Lingford-Hughes A.R., Acton P.D., Gacinovic S., Suckling J., Busatto G.F., Boddington S.J., Bullmore E., Woodruff P.W., Costa D.C., Pilowsky L.S., Ell P.J., Marshall E.J., Kerwin R.W. (1998) *Reduced levels of GABA-benzodiazepine receptor in alcohol dependency in the absence of grey matter atrophy*. Br. J. Psychiatry, 173, 116-22.
5. Schütz H. (1982) *Benzodiazepines. A handbook. Basic data, analytical methods, pharmacokinetics and comprehensive literature*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York.
6. Sellers E.M., Naranjo C.A., Harrison M., Devenyi P., Roach C., Sykora K.: (1983) *Oral diazepam loading: simplified treatment of alcohol withdrawal*. Clin. Pharmacol. Ther., 34, 822-826.
7. Sellman R., Pekkarinen A., Kanqas L., Rajjola E. (1975) *Reduced concentration of plasma diazepam in chronic alcoholic patients following an oral administration of diazepam*. Acta Pharmacol. Toxicol., 36, 25-32.
8. Shaw J.M., Kolesar G.S., Sellers E.M., Kaplan H.L., Sandor P. (1981) *Development of optimal treatment tactics for alcohol withdrawal*. 1. Assessment and effectiveness of supportive care. J. Clin. Psychopharmacol., 1, 382-85.
9. Stead A., Moffat A. (1983) *A collection of therapeutic, toxic and fatal blood concentrations in man*. Human Toxicol., 3, 437.
10. Wasilewski D. (1995) *Terapia majaczenia alkoholowego metodą szybkiego nasycania diazepamem*. Rozprawa doktorska, Akademia Medyczna w Warszawie.
11. 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, 3, 273-78.
12. Woo E., Greenblatt D.J. (1979) *Massive benzodiazepine requirements during acute alcohol withdrawal*. Am. J. Psychiatry, 136, 6-8.