

# Diagnozowanie i leczenie stanów nagłych związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych

David Baron, MEd, DO, Joseph Garbely, DO, Robert L. Boyd, MD

- Diagnozowanie stanów związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych ma podstawowe znaczenie w leczeniu psychiatrycznych stanów nagłych.
- Intoksykacja jest swoista w stosunku do określonej substancji.
- Duże znaczenie ma leczenie objawów odstawiennych.
- Segregacja osób nadużywających substancji psychoaktywnych wymaga wyczerpujących badań laboratoryjnych.

## Streszczenie

*W artykule skoncentrowano się na ocenie klinicznej i wstępnym leczeniu chorych z problemami związanymi z nadużywaniem substancji psychoaktywnych, którzy zgłaszają się na oddział pomocy doraźnej. Podkreślono znaczenie właściwego różnicowania i uwzględnienia wszystkich istotnych czynników biopsychospołecznych. Autorzy przedstawili algorytm terapeutyczny dla lekarzy ogólnych i psychiatrów pracujących na oddziałach pomocy doraźnej, który można wykorzystać przy badaniu pacjentów w stanach zatruc lub z zespołami abstynencyjnymi po odstawieniu substancji psychoaktywnych. Ponieważ oddziały pomocy doraźnej pełnią ważną funkcję segregacji, zwrócono uwagę na czynniki determinujące poziom opieki. Przedstawiono i omówiono trzy ważne grupy klinicznych wyciecznych na poziomie federalnym opracowanych przez Center for Substance Abuse Treatment. Mogą one być wykorzystywane przez wszystkich lekarzy oddziałów pomocy doraźnej badających pacjentów w stanach zatruc lub z objawami odstawiennymi. Można podsumować je następująco. Po pierwsze, nigdy nie podawaj leków pacjentowi w stanie zatrucia i nie wypisuj go od razu. Po drugie, unikaj wypisywania zatrutych pacjentów na ulicę. Po trzecie, rozróżniaj ostre zatrucie od objawów odstawiennych; oceniaj ryzyko samooleczenia celowego lub niezamierzonego.*

## Wprowadzenie

Stany nagłe związane z używaniem alkoholu są bardzo częste i zgodnie z wynikami opublikowanymi w 2004 roku w Stanach Zjednoczonych (1992-2000) odpowiadały za 28,7 z 1000 przypadków wszystkich zgłoszeń na oddziały pomocy doraźnej.<sup>1</sup> W rzeczywistości większość urazów jest związanych z używaniem alkoholu, nie wspominając o spowodowanych nim niezliczonych powikłaniach medycznych. Pięćdziesiąt procent zgonów wynikających z ostrych urazów jest spowodowane nadużywaniem alkoholu, a aż do 40% wszystkich przyjęć na oddziały ogólne i chirurgiczne wiąże się z alkoholem.<sup>2</sup> Z drugiej strony używanie nielegalnych substancji stwarza odrębne, choć nie mniej skomplikowane, dylematy związane z potencjalnymi zagrożeniami. Pacjenci często zgłaszają się

z ogólnomedycznymi lub psychicznymi objawami zatruc lub zespołów abstynencyjnych, których obraz może zaciemniać stosowanie wielu substancji.<sup>3</sup> W tym artykule skoncentrowano się jednak na zagrożeniach psychiatrycznych, skupiając się szczególnie na zatruciach substancjami psychoaktywnymi i objawach zespołów abstynencyjnych.

## Rozpoznanie

Ocena chorego w stanie zatrucia alkoholem i narkotykami lub z objawami abstynencyjnymi wymaga dyscypliny. Po pierwsze, należy zebrać od pacjenta i z wszelkich dodatkowych wiarygodnych źródeł dokładny, drobiazgowy wywiad. Ten drugi rodzaj wywiadu często ma podstawowe znaczenie, co wynika z wielu powodów. Pacjenci prze-

Dr Baron, professor, chair, Department of Psychiatry; dr Garbely, dr Boyd, assistant professors of psychiatry, Temple University School of Medicine, Philadelphia, Pennsylvania.

Dr Baron jest konsultantem California Academy of Family Practice i Eli Lilly; współpracuje z biurem prasowym California Academy of Family Practice i jest członkiem zespołu monitorującego dane FDA dla firmy Pfizer (na kontrakcie AC-I). Dr Garbely współpracuje z biurami prasowymi firm AstraZeneca i Pfizer. Dr Boyd nie zgłasza żadnych mogących powodować konflikt interesów zależności finansowych ani innych powiązań z organizacjami komercyjnymi.

W artykule omówiono niezarejestrowane lub eksperymentalne metody leczenia w stanach zatruc i zespołach abstynencyjnych.

Adres do korespondencji: David Baron, MEd, DO, Professor and Chair, Department of Psychiatry, Temple University School of Medicine, Philadelphia, PA 19125, Stany Zjednoczone; e-mail: dbaron@temple.edu.

ważnie minimalizują używanie alkoholu i leków, próbując uniknąć negatywnej oceny lub ingerowania w ich życie osobiste.<sup>4</sup> Przeważnie obawiają się zaszkladkowania jako osoby mające problemy spowodowane alkoholem lub narkotykami ze względu na związaną z tym stygmatyzację. Osoby w stanie intoksykacji lub z nasilonymi objawami abstynencyjnymi często nie są w stanie udzielić zrozumiałego wywiadu.<sup>5</sup>

Po drugie, należy przeprowadzić dokładne, pełne badanie stanu somatycznego i psychicznego, szukając oznak urazów, niestabilności układu autonomicznego, potencjalnie wyleczalnych patologicznych stanów neurologicznych lub somatycznych oraz współwystępujących zaburzeń psychicznych. Dane z tego drugiego etapu często dostarczają cennych wskazówek dotyczących rodzaju substancji przyjętych przez pacjenta (tab. 1). Na przykład jednym z objawów zatrucia fencyklidyną (PCP) jest oczopląs pionowy, niespotykany w zatruciu żadną inną substancją.<sup>6</sup> Tego rodzaju dane mogą umożliwiać ocenę nasilenia obserwowanych zaburzeń. Bardzo pomocne w podejmowaniu decyzji terapeutycznych mogą być narzędzia kliniczne uwzględniające objawy przedmiotowe i podmiotowe, w tym Clinical Institute Withdrawal Assessment-Revised (CIWA-Ar) i Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS), które zostaną dokładniej omówione w dalszej części artykułu.<sup>7</sup>

Po trzecie, należy wykonać badania laboratoryjne i obrazowe, kierując się danymi uzyskanymi w dwóch pierwszych etapach.

Ponieważ dane z wywiadu u pacjentów w stanach ciężkich zatruc i z nasilonymi objawami abstynencyjnymi często są niedokładne i niekompletne, właściwie we wszystkich przypadkach zaleca się wykonanie badania przesiewowego moczu na obecność substancji psychoaktywnych i stężenia alkoholu we krwi (blood-alcohol level, BAL) lub badania alkometem.<sup>3</sup> Chociaż badanie moczu na obecność narkotyków dostarcza jedynie informacji jakościowych (tzn. pozwala ocenić, czy pacjent używał danej substancji, nie dostarcza jednak informacji na temat ilości przyjętej substancji), to oznaczanie stężenia alkoholu we krwi dostarcza danych ilościowych, które mogą być bardzo pomocne przy podejmowaniu decyzji klinicznych (tab. 2). Ponieważ alkohol jest metabolizowany ze stałą szybkością (stała kinetyczna zero) 0,15 g/dl (1 drink) na godzinę, można przewidzieć spadek BAL po określonym czasie.

Stany nagłe związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych często wiążą się z urazami i ostrymi problemami medycznymi, dlatego potrzebne są dokładne badania przesiewowe.<sup>3</sup> Na przykład pacjenci z zaburzeniami psychicznymi, ogniskowymi objawami neurologicznymi lub urazami głowy wymagają wykonania obrazowych badań ośrodkowego układu nerwowego, zanim zostaną przeniesieni na oddział detoksyfikacyjny, odwykowy lub psychiatryczny. U pacjentów zatrutych substancjami pobudzającymi z bólem zamostkowym trzeba wykluczyć za-

wał mięśnia sercowego. U pacjentów zatrutych PCP, metylenodioxymetamfetaminą (MDMA, ekstaza) lub substancjami pobudzającymi należy uwzględnić możliwość wystąpienia rhabdmiolizy, szczególnie jeżeli stwierdza się niewyleczone uszkodzenia tkanek miękkich lub gorączkę w momencie zgłoszenia się. Pomocne również są: pełna morfologia krwi, oznaczenie stężeń elektrolitów w surowicy, mocznika, kreatyniny i wykonanie prób wątrobowych, ponieważ poważne zaburzenia hematologiczne, zaburzenia elektrolitowe czy poważne zaburzenia czynności wątroby i nerek w znacznym stopniu wpływają na podejmowanie decyzji klinicznych.

### Leczenie

Zebranie wywiadu, przeprowadzenie badania fizykalnego i ocena stanu psychicznego w połączeniu z wynikami badań laboratoryjnych i obrazowych powinny pozwolić na identyfikację pacjentów ze współwystępującymi chorobami, którzy będą początkowo wymagali leczenia na innych oddziałach niż psychiatryczne, np. ogólnych lub chirurgicznych.<sup>8</sup> Pacjenci nadużywający substancji psychoaktywnych, którzy są hemodynamicznie niestabilni, niezależnie od tego, czy jest to spowodowane zatruciem, czy wynika z zespołu abstynencyjnego, muszą być leczeni na oddziale intensywnej opieki medycznej. Pacjenci z tendencjami samobójczymi, objawami psychotycznymi lub maniakalnymi po-

**TABELA 1.**  
**Przedmiotowe i podmiotowe objawy zatrucia substancjami psychoaktywnymi i ich odstawienia**

	Leki pobudzające	PCP	Przedawkowanie opioidów	Odstawienie opioidów	Zatrucie substancjami o działaniu sedatywnym	Odstawienie substancji o działaniu sedatywnym	LSD, ekstaza, grzyby halucynogenne	THC	Substancje wziewne
↑BP	X	X				X	X		
↓BP					X	X			
↑HR	X	X				X			
↑Temperatury	X	X		X		X	X		
↓Temperatury					X			X	
N/V	X	X		X		X		X	
Rozszerzone źrenice	X			X			X		
Szpilkowate źrenice			X						
Oczopląs		X			X				X
↑DTR	X	X					X		
↓DTR									X
Ataksja		X			X				
Omamy	X	X						X	
Urojenia	X	X					X	X	

PCP – fencyklidyna, LSD – dietyloamid kwasu lizergowego, THC – tetrahydrokanabinol, ↑ – zwiększenie, ↓ – zmniejszenie, N/V – nudności i wymioty, DTR – głębokie odruchy ścięgniste

Baron D., Garbely J., Boyd R. L., *Primary Psychiatry*, Vol. 16, No 9, 2009.

winni być leczeni na ostrych oddziałach psychiatrycznych. Praktycznym sposobem na omówienie leczenia stanów nagłych jest pogrupowanie zespołów w zależności od ich potencjalnej śmiertelności i możliwości leczenia objawów.

Grupa I obejmuje zespoły dające poważne powikłania i – jeżeli nie zostaną właściwie rozpoznane oraz odpowiednio leczone – związane ze znaczną śmiertelnością. Zalicza się do nich: alkoholowy zespół abstynencyjny, zespoły abstynencyjne spowodowane odstawieniem substancji o działaniu sedatywnym, nasennym i przeciwłękowym oraz przedawkowanie opioidów.

Grupa II obejmuje zespoły, które nawet pozostawione bez leczenia przeważnie nie prowadzą do zgonu i nie powodują poważnych powikłań, jednak w przypadku których zastosowanie swoistego leczenia jest skuteczne i korzystne. Do tej grupy zalicza się zespół abstynencyjny od opioidów oraz zatrucia substancjami o działaniu pobudzającym,

dysocjacyjnym oraz halucynogennym.

Grupa III obejmuje zespoły, które pozostawione bez leczenia nie wiążą się z poważnymi powikłaniami ani nie stwarzają zagrożenia dla życia i w przypadku których korzystne jest jedynie leczenie podtrzymujące. Zalicza się tutaj łagodne do umiarkowanego zatrucie alkoholem bądź substancjami o działaniu sedatywnym, nasennym lub przeciwłękowym, zespoły abstynencyjne po odstawieniu substancji pobudzających, dysocjacyjnych lub halucynogennych oraz zatrucie kanabinolami i zespół abstynencyjny po ich odstawieniu.

### Grupa I

Alkoholowy zespół abstynencyjny rozwija się u osób, które intensywnie i przez dłuższy czas nadużywały alkoholu, a następnie nagle go odstawiły lub znacznie zmniejszyły przyjmowaną ilość. Pierwsze objawy przeważnie pojawiają się w ciągu 6-8 godzin po wypiciu ostatniego drinka, osiągają naj-

większe nasilenie w ciągu 1-2 dni i ustępują po upływie 7 dni. W pewnych okolicznościach przedmiotowe i podmiotowe objawy abstynencyjne mogą jednak pojawiać się z opóźnieniem. Nierzadko objawy wynikające z odstawienia alkoholu są rozpoznawane u przewlekle pijących pacjentów w 24-36 godzin po przyjęciu do szpitala z powodu innych schorzeń medycznych lub chirurgicznych. Dlatego niewystępowanie objawów abstynencyjnych w 8 godzin po wypiciu ostatniego drinka nie wyklucza możliwości ich rozwinięcia się w późniejszym czasie. Do objawów alkoholowego zespołu abstynencyjnego należą: nadmierne pobudzenie autonomicznego układu nerwowego, drżenia, bezsenność, nudności i wymioty, przemijające omamy lub złudzenia wzrokowe, dotykowe czy słuchowe, pobudzenie, lęk i napady padaczkowe typu grand mal. Bardzo dobrym narzędziem klinicznym przydatnym w ocenie nasilenia objawów alkoholowego zespołu abstynencyjnego jest CIWA-Ar (tab. 3). Na szczęście u przeważającego odsetka osób uzależnionych od alkoholu rozwijają się jedynie objawy odstawienia o nasileniu od łagodnego do umiarkowanego. W przypadkach niepowikłanych choroby ci mogą być bezpiecznie leczeni w warunkach ambulatoryjnych. W przybliżeniu u 5% pacjentów rozwijają się takie poważne objawy abstynencyjne, jak halucynozja alkoholowa (omamy występujące przy jasnej świadomości) lub majaczenie drżenne (delirium tremens). Podczas gdy halucynozja alkoholowa nie stwarza zagrożenia dla życia, majaczenie drżenne wiąże się ze 5-15% śmiertelnością. Napady drgawkowe w przebiegu alkoholowych zespołów abstynencyjnych występują u 5-15% pacjentów, znacznie częściej u tych osób, u których występowały już wcześniej.

Leczenie alkoholowego zespołu abstynencyjnego może przebiegać w różnych ośrodkach i powinno być ustalane indywidualnie. W tabeli 4 wymieniono względne przeciwskazania do ambulatoryjnej detoksykacji od alkoholu. Należy także przyjąć, że wszyscy pacjenci są chronicznie niedożywieni i wymagają profilaktycznego podawania tiaminy w dawce 100 mg/24 h, które należy rozpocząć niezwłocznie, aby zapobiec rozwojowi encefalopatii Wernickego (tab. 5). Choć encefalopatia Wernickego przy agresywnym leczeniu jest zespołem potencjalnie odwracalnym, przeoczona może prowadzić do rozwoju zespołu Korsakowa (tab. 5), który nie jest odwracalny. Za standardowe leczenie w ramach detoksykacji alkoholowej uważa się substytucyjne podawanie benzodiazepin. Dostępnych jest kilka strategii ich dawkowania, ale nie wykazano przewagi żadnej z benzodiazepin nad innymi w leczeniu alkoholowych zespołów abstynencyjnych. Jeden ze schematów leczenia, którego stosowanie

**TABELA 2**  
**Kliniczne objawy zatrucia alkoholem\***

Stężenie alkoholu we krwi	Objawy kliniczne
30-50 mg/dl	Bycie na gazie
50 mg/dl	Euforia
100 mg/dl	Ataksja/bełkotanie
200 mg/dl	Senność/splątanie
300 mg/dl	Stupor
>400 mg/dl	Postępująca narastająca śpiączka/zgon

\*U osób pijących, u których nie doszło do rozwoju tolerancji

Baron D., Garbely J., Boyd R. L., *Primary Psychiatry*, Vol. 16, No 9, 2009.

**TABELA 3**  
**CIWA-AR**

Objawy	Ocena	Przykłady
Pobudzenie	0-7	0 – normalne zachowanie; 7 – nieustannie demoluje otoczenie
Lęk	0-7	0 – bez lęku; 7 – ostry napad paniki
Złudzenia i omamy słuchowe	0-7	0 – nie występują; 7 – stałe omamy
Zamącenie świadomości	0-4	0 – zorientowany; 4 – zdezorientowany
Bóle głowy	0-7	0 – nie występują; 7 – skrajne nasilenie
Nudności/wymioty	0-7	0 – nie występują; 7 – występują przez cały czas
Napadowe poty	0-7	0 – nie występują; 7 – zlewne poty
Omamy dotykowe	0-7	0 – nie występują; 7 – stałe omamy
Drżenie	0-7	0 – nieobecne; 7 – bardzo nasilone
Złudzenia i omamy wzrokowe	0-7	0 – nie występują; 7 – stałe omamy

CIWA-Ar – Clinical Institute Withdrawal Assessment-Revised

Całkowity maksymalny wynik wynosi 67. Wynik powyżej 8-10 wskazuje na objawy abstynencyjne o nasileniu od minimalnego do łagodnego. Wynik 10-15 wskazuje na umiarkowane objawy abstynencyjne (wrażenie wzburzenie układu autonomicznego). Wynik  $\geq 15$  wskazuje na poważne objawy abstynencyjne. Wykazano, że wynik w skali CIWA-AR pozwala prognozować możliwość pojawienia się napadów drgawkowych i rozwoju majaczenia.

Baron D., Garbely J., Boyd R. L., *Primary Psychiatry*, Vol. 16, No 9, 2009.

z powodzeniem opisywano, polega na wywoływaniu objawów pod kontrolą skali CIWA-Ar w celu oceny potrzeby podawania lorazepamu.

Pacjenci z alkoholowym zespołem abstynencyjnym mogą stawać się pobudzeni, przejawiać gwałtowne zachowania i objawy psychotyczne. Pierwszym krokiem farmakologicznym w celu uzyskania kontroli behawioralnej u tych pacjentów powinno być stosowanie benzodiazepin.<sup>9</sup> Benzodiazepiny hamują rozwój zespołu abstynencyjnego i działają przeciwdrgawkowo. Jeżeli mimo leczenia benzodiazepinami u pacjenta utrzymują się objawy psychotyczne, często pomocne jest dołączenie leku przeciwpsychotycznego o dużej sile działania. Nie zaleca się natomiast stosowania leków przeciwpsychotycznych od razu, w ramach leczenia zaburzących objawów. Neuroleptyki nie zwalczają podstawowego procesu abstynencyjnego i często obniżają próg drgawkowy. Innym ważnym zastrzeżeniem jest konieczność upewnienia się, że występujące u pacjenta pobudzenie lub objawy psychotyczne nie są spowodowane zatruciem alkoholem, ale zespołem jego odstawienia. Podanie benzodiazepin choremu w stanie upojenia nasila zatrucie i może nawet prowadzić do zgonu.

Zespoły abstynencyjne wynikające z odstawienia substancji o działaniu sedatywnym, nasennym i przeciwłękowym (zwane dalej zespołami z odstawienia substancji o działaniu sedatywnym) powodują kliniczne objawy przedmiotowe i podmiotowe praktycznie identyczne z występującymi w przebiegu alkoholowych zespołów abstynencyjnych. Ponieważ różne substancje sedatywne charakteryzują się różnym okresem półtrwania; początek, szczyt nasilenia i czas utrzymywania się objawów może być całkiem różny. Nawet pacjenci, którzy nagle przerywają przyjmowanie substancji sedatywnych o bardzo krótkim okresie półtrwania, np. alprazolamu ( $T_{1/2}$  6-12 godzin), przeważnie rozwijają objawy abstynencyjne, które utrzymują się o wiele dłużej (3-4 tygodnie) niż po odstawieniu alkoholu. Napady drgawkowe występują o wiele częściej po odstawieniu substancji sedatywnych niż po odstawieniu alkoholu.

Zaburzenia związane ze stosowaniem substancji sedatywnych charakteryzują się szczególnie wysokim współczynnikiem współwystępowania podstawowych zaburzeń psychicznych i zaburzeń związanych z używaniem innych substancji psychoaktywnych, co może w znacznym stopniu komplikować leczenie zespołów abstynencyjnych. Problem ten dobrze obrazuje następująca zależność: benzodiazepiny są często przepisywane w terapii zaburzeń lękowych, lęk zaś jest znaczącym objawem benzodiazepinowego zespołu abstynencyjnego. Bardzo trudno jest odróżnić, czy lęk występujący u chorego leczone-

go alprazolamem wynika z objawów abstynencyjnych, czy z niedostatecznego leczenia zaburzenia psychicznego. Również Strain i wsp.<sup>10</sup> stwierdzili, że około 50% uczestników programów metadonowych nadużywało benzodiazepin. U osób z podwójnym rozpoznaniem zakłada się, że w pierwszej kolejności należy agresywnie leczyć zaburzenia najbardziej zagrażające życiu, dążąc jednocześnie do ustabilizowania mniej niebezpiecznych stanów. Na przykład u chorego uzależnionego od heroiny i alprazolamu z zespołem abstynencyjnym od obydwu substancji należy dążyć do ustabilizowania opioidowego zespołu abstynencyjnego za pomocą metadonu lub buprenorfiny, przy jednoczesnej koncentracji na detoksykacji benzodiazepinowej.

Jest kilka możliwych strategii detoksykacji od substancji sedatywnych. Jedną z nich polega na ponownym ustabilizowaniu stanu pacjenta przez podanie nadużywanej przez niego substancji, a następnie powolnym jej odstawianiu. Ta strategia postępowania często jest skuteczna, jeżeli stosuje się substancje sedatywne o długim okresie półtrwania. Największym problemem z nią związanym jest konieczność bardzo powolnego odstawiania substancji uzależniającej, co przeważnie wymaga, aby pacjent przez wiele miesięcy kontrolował używanie leku. Drugą strategią, którą można zastosować w uzależnieniu od substancji sedatywnych o długim lub krótkim okresie półtrwania, polega na podawaniu choremu fenobarbitalu, który rzadko bywa nadużywany ze względu na wolny początek działania i długi okres półtrwania. Jeżeli spełniony jest którykolwiek z warunków

wymienionych w tabeli 4, detoksykację od fenobarbitalu należy rozpocząć w warunkach szpitalnych. W przypadku braku tych względnych przeciwwskazań do leczenia ambulatoryjnego detoksykację można prowadzić w specjalistycznym gabinecie leczenia uzależnień. Detoksykacji od fenobarbitalu ze względu na niski wskaźnik terapeutyczny barbituranów prawie nigdy nie rozpoczyna się na oddziale pomocy doraźnej. Jeżeli tolerancja pacjenta na działanie sedatywne jest niejasna, do określenia początkowej dawki fenobarbitalu bardzo pomocny może być test prowokacji pentobarbitaliem. Niezależnie od tego, która z powyższych strategii zostanie wybrana, nieodzowne jest długotrwałe obserwowanie pacjenta uzależnionego od substancji sedatywnych.

Zatrucie opioidami powoduje charakterystyczną konstelację przedmiotowych i podmiotowych objawów klinicznych (tab. 6). Depresja oddechowa może być śmiertelna, dlatego jest stanem nagłym. W większości przypadków przedawkowania opioidów o szybkim początku działania objawy są widoczne prawie natychmiast i dopóki nie minie zagrożenie, chorzy nie trafiają do psychiatrów. Najczęściej bezpośrednio do psychiatrów mogą być kierowani chorzy, którzy przyjęli drogą doustną opioidy o powolnym początku i długim czasie działania. Szczególne problemy stwarza zatrucie metadonem, ponieważ jego okres półtrwania wynosi 24 godziny, zaś stałe stężenie leku we krwi ustala się po 5 dniach. Pacjenci zagrożeni są przedawkowaniem metadonu, jeżeli rozpoczynają leczenie od dawek powyżej 30 mg/24 h lub gdy dawka jest zwiększana w odstępach

**TABELA 4**  
**Przeciwwskazania do leczenia ambulatoryjnego**

Względne przeciwwskazania do detoksykacji alkoholowej w warunkach ambulatoryjnych

- Ciężkie objawy abstynencyjne
- Choroby somatyczne lub neurologiczne
- Czynne infekcje
- Niestabilny stan psychiczny
- W wywiadzie napady drgawkowe lub majaczenie
- Niewystarczający system wsparcia
- Brak możliwości ścisłego monitorowania

Baron D., Garbely J., Boyd R. L., *Primary Psychiatry*, Vol. 16, No 9, 2009.

**TABELA 5**  
**Zespoły związane z niedoborem tiaminy**

Encefalopatia Wernickego	Zespół Korsakowa
• Nagły początek	• Przewlekły przebieg
• Ataksja	• Niepamięć następcza
• Porażenie mięśni okoruchowych	• Niepamięć wsteczna
• Splątanie	• Deficyty poznawcze

Baron D., Garbely J., Boyd R. L., *Primary Psychiatry*, Vol. 16, No 9, 2009.

krótszych niż 5 dni. Szczególne problemy stwarzają pacjenci z przewlekłym bólem leczenia metadonem. Metadon w wielu schematach leczenia przeciwbólowego jest podawany co 6 godzin, co może prowadzić do kumulowania się leku i osiągnięcia jego bardzo dużych stężeń. Podobne problemy mogą dotyczyć stosowania buprenorfiny, która również charakteryzuje się powolnym początkiem działania i terminalnym okresem półtrwania rzędu 37 godzin.

Ważne, aby rozpoznawać przedmiotowe i podmiotowe objawy zatrucia opioidami

(tab. 6) i pamiętać o nich w różnicowaniu u pacjentów nadużywających wielu różnych substancji. W takich przypadkach pomocne diagnostycznie może być badanie moczu na obecność metadonu i buprenorfiny. Próba z naloksonem podanym pozajelitowo może być przydatna zarówno ze względów diagnostycznych, jak i terapeutycznych, przy czym wiąże się ona z ryzykiem nagłego wystąpienia opioidowego zespołu abstynencyjnego. W przypadku przyjmowania opioidów o wolniejszym początku i dłuższym czasie działania należy pamiętać

o tym, że objawy mogą nasilić się później, po osiągnięciu szczytowego stężenia leku we krwi.

## Grupa II

Nagle odstawienie lub znaczne zmniejszenie dawki opioidów przez osoby stosujące je przewlekłe daje charakterystyczny obraz kliniczny, który stanowi lustrzane odbicie zespołu objawów w przebiegu zatrucia opioidami (tab. 6). W przypadkach niepowikłanych opioidowy zespół abstynencyjny nie stwarza zagrożenia dla życia, jednak jest przyczyną znacznego cierpienia. Początek, czas trwania i nasilenie opioidowego zespołu abstynencyjnego są zmienne, zależne od rodzaju stosowanej substancji, jej okresu półtrwania, dawki dobowej i czasu stosowania. Na przykład zespół z odstawienia heroiny przeważnie rozpoczyna się w ciągu 8-12 godzin od przyjęcia ostatniej dawki i utrzymuje się przez 3-5 dni, natomiast objawy abstynencyjne po odstawieniu metadonu nie występują przed upływem 36-48 godzin od przyjęcia ostatniej dawki i ustępują po upływie co najmniej 3 tygodni.

Ze względu na możliwość wystąpienia niepotrzebnego cierpienia zaleca się farmakologiczne leczenie opioidowych zespołów abstynencyjnych.<sup>10</sup> Wybór konkretnego sposobu leczenia jest uzależniony od celów terapeutycznych u danego pacjenta, dostępności ośrodków dysponujących odpowiednią licencją i personelem oraz przewidywanego czasu trwania i nasilenia zespołu abstynencyjnego. Do ilościowej oceny wstępnego nasilenia opioidowego zespołu abstynencyjnego i prognozowania jego progresji wraz z upływem czasu bardzo pomocna może być skala COWS (tab. 7).

Pacjenci, dla których ostatecznym celem jest długotrwała abstynencja, pragnący uniknąć dalszej ekspozycji na opioidy, są kandydatami do detoksykacji z zastosowaniem klonidyny. Klonidyna jest agonistą receptora  $\alpha_2$ , który stosowany w wystarczająco dużych dawkach skutecznie hamuje objawy nadmiernej aktywności adrenergicznej – będącej jednym z objawów odstawienia opioidów. Niestety, klonidyna nie jest skuteczna w leczeniu innych, nieadrenergicznych, objawów odstawienia opioidów, dlatego w celu złagodzenia tych objawów potrzebne jest stosowanie dodatkowych leków.

Inną często stosowaną, skuteczną metodą leczenia opioidowych zespołów abstynencyjnych jest substytucyjna terapia metadonem. Rozsądnym sposobem postępowania u przyjmujących nieznane ilości opioidów pacjentów, u których występują objawy abstynencyjne, jest podawanie niewielkich dawek metadonu przy jednoczesnym ścisłym monitorowaniu reakcji objawowej. Jeżeli dojdzie

**TABELA 6**  
**Przedmiotowe i podmiotowe objawy zatrucia opioidami i ich odstawienia**

Zatrucie opioidami	Odstawienie opioidów
<i>Objawy przedmiotowe</i>	
Bradykardia	Tachykardia
Hipotensja	Hipertensja
Hipotermia	Hipertermia
Sedacja	Bezsenność
Zwężenie źrenic	Rozszerzenie źrenic
Hipokineza	Wygórowanie odruchów
Belkot	Nadmierna potliwość
Kiwanie głową	Piloerekcja (gęsia skórka)
	Przyspieszona częstość oddychania (tachypnoe)
	Łzawienia
	Wodnisty wyciek z nosa
	Skurcze mięśni
<i>Objawy podmiotowe</i>	
Euforia	Skurcze jelit, nudności, wymioty, biegunka
Zniesienie czucia bólu (analgezia)	Bóle kostno-mięśniowe
Uspokojenie	Lęk

Baron D., Garbely J., Boyd R. L., *Primary Psychiatry*, Vol. 16, No 9, 2009.

**TABELA 7**  
**COWS**

Objawy	Ocena	Przykłady
Spoczynkowa częstość akcji serca	0-4	0 – 80 lub mniej; 1 – 81-100; 2 – 101-120; 4 – 120 lub więcej
Pocenie się	0-4	0 – nie występuje; 4 – pot spływający po twarzy
Niepokój	0-5	0 – spokojne siedzenie; 5 – niemożność usiedzenia w spokoju (nawet przez kilka sekund)
Wielkość źrenicy	0-5	0 – prawidłowe; 5 – rozszerzone (widoczny tylko rąbek tęczęwki)
Bóle kostno-stawowe	0-4	0 – nie występują; 4 – nasilony dyskomfort
Wyciek z nosa lub łzawienie	0-4	0 – nie występuje; 4 – stały
Dolegliwości z GI	0-5	0 – nie występują; 5 – wielokrotne wymioty lub biegunka
Drżenie	0-4	0 – nie występuje; 4 – nasilone drżenie
Ziewanie	0-4	0 – nie występuje; 4 – ziewanie kilka razy na minutę
Lęk i drażliwość	0-4	0 – nie występuje; 4 – nasilony; uniemożliwiający celowe działanie
Gęsia skórka	0-5	0 – gładka skóra; 5 – wyraźna piloerekcja

COWS – Clinical Opiate Withdrawal Scale, GI – z przewodu pokarmowego

Wynik: 5-12 – łagodne; 13-24 – umiarkowane; 25-36 – znaczne

Baron D., Garbely J., Boyd R. L., *Primary Psychiatry*, Vol. 16, No 9, 2009.

do zahamowania objawów abstynencyjnych, należy obliczyć i zacząć stosować taką dawkę metadonu, która zapewni pacjentowi komfort, ale nie wywołuje jeszcze sedacji. Jeżeli pacjent dąży do uzyskania abstynencji, można rozpocząć stopniowe odstawianie metadonu przez zmniejszanie jego dawki o 5 mg/24 h przy uważnym monitorowaniu nawrotu obiektywnych objawów abstynencyjnych. Jeżeli pacjent chce dostać się bezpośrednio do programu metadonowego, nie ma potrzeby zmniejszania dawek metadonu. Największymi ograniczeniami leczenia opioidowych zespołów abstynencyjnych metadonem są właściwości farmakokinetyczne tego leku i przepisy prawne regulujące jego stosowanie. Ze względu na długi czas półtrwania metadonu, stałe stężenie tego leku we krwi na nowym poziomie nie zostanie osiągnięte przed upływem 5 dni od zmiany dawki. Dlatego pacjenci ustabilizowani na określonej dawce metadonu muszą być ściśle monitorowani pod kątem ewentualnego rozwoju przedmiotowych i podmiotowych objawów zatrucia opioidami. Zgodnie z amerykańskim prawem federalnym metadon można stosować w opioidowych zespołach abstynencyjnych tylko w ramach specjalnie licencjonowanych programów, z wyjątkiem sytuacji, kiedy pacjent jest hospitalizowany z powodu konieczności leczenia innych ostrych schorzeń somatycznych. Dlatego stosowanie metadonu w leczeniu opioidowych zespołów abstynencyjnych w zwykłych gabinetach psychiatrycznych lub na izbie przyjęć jest nielegalne.

Trzecim sposobem leczenia opioidowych zespołów abstynencyjnych jest leczenie substytucyjne buprenorfiną. Buprenorfina jest częściowym agonistą receptora opioidowego mu i antagonistą receptora kappa zarejestrowanym przez FDA do detoksykacji i podtrzymującego leczenia uzależnienia od opioidów. Buprenorfina jest stosowana w formie tabletki podjęzykowej, z dodatkiem naltreksonu lub bez niego. Podobnie jak metadon charakteryzuje się długim okresem półtrwania i może być stosowana raz na dobę. W przeciwieństwie do metadonu buprenorfina u pacjentów uzależnionych może jednak wyzwalać objawy abstynencyjne w wyniku wypierania pełnego agonisty receptora mu dla opioidów. Dlatego ważne jest, aby u pacjentów występowały nasilone objawy opioidowego zespołu abstynencyjnego (wynik w skali COWS  $\geq 13$ ), zanim otrzymają buprenorfinę. Pacjentom z objawami opioidowego zespołu abstynencyjnego podaje się niewielkie dawki buprenorfiny co godzinę, aż do ustąpienia objawów. Podtrzymująca dawka buprenorfiny przeważnie mieści się w zakresie 8-24 mg/24 h. W zależności od planu leczenia buprenorfinę można stopniowo odstawiać, aż do osiągnięcia abstynencji, lub

kontynuować jej stosowanie w ramach leczenia podtrzymującego. Przewaga buprenorfiny nad metadonem polega na tym, że w mniejszym stopniu powoduje on depresję oddechową i może być stosowana w placówkach ambulatoryjnych przez specjalnie przeszkolonych, posiadających certyfikat psychiatrów. Wadą buprenorfiny w porównaniu z metadonem jest to, że może nie w pełni hamować objawy abstynencyjne u pacjentów przewlekłe stosujących bardzo duże dawki opioidów oraz znacznie większe koszty leczenia. Obydwie metody leczenia są bardzo skuteczne.

Pacjenci zatruci substancjami pobudzającymi, środkami o działaniu dysocjacyjnym lub halucynogenami również są zaliczani do grupy II. Bardzo ciężkie zatrucia alkoholem, substancjami o działaniu sedatywnym, stymulującym, halucynogenami i narkotykami klubowymi przeważnie cechują się obrazem stanów nagłych i najpierw powinny być leczone ogólnie, aż do uzyskania stabilizacji stanu chorego, który następnie może zostać skierowany do psychiatry. Pacjenci o mniejszym nasileniu zatrucia – od łagodnego do umiarkowanego – często są kierowani do psychiatrów bezpośrednio. Najważniejszymi problemami klinicznymi związanymi z tą grupą zatruc są: agresja, pobudzenie, psychozy i tendencje samobójcze. Leczenie wszystkich tych stanów polega na zapewnieniu pacjentowi bezpiecznego środowiska, podaniu leków psychotropowych w celu kontroli zachowania oraz dokładnym monitorowaniu stanu pacjenta w okresie intoksykacji. Przy leczeniu tej grupy stanów nagłych ważne jest, aby mieć na uwadze następujące fakty kliniczne. Po pierwsze, u pacjentów zatrutych alkoholem lub substancjami o działaniu sedatywnym przeciwwskazane jest stosowanie benzodiazepin. Po drugie, pacjenci zatruci substancjami pobudzającymi i PCP przejawiają dużą skłonność do przemocy. Zastosowanie jedynie technik deeskalacji werbalnej jest często nieskuteczne i może być niebezpieczne. Podstawą leczenia jest podawanie leków psychotropowych. Po trzecie, pacjenci zatruci substancjami pobudzającymi i PCP są narażeni na duże ryzyko rozwoju rhabdomyolizy, co powoduje, że stosowanie unieruchomienia staje się niebezpieczne. Po czwarte, pacjenci zatruci LSD i innymi czystymi halucynogenami doznają omamów przy jasnej świadomości. U tych pacjentów deeskalacja werbalna często jest skuteczna. Po piąte, zatruciu MDMA może towarzyszyć odwodnienie, bardzo wysoka gorączka i w skrajnych przypadkach rhabdomyoliza. Po szóste, pacjenci w stanie zatrucia stanowią grupę zwiększonego ryzyka popełnienia samobójstwa i powinni być dokładnie badani psychiatrycznie. Po siódme, nie należy

wypisywać pacjentów w stanie intoksykacji aż do ustąpienia objawów zatrucia. W końcu poważnym problemem są napaści na pracowników ochrony zdrowia dokonywane przez pacjentów w stanach zatruc. Objawy ostrzegawcze zagrażającej napaści oraz sposoby właściwego reagowania omówiono szczegółowo w innym miejscu tego numeru (artykuł Novitsky i wsp.).<sup>11</sup>

### Grupa III

W grupie III nie spotyka się medycznych stanów nagłych związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych. Nie wymagają one swoistej terapii, z wyjątkiem leczenia podtrzymującego. Ważne, aby pamiętać, że pacjenci, którzy odstawili stosowane przez długi czas substancje pobudzające, często wpadają w głęboką depresję w okresie abstynencji i dlatego podstawowe znaczenie ma zaaranżowanie odpowiedniej obserwacji.

### Podsumowanie

Nadużywanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w znacznym stopniu przyczynia się do obciążenia oddziałów leczenia stanów nagłych, ogólnomedycznych i psychiatrycznych. Sprawne leczenie tej grupy pacjentów ma podstawowe znaczenie dla dobrego funkcjonowania oddziałów pomocy doraźnej. Leczenie stanów nagłych związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych wymaga precyzyjnej oceny somatycznej i dokładnego badania psychiatrycznego, w tym oceny stanu psychicznego i wykonania badań laboratoryjnych. Strategie terapeutyczne różnią się w zależności od charakteru przyjętej substancji, zatem nie zaleca się stosowania takiego samego podejścia we wszystkich przypadkach. W artykule dokonano przeglądu najczęściej nadużywanych substancji i typowych przedmiotowych i podmiotowych objawów zatruc. Proponowany algorytm terapeutyczny powinien być pomocny dla lekarza w podejmowaniu doraźnych decyzji terapeutycznych, również związanych z selekcją pacjentów.

Dostępnych jest niewiele artykułów dotyczących problemów jednoczesnego nadużywania wielu substancji, spotykanych na oddziałach pomocy doraźnej. Ponieważ nie zbadano dobrze interakcji między różnymi substancjami, diagnozowanie i ostateczne leczenie pacjenta, który nadużył wielu substancji, stanowią wyzwanie i opierają się na zasadach empirycznych.

Podobnie niewiele jest informacji na temat potencjalnie modulującego wpływu wieku, rasy, płci, fazy cyklu miesięczkowego, diety, snu oraz współwystępujących zaburzeń psychicznych na obraz i przebieg kliniczny

stanów nagłych związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych. Dopóki nie będzie więcej danych, rozpoznanie i leczenie stanów nagłych związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych pozostaje raczej oparta na doniesieniach kazuistycznych niż dowodach naukowych.

## Piśmiennictwo

1. McDonald III A, Wang N, Camargo C. US emergency department visits for alcohol-related diseases and injuries between 1992 and 2000. *Arch Intern Med.* 2004;164(5):531-537.
2. Sadock B, Sadock V. *Comprehensive Textbook of Psychiatry.* 8th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
3. Graham A, Schultz T. *Principles of Addiction Medicine.* 3rd ed. Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine; 2003.
4. Lowinson J, Ruis P. *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook.* 4th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
5. Galanter M, Klebr H. *Textbook of Substance Abuse Treatment.* 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2008.
6. O'Brien C. *Drug Addiction and drug abuse. In: Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics.* 11th ed. New York, NY: McGraw-Hill Medical Publishing Division; 2006: 607-627.
7. Kosten T, O'Connor P. Management of drug and alcohol withdrawal. *N Engl J Med.* 2003 (18);348: 1786-1795.
8. Detoxification and Substance Abuse Treatment. A Treatment Improvement Protocol (TIP 45). Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Substance Abuse Treatment; 2006.
9. Swift R. Drug Therapy for Alcohol Dependence. *N Engl J Med.* 1999;340(19):1482-1490.
10. Strain E, Stitzer M. *The Treatment of Opioid Dependence.* Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press; 2006.
11. Novitsky MA, Julius RJ, Dubin WR. Non-pharmacologic management of violence in psychiatric emergencies. *Primary Psychiatry.* 2009;16 (9):49-53.
7. Storey JE, Hart SD, Melroy JR, Reavis JA. Psychopathy and stalking. *Law Hum Behav.* 2009;33(3):237-246.
8. McEwan TE, Mullen PE, Mackenzie R. A study of predictors of persistence in stalking situations. *Law Hum Behav.* 2009; 33(2):149-158. 2008 Jul 15 (E-publication).
9. Whittington R, Shuttleworth S, Hill L. Violence to staff in a general hospital setting. *J Adv Nurs.* 1996;24(2):326-333.
10. Nolan P, Dallender J, Soares J, Thomsen S, Arnetz B. Violence in mental health care: the experiences of mental health nurses and psychiatrists. *J Adv Nurs.* 1999;30(4):934-941.
11. Love CC, Hunter ME. Violence in public sector psychiatric hospitals. Benchmarking nursing staff injury rates. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 1996;34(5):30-34.
12. Fernandes CM, Bouthillette F, Raboud JM, et al. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *CMAJ.* 1999;161(10):1245-1248.
13. Brasic J, Fogelman D. Clinician Safety. *Psychiatr Clin North Am.* 1999;22(4):923-940.
14. Schwartz, T, Park T. Assaults by patients on psychiatric residents: a survey and training recommendations. *Psychiatr Serv.* 1999;50(3): 381-383.
15. Anderson AA, Ghali AY, Bansil RK. Weapon carrying among patients in a psychiatric emergency room. *Hosp Community Psychiatry.* 1989;40(8):845-847.
16. McKillop W. Weapons screening. *Hospital Community Psychiatry.* 1987;38(2):203.
17. McCulloch LE, McNieal D, Binder RL, Hatcher C. Effects of a weapon screening procedure in a psychiatric emergency room. *Hosp Community Psychiatry.* 1986;37(8):837-838.
18. Kowalenko T, Walters BL, Khare RK, et al. Workplace violence: a survey of emergency physicians in the state of Michigan. *Ann Emerg Med.* 2005;46(2): 142-147.
19. Whittington R, Wykes T. Staff strain and social support in a psychiatric hospital following assault by a patient. *J Adv Nurs.* 1992;17(4):480-486.
20. Richter D, Berger K. Post-traumatic stress disorder following patient assaults among staff members of mental health hospitals: a prospective longitudinal study. *BMC Psychiatry.* 2006;6:15.
21. Kaplan Z, Iancu I, Bodner E. A review of psychological debriefing after extreme stress. *Psychiatr Serv.* 2001;52(6):824-827.

## ciąg dalszy piśmiennictwa ze str. 28

# Komentarz



**Dr n. med. Helena Baran-Furga**



**Dr n. med. Karina Steinbarth-Chmielewska**

Artykuł zawiera wiele cennych uwag przydatnych lekarzom pracującym z chorymi w stanie intoksykacji substancjami psychoaktywnymi. Adresatami są psychiatry i lekarze ogólni pracujący na oddziałach pomocy doraźnej. Autorzy skupili się na objawach zatruc substancjami psychoaktywnymi i zespołów abstynencyjnych oraz propozycjach leczenia. Zaznaczyli, że omawiają zarówno metody standardowe, jak i niezarejestrowane oraz eksperymentalne.

Badanie chorego w stanie zatrucia wymaga wiedzy i doświadczenia. Autorzy oceniają stan pacjenta, zaczynając od badania podmiotowego. Wydaje nam się, że w praktyce w stanach nagłych, lekarz rozpoczyna ocenę od badania przedmiotowego z równoczesnym, o ile jest to możliwe, badaniem podmiotowym. Uzupelnienie wywiadu informacjami od bliskich pacjenta bywa cenną wskazówką, niemniej, jak słusznie autorzy zwracają uwagę, uzyskany wywiad nie zawsze jest wiarygodny. Pacjenci i rodziny często minimalizują problem, zwłaszcza jeżeli dotyczy używania m.in. alkoholu, leków uspokajających, narkotyków. Niekiedy osoby uzależnione mają skłonność do przejawiania wielkości przyjmowanych dawek substancji psychoaktywnych. Uzyskanie obiektywnych danych dotyczących rodzaju przyjmowanych substancji i ich stężenia w organizmie konkretyzuje postępowanie diagnostyczne. Mając dostęp do pełnej diagnostyki laboratoryjnej, autorzy mają mniej problemów niż polscy lekarze, ponieważ zazwyczaj dostęp do badań jest niepełny, ograniczony i limitowany. Podobnie jest z dostępem do badań neuroobrazowych. Nikt nie kwestionuje w stanach nagłych bezwzględnej konieczności wykluczenia uszkodzeń mózgu, np. przy różnicowaniu majaczenia z krwiakiem mózgu.

Zespół Profilaktyki i Leczenia Uzależnień  
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Wynik badania neuroobrazowego będzie decydował o postępowaniu.

W celu usprawnienia opieki autorzy podzielili chorych na trzy grupy, przyjmując jako kryterium stan zagrożenia życia. Tymczasem w grupie I nie umieścili pacjentów po zatruciu substancjami pobudzającymi. Często w zatruciach kokainą czy amfetaminą stan pacjenta jest ciężki: występują objawy silnego pobudzenia, zaburzenia świadomości, napady drgawkowe, zaburzenia rytmu serca, zawały mięśnia sercowego czy udary.

Omawiając leczenie objawów psychoaktywnych w alkoholowym zespole abstynencyjnym, autorzy nie odnieśli się do tego samego problemu w kokainowym czy amfetaminowym zespole abstynencyjnym. Objawy psychotyczne wymagają różnicowania, czy są skutkiem zatrucia, czy zespołu abstynencyjnego. Jest to o tyle istotne, ponieważ podanie niewłaściwych leków, np. neuroleptyków, może pogorszyć stan pacjenta.

W Polsce detoksykacja chorych uzależnionych od substancji sedatywnych z grupy benzodiazepin zazwyczaj prowadzona jest przy zastosowaniu leków z tej grupy, ale o długim okresie półtrwania. Z własnego doświadczenia w pełni zgadzamy się z poglądami autorów co do stosowania alternatywnego fenobarbitalu w tej grupie chorych. Na naszym oddziale detoksykacyjnym dla pacjentów uzależnionych od opioidów w przypadku równoległego uzależnienia od benzodiazepin (szczególnie stosowanych w dużych dawkach dobowych, np. klonazepam 20 mg/24 h) z powodzeniem stosowaliśmy fenobarbital. W razie nawrotu uzależnienia pacjenci nie sięgali po fenobarbital, m.in. ze względu na wolny początek działania tego leku. Nigdy nie stosowaliśmy testu prowokacji pentobarbitalem (test potwierdzający neuroadaptację barbituranową polegający na podaniu 200 mg pentobarbitalu i ocenie reakcji na lek), wydaje nam się, że wnikliwa obserwacja kliniczna jest wystarczająca do oceny uzależnienia i rozpoczęcia leczenia.

W Polsce większość kuracji uzależnionych od substancji uspokajających i nasennych prowadzonych ambulatoryjnie kończy się niepowodzeniem. Dostęp do leczenia stacjonarnego jest znacznie ograniczony, a sam problem jest minimalizowany.

Zaproponowane przez autorów skale COWS i CIWA-AR mogą być użyteczne w dalszym etapie leczenia, a nie w pierwszych godzinach diagnozowania i leczenia stanów nagłych.

W leczeniu opioidowych zespołów abstynencyjnych spotykamy się z podobnymi problemami jak autorzy. Zarówno metadon, jak i buprenorfina zostały zarejestrowane tylko do leczenia substytucyjnego, a nie procedury detoksykacyjnej. Brak jest wytycznych i standardów leczenia opioidowego zespołu abstynencyjnego. W ośrodkach, gdzie lekarze mają dostęp do obu leków, znajdują one zastosowanie w detoksykacji mimo braku uregulowań prawnych. Metadon jest stosowany w Polsce od 1992 roku i wydaje się, że dotychczasowe doświadczenia uprawniają do rejestracji tego leku do detoksykacji – przynajmniej w leczeniu stacjonarnym.

Przedstawiony przez autorów algorytm terapeutyczny dotyczy leczenia pacjentów używających jednej (a nie wielu) substancji psychoaktywnej. W naszej praktyce klinicznej używanie jednej substancji psychoaktywnej należy do rzadkości: najczęściej łączone są opioidy z benzodiazepinami, alkohol z kokainą lub benzodiazepinami, nie wspominając o wszechobecnej nikotynie. Proces detoksykacji z reguły obejmuje kilka substancji psychoaktywnych i jednoczesne leczenie wypadkowych objawów zespołów abstynencyjnych. Przedstawione tabele opisują objawy zatrucia, odstawienia charakterystyczne dla pojedynczych substancji. Dostarczają one jedynie orientacyjnej wiedzy. Tabela opisująca objawy zatrucia w zależności od wielkości stężenia alkoholu we krwi zawiera uwagę, że dotyczy ona osób, u których nie doszło do rozwoju tolerancji. U uzależnionych metabolizowanie substancji psychoaktywnych zależy od bardzo wielu czynników. Sprawę komplikuje również równoczesne przyjmowanie substancji psychoaktywnych i choroby towarzyszące. Dlatego diagnozowanie i leczenie stanów nagłych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych nadal opiera się na doświadczeniach własnych i często jest poważnym wyzwaniem dla każdego zespołu leczącego.

Podobnym, ale odrębnym problemem pozostają oddziaływania psychologiczne w kontakcie z grupą pacjentów pobudzonych. Trudno nam ocenić, jakie techniki kryją się za terminem deeskalacji werbalnej. Wydaje nam się, że większość personelu leczącego stany nagłe w Polsce miałaby poważne trudności w odróżnieniu pacjentów, u których deeskalację werbalną można zastosować z powodzeniem, od tych, u których będzie ona bezskuteczna. Szkolenie w tej materii jest w Polsce kolejnym wyzwaniem.