



UNIwersytet  
MEDYCZNY  
W ŁÓDZI



OPERACJA  
I N T E G R A C J A

## Uzależnienie od alkoholu

Paweł Kropiwnicki

4 grudnia 2019



Przygotowanie merytoryczne seminariów w formie prezentacji przypadków klinicznych w ramach projektu „Operacja - Integracja!” Zintegrowany Program Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (POWR.03.05.00-00-Z065/17) współfinansowany z Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Priorytet III. Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju.  
Działanie 3.5 Kompleksowe programy szkół wyższych

0. Alkohol
1. Opioidy
2. Kanabinole
3. Leki uspokajające i nasenne
4. Kokaina
5. Substancje stymulujące (w tym kofeina)
6. Substancje halucynogenne
7. Tytoń
8. Lotne rozpuszczalniki
9. Inne lub wiele SPA (w tym dopalacze)

0. Ostre zatrucie
1. Szkodliwe używanie substancji
2. Zespół uzależnienia
3. Zespół abstynencyjny
4. Zespoły abstynencyjne z zaburzeniami świadomości
5. Zaburzenia psychotyczne
6. Zespół amnestyczny
7. Rezydualne i późno ujawniające się inne zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania
8. Inne zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania
9. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania BNO

- ☞ Takie używanie substancji, które **potencjalnie naraża na powstanie szkód zdrowotnych**
- ☞ Dla alkoholu także definicja ilościowa:  
regularne spożywanie przez **kobiety 1-2** standardowych porcji/d (po 10g czystego etanolu) lub **3-4 porcje/d dla mężczyzn**
- ☞ Nie jest rozpoznaniem uwzględnionym w ICD-10

- ❧ Sposób przyjmowania SPA, który **powoduje szkody zdrowotne**.
- ❧ Rozpoznanie wymaga stwierdzenia, że aktualna szkoda została spowodowana używaniem SPA.
- ❧ Ostre zatrucie nie jest wystarczające do rozpoznania szkody zdrowotnej.
- ❧ Rozpoznanie nie należy stosować w przypadku stwierdzenia uzależnienia, zaburzeń psychotycznych albo innych specyficznych zaburzeń związanych z używaniem SPA.

S. 139 błąd: używanie szkodliwych → używanie szkodliwe

↳ Natychmiast po wypiciu **niewielkiej dawki alkoholu**, która u większości osób nie powoduje upicia, nagłe pojawienie się **agresji i często gwałtownego zachowania**, nietypowego dla danej osoby gdy jest trzeźwa.

Obejmuje:

↳ Zaburzenia świadomości

↳ Czasem zaburzenia spostrzegania, urojenia

↳ Sen terminalny z całkowitą lub częściową niepamięcią przeżyć z okresu upicia

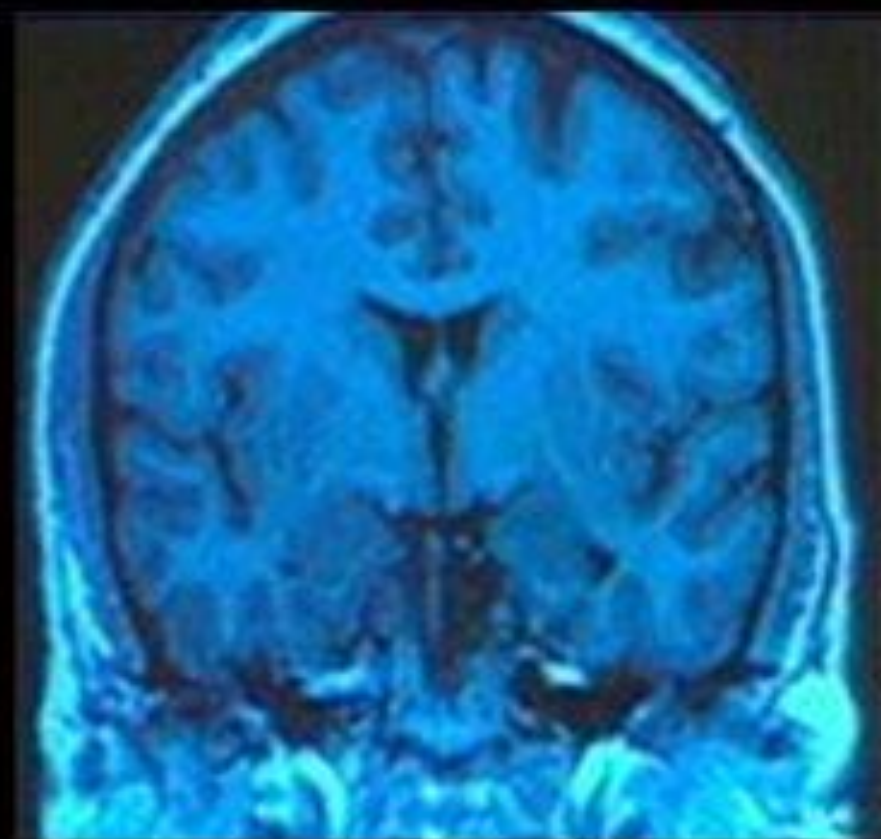
↳ Termin używany w orzecznictwie sądowo - psychiatrycznym

- ❧ U osób z chorobami psychicznymi, padaczką, w zmianach organicznych w OUN (pozapalne, pourazowe, miażdżycowych).
- ❧ Poza typowymi objawami upojenia zwykłego dochodzi do nasilenia objawów psychotycznych lub innych istniejących poprzednio zaburzeń psychicznych (zaburzeń świadomości, urojeń, omamów), których nie było w okresie bezpośrednio poprzedzającym spożycie.
- ❧ Występuje po małych dawkach alkoholu, co jest wyrazem jego zmniejszonej tolerancji u tych osób.



- ⌘ Ten rodzaj upojenia występuje też w przypadku osób zachowujących się w życiu codziennym tak jak ludzie normalni i przez otoczenie uważanych za zdrowe psychicznie, u których na skutek zmian organicznych OUN (zapalenie, uraz, miażdżyca, padaczka) istnieje zmniejszona tolerancja alkoholu. Osoby te, gdy są trzeźwe, nie wykazują żadnych zaburzeń.
- ⌘ nasilone objawy upojenia zwykłego nawet po małej dawce alkoholu, głębokie zaburzenia świadomości nieproporcjonalne do ilości spożytego alkoholu, stany paranoidalne z agresją i pobudzeniem- przy obecności typowych objawów upojenia zwykłego (chwiejny chód itd.)

# BRAIN MATTERS



Normal 43 year old



Alcoholic 43 year old

3 lub więcej z wymienionych kryteriów występujących łącznie przez pewien okres czasu w ciągu ostatniego roku

1. **Silne pragnienie** przyjmowania substancji albo poczucie przymusu jej przyjmowania.
2. **Trudności kontrolowania** zachowania związanego z przyjmowaniem substancji, jego rozpoczęcia, zakończenia lub ilości.
3. Fizjologiczne **objawy odstawienia** występujące po przerwaniu lub zmniejszeniu ilości przyjmowanej substancji, w postaci charakterystycznego dla danej substancji zespołu abstynencyjnego, albo używanie tej samej lub podobnie działającej substancji, w celu zmniejszenia nasilenia bądź uniknięcia objawów abstynencyjnych.
4. Stwierdzenie **tolerancji** – w celu wywołania skutków powodowanych poprzednio przez dawki mniejsze, potrzebne są dawki coraz większe.
5. Z powodu przyjmowania substancji psychoaktywnych narastające **zaniedbywanie zainteresowań**, zwiększona ilość czasu poświęconego na zdobywanie lub przyjmowanie substancji, albo na odwracanie następstw jej działania.
6. Przyjmowanie substancji, mimo wyraźnych dowodów takich jawnie **szkodliwych następstw** jak: uszkodzenie wątroby, stany obniżonego nastroju, polekowe opóźnienie funkcji poznawczych.

- ↳ Liczba uzależnionych osób w Polsce 600-800 tys.
- ↳ Zmniejszenie udziału alkoholi wysokoprocentowych i niekonsumpcyjnych
- ↳ Coraz wcześniejszy wiek inicjacji alkoholowej
- ↳ Większe spożycie alkoholu przez nieletnich
- ↳ Coraz większe spożycie alkoholu przez dziewczęta, kobiety w wieku reprodukcyjnym, kobiety w ciąży

- Niska zdolność radzenia sobie w trudnych sytuacjach
- Niska odporność na frustrację
- Nadmierna zależność emocjonalna
- Trudność w wyrażaniu uczuć
- Niska samoocena
- Niepokój w relacjach społecznych (np. fobia społeczna)
- Impulsywność
- Towarzystwość
- Perfekcjonizm
- Skłonność do ryzykownych zachowań

- **Cut down** – Czy odczuwałeś konieczność ograniczenia picia?
- **Annoy** – Czy denerwują Cię uwagi na temat Twojego picia?
- **Guilt** – Czy miałeś poczucie winy w związku z piciem?
- **Eye-opener** – Czy zdarzało Ci się klinować?

*Dwie lub więcej odpowiedzi twierdzących zwiększa prawdopodobieństwa rozpoznania uzależnienia.*

1. Czy uważasz, że pijesz tyle, co większość ludzi?
2. Czy Twoi bliscy uważają, że pijesz za dużo?
3. Czy brałeś udział w spotkaniu AA?
4. Czy straciłeś dziewczynę lub przyjaciela z powodu picia?
5. Czy miałeś problemy w pracy z powodu picia?
6. Czy zaniedbałeś swoje obowiązki, sprawy rodzinne lub opuściłeś kilka dni w pracy?
7. Czy miałeś delirium?
8. Czy z powodu picia zwracałeś się do kogoś o radę?
9. Czy przebywałeś w szpitalu z powodu picia?
10. Czy prowadziłeś po alkoholu?

*Do stwierdzenia uzależnienia wystarczy 5 twierdzących odpowiedzi*

## Typ I

- Uwarunkowany środowiskowo
- Częściej u kobiet
- Introwersja, neurotyczność, zależność, unikanie
- Początek po 25 rż
- Szybko: szkody psychiczne, fizyczne
- Poczucie winy
- Krytycyzm

## Typ II

- Uwarunkowany genetycznie
- Częściej u mężczyzn
- Ekstrawersja, ekspansywność, socjopatja
- Początek ok. 16 rż
- Późno: szkody psychiczne, fizyczne
- Brak poczucia winy
- Niewielki krytycyzm



- **0,2 – 0,5‰** (we krwi)/ 0,1-0,25 mg/l (powietrza) – Stan po spożyciu alkoholu
- O stanie nietrzeźwości mówimy, gdy stężenie alkoholu we krwi przekracza **0,5‰**
  - **0,5-1,5‰** – lekkie upicie
  - **1,5-3‰** – upicie
  - **>3‰** – głębokie upicie

- 0,3 – 0,5‰ – upośledzenie koordynacji wzrokowo-ruchowej, zaburzenia równowagi, euforia
- 0,5 – 0,7‰ – zaburzenia sprawności ruchowej, pobudliwość, gadatliwość, obniżenie samokontroli i oceny możliwości
- 0,7 – 2,0‰ – wyraźne zaburzenia równowagi, obniżenie sprawności intelektualnej, opóźnienie czasu reakcji, nasilenie drażliwości, wzrost ciśnienia tętniczego krwi
- 2,0 – 3,0‰ – zaburzenia mowy, przewracanie się, wzmożona senność, obniżona zdolność kontrolowania swoich zachowań
- 3,0 – 4,0‰ – spadek ciśnienia krwi, obniżenie temperatury ciała, zanik odruchów fizjologicznych
- >4‰ – śpiączka, śmierć

***Przeciętna szybkość eliminacji alkoholu wynosi 0,2‰ na godzinę***

## 1. Powikłania zespołu abstynencyjnego:

- Drgawki abstynencyjne
- Majaczenie drżenne

## 2. Przewlekłe psychozy alkoholowe:

- Paranoja alkoholowa (zespół Otella)
- Halucynoza alkoholowa
- Zespół Wernickego – Korsakowa

## 3. Otępienie alkoholowe

Przerwanie ciągu picia lub zmniejszenie dawki alkoholu  
Objawy rozwijają się w ciągu **24 godzin**

## Objawy AZA:

- ✓ Drżenie (tremor)
- ✓ Wzmożona potliwość
- ✓ Tachykardia,
- ✓ ↑ ciśnienia tętniczego
  
- ✓ Pobudzenie psychoruchowe
- ✓ Nudności, wymioty
- ✓ Zaburzenia snu
- ✓ Bóle głowy
- ✓ Niepokój, rozdrażnienie

- ↳ Napady uogólnione, toniczno-kloniczne
- ↳ Stan padaczkowy występuje u ok. 3 % pacjentów
- ↳ Wymagają leczenia przeciwpadaczkowego
- ↳ Zawsze należy rozważyć inne przyczyny drgawek, np.: uraz głowy, guz mózgu, infekcje OUN, hipoglikemia, hiponatremia

**Drgawki abstynencyjne nie oznaczają rozpoznania padaczki!**

## BEZ DRGAWEK

🔪 10 mg diazepamu (1 amp)  
i.m. **co 8 godzin**

## Z DRGAWKAMI

🔪 10mg diazepamu (1 amp)  
i.m. **co 6 godzin**

Stopniowe przejście na  
diazepam p.o.

**do całkowitego odstawienia**  
w zależności od nasilenia  
objawów

🔪 500 ml 0,9% NaCl i.v.

🔪 500 ml PWE i.v.

🔪 500 ml 5% glukozy i.v.

Korygowanie odchyień  
w badaniach dodatkowych

Przeciętny czas leczenia

**7-10 dni**

- ⌘ Wszystkie benzodiazepiny (BZD) są skuteczne
- ⌘ Lorazepam – bezpieczniejszy u pacjentów z uszkodzeniem wątroby
- ⌘ **Nie podawać BZD pacjentom z alkoholemią !**
- ⌘ Inne leki stosowane w leczeniu AZA:
  1. Klometiazol (Heminervin) – ryzyko zatrzymania oddechu
  2. Hydroxyzyna - max. Dawka 100mg/d, ryzyko wydłużenia QTc
  3.  $\beta$  –blokery pomocniczo w leczeniu objawów pobudzenia układu wegetatywnego

- 🔗 Ostra psychoza z zaburzeniami świadomości trwająca od kilku godzin do kilku dni.
- 🔗 Występuje u ok. 5% uzależnionych od alkoholu
- 🔗 Rozpoznanie polega na stwierdzeniu objawów zespołu abstynencyjnego oraz :

1. Zaburzeń świadomości (falujące w ciągu dnia)
2. Omamów i złudzeń (głównie wzrokowych)
3. Lęku

Objawy dodatkowe: nasilone drżenie, pobudzenie psychoruchowe, bezsenność, przekonania urojeniowe, pobudzenie wegetatywne



☞ 10mg diazepam (1 amp) i.m.  
co **6 godzin**

Stopniowe przejście na diazepam  
p.o. **do całkowitego odstawienia**  
w zależności od nasilenia objawów

**NIE PODAWAĆ NEUROLEPTYKÓW**

Alkohol PODWYŻSZA próg drgawkowy

☞ 500 ml 0,9% NaCL i.v.

☞ 500 ml PWE i.v.

☞ 500 ml 5% glukozy i.v.

Korygowanie odchyień w  
badaniach dodatkowych

Przeciętny czas leczenia

**10 - 14 dni**

- ❧ Brak możliwości oceny stanu psychicznego u badanego w stanie upojenia alkoholowego.
- ❧ W miastach dysponujących **izbą wytrzeźwień** pacjentów z poziomem alkoholu **> 1,5‰** można skierować do trzeźwienia w warunkach kontrolowanych.
- ❧ Poziom alkoholu **> 4‰**, podejrzenie zatrucia alkoholem niekonsumpcyjnym – skierowanie do **oddziału toksykologii**.

- 🔗 Badanie poziomu alkoholu (alkomat)
- 🔗 Zawsze przeprowadzić badanie fizykalne z oceną stanu neurologicznego i sprawdzeniem obecności śladów obrażeń zewnętrznych.
- 🔗 Opisać wyniki w/w badania w dokumentacji medycznej
- 🔗 Pomiar RR, HR, temperatury ciała

## 🔗 Badania laboratoryjne na cito:

morfologia, elektrolity, transaminazy, bilirubina, mocznik, kreatynina, CRP, glikemia

# Odchylenia w badaniach laboratoryjnych związane z nadużywaniem alkoholu

- ↳ poziom  $\gamma$ -glutamylotransferazy (GGTP)
- ↳ poziom transaminaz (AspAT, AlAT)
- ↳ średniej objętości erytrocytu (MCV)
- ↳ poziomu glikemii



- ↳ liczba płytek krwi (trombocytopenia) (PLT)
- ↳ stężenie jonów potasowych (hipokaliemia) ( $K^+$ )
- ↳ stężenie jonów sodowych (hiponatremia) ( $Na^+$ )



- ☞ Występuje wyłącznie u mężczyzn.
- ☞ Powikłanie przewlekłego, intensywnego picia alkoholu.
- ☞ Często paranoiczne cechy osobowości przed rozwojem psychozy.
- ☞ **Usystematyzowane urojenia niewiary małżeńskiej**
- ☞ Często treści absurdalne:  
bardzo liczni partnerzy seksualni, także przygodni, kontakty seksualne w mało prawdopodobnych sytuacjach, kazirodcze).
- ☞ Wtórnie:  
pojawienie się wątpliwości co do ojcostwa dzieci, próby potwierdzenia niewierności partnerki, znajdowanie rzekomych dowodów zdrady, wymuszanie przyznawania się do niewierności.

- ↳ Przebieg przewlekły
- ↳ Słaba współpraca pacjenta
- ↳ Słaba reakcja na farmakoterapię
- ↳ Główna przyczyna hospitalizacji – agresja wobec parterki

## ↳ Preferowane leki:

haloperidol, risperidon, pernazyna

# HALUCYNOZA ALKOHOLOWA

**OSTRA**

**PRZEWLEKŁA**

**Wariant AZA bliski majaczeniu**

**Przewlekła psychoza alkoholowa**

↳ Powikłanie wieloletniego intensywnego picia alkoholu.

↳ **Omamy słuchowe**

↳ **Dialog omamowy – „sąd nad zachowaniem pacjenta”**

↳ Możliwe wtórne urojenia, głównie prześladowcze

↳ Dość dobra reakcja na farmakoterapię

↳ Nawroty niezależne od utrzymywania abstynencji

↳ Preferowane leki: haloperidol (wysokie dawki), risperidon



- Przewlekłe intensywne picie alkoholu → niedobory pokarmowe, głównie **witamina B1**.
- Encefalopatia Wernickego jako podłoże patomorfologiczne (obustronne uszkodzenie przyśrodkowych powierzchni płata skroniowego – hipokampu, wzgórza, ciał suteczkwatych)



- ↳ Upośledzenia, a często całkowita **niemożność zapamiętywania nowych informacji** (obustronne upośledzenie obwodów Papeza). Zaburzenia zapamiętywania są znacznie bardziej nasilone niż inne zaburzenia innych funkcji poznawczych.
- ↳ Chorzy nie są krytyczni wobec zaburzeń pamięci, luki pamięciowe wypełniają **konfabulacjami**.
- ↳ Objawy neurologiczne: **oftalmoplegia**, ataksja, napady drgawkowe, zaburzenia świadomości ze stanami osłupieniowymi.
- ↳ Znaczna inwalidyzacja pacjenta
- ↳ **Leczenie**: wit B1, piracetam, fluwoksamina, klonidyna ???
- ↳ **Rokowanie niepomyślne**

- Utrwalona forma funkcjonowania w długotrwałej, trudnej i niszczącej sytuacji życiowej związanej z patologicznymi zachowaniami partnera (lub innej bliskiej osoby), ograniczająca w sposób istotny swobodę wyboru postępowania, prowadząca do pogorszenia własnego stanu i utrudniająca zmianę własnego położenia na lepsze.
- Przyczyny:
  - Sytuacja w małżeństwie/rodzinie (struktura, role, status, więź emocjonalna i materialna, niska pozycja zawodowa partnerki, izolacja, presja środowiska)
  - Doświadczenia z dzieciństwa i młodości (DDA)
  - Cechy osobowości: niedojrzałość, poczucie niskiej wartości, potrzeba zależności, brak mechanizmów radzenia sobie ze stresem
- Zmiany w sferze **poznawczej** (myślenie życzeniowe, zaprzeczanie, złudne poczucie kontroli, zaburzenia koncentracji uwagi), **emocjonalnej** (lęk, tłumienie gniewu, zachowania autodestrukcyjne, wahania nastroju), **strukturze ja** (poczucie winy i niskiej wartości)

- ↳ Oddziaływania psychoterapeutyczne (programy eklektyczne z elementami edukacyjnymi, poznawczymi)
- ↳ Uczenie umiejętności rozpoznawania sytuacji zagrażających picciem i radzenia sobie w takich sytuacjach, treningi zachowań asertywnych
- ↳ Farmakoterapia – tylko jako leczenie wspomagające. Brak skutecznego leczenia farmakologicznego !
- ↳ Motywacja pacjenta !
- ↳ **Detoksykacja NIE JEST leczeniem uzależnienia !**

- 🔗 Programy terapeutyczne ambulatoryjne i w ramach częściowej lub całodobowej hospitalizacji.
- 🔗 Programy szpitalne są krótsze i bardziej intensywne, programy ambulatoryjne są rozłożone na 6-12 miesięcy
- 🔗 Dominuje terapia grupowa
- 🔗 Możliwość terapii rodzin  
(współuzależnienie, DDA)
- 🔗 Ruchy samopomocowe – ruch AA

## Akamprozat (acetylohomotauryna)

↳ Analog GABA wywierający wpływ na receptory NMDA

↳ „normalizuje” układ GABA-ergiczny

↳ Stosowany głównie w celu wydłużenia abstynencji

↳ Zmniejsza głód alkoholu

↳ Dawkowanie 4 tabletki po 0,333g/d u osób z masą ciała do 60 kg i 6 tabletek/d u osób z większą masą ciała

↳ Czas leczenia – 12 m-cy

↳ Większa skuteczność w połączeniu z psychoterapią



# Naltrekson



## ↳ Antagonista receptorów opioidowych

↳ U osób z ZZA **blokuje dostęp endorfin** do receptorów opioidowych

↳ Hamowanie działania euforyzującego, zmniejszenie głodu alkoholowego

↳ Zmniejsza intensywność picia

↳ **Większa skuteczność niż akamprozat**

↳ Dawkowanie: 50mg/d (1 tabletkę) lub 100mg co drugi dzień oraz w dniach zwiększonego ryzyka wypicia alkoholu

↳ Czas leczenia: 3 miesiące



# Namelfen

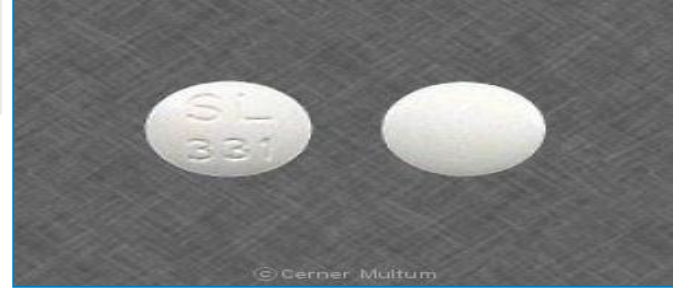


- 🔗 **Blokuje receptory opioidowe w OUN** – zmniejsza działanie euforyzujące alkoholu.
- 🔗 Wskazany w celu redukcji spożycia alkoholu u pacjentów uzależnionych bez fizycznych objawów abstynencyjnych.
- 🔗 Lek należy przyjmować każdego dnia gdy pacjent przewiduje, że może być narażony na wypicie alkoholu.
- 🔗 Dawkowanie: **18mg (1 tabletkę) ok. 1-2 h przed** przewidywanym piciem alkoholu.
- 🔗 Nie służy do przerywania ciągu alkoholowego.





# Disulfiram



- ↳ **Hamuje aktywność dehydrogenazy aldehydowej**
- ↳ Hamuje metabolizm alkoholu na poziomie **aldehydu octowego** → objawy zatrucia aldehydem octowym
- ↳ Liczne objawy somatyczne, silny lęk, wrażenie umierania
- ↳ Powoduje wymuszona abstynencję
- ↳ **Większa skuteczność niż akamprozat i naltrekson**
- ↳ Forma doustna lub implanty domięśniowe
- ↳ Duża toksyczność leku nawet bez połączenia z alkoholem



- ↳ Zwiększone ryzyko **nowotworów** złośliwych przełyku, jamy ustnej i krtani.
- ↳ **Zapalenie** błony śluzowej żołądka, ryzyko **krwawienia** z przewodu pokarmowego.
- ↳ Zwiększone ryzyko chorób **układu krążenia**
- ↳ Częstsze **infekcje** dróg oddechowych, ryzyko zachyłstowego zapalenia płuc.
- ↳ **Zaburzenia wchłaniania** substancji odżywczych w przewodzie pokarmowym.
- ↳ Uszkodzenie **wątroby**, marskość wątroby, żylaki przełyku
- ↳ Ostre zapalenie **trzustki**
- ↳ **Cukrzyca** – uszkodzenie komórek trzustki przez alkohol

- 🔗 Naczyniaki pająkowate na skórze
- 🔗 Żółtaczka
- 🔗 Ginekomastia
- 🔗 Widoczny rysunek naczyniowy na skórze brzucha
- 🔗 Różnoczasowe ślady urazów na ciele
- 🔗 Neuropatia obwodowa
- 🔗 Powiększenie obwodu brzucha (wątroby)

- Ania ma 22 lata, wypija codziennie do obiadu 1 kieliszek (ok. 100 ml) wina. Mama ma do niej o to pretensje, mówi że jak tak dalej pójdzie to zostanie alkoholiczką jak jej ojciec.
- Ania nigdy się nie upija, nie opuszcza zajęć na uczelni z powodu picia, nie prowadzi samochodu pod wpływem alkoholu, nie miała z tego powodu żadnych problemów.
- Kto ma rację?
- Rozpoznanie? Postępowanie?

- Rozpoznanie wstępne
- Zawężenie kręgu różnicowego - z uwzględnieniem obciążzeń somatycznych i przyjmowanych leków, wywiadu od rodziny
- Badania dodatkowe, w tym laboratoryjne, obrazowe w zależności od obrazu klinicznego
- Opcjonalnie konsultacje psychologa klinicznego, lekarzy innych specjalności
- Wybór podstawowej terapii
- Wskazania do hospitalizacji lub opieki specjalistycznej

- Grzegorz ma 30 lat, jest absolwentem uczelni, pracuje w firmie prawniczej. Codziennie po pracy idzie do baru z kolegami i wypija **1 szklaneczkę (50 ml) whisky**, aby się odstresować. Czasem zdarza się, że wypije jeszcze 1-2 takie szklaneczki i wraca samochodem do domu. Kiedyś zdarzyło się, że na schodach potknął się i rozbił sobie głowę. Upił się kilka razy w życiu, jeszcze na studiach. W weekendy raczej nie pije, chyba że jest impreza.
- W czasie wakacji uprawia sport – pływa na desce, jeździ rowerem, chodzi po górach. Zdarza się, że wtedy w ogóle nie pije alkoholu przez 2 tygodnie.
- Dziewczyna Grzegorza uważa, że pije on za dużo, bywa wtedy drażliwy albo „zachowuje się jak głupek”, ale wg niego „ona się czepia”.
- W ostatnich badaniach okresowych stwierdzono podwyższony poziom transaminaz i GGTP. Lekarz medycyny pracy zalecił konsultację internistyczną.
- Rozpoznanie? Postępowanie?

- 🔗 Kobieta lat 32, przywieziona do IP psychiatrycznej przez zespół PR wezwany przez konkubenta, ponieważ „miała straszne lęki”.
- 🔗 Badana 2 dni temu zakończyła ciąg opilczy trwający ok. miesiąc. Nadużywa alkoholu od 3-4 lat, nigdy nie leczyła się odwykowo „bo nie widziała takiej potrzeby”
- 🔗 Przedmiotowo: Widoczne uogólnione drżenie całego ciała, pacjentka ma problem ze złożeniem podpisu na dokumentacji medycznej. Spocona, RR 180/95mmHg, tętno 117/min, miarowe. Nie gorączkuje. Bez innych odchyień w badaniu. Poziom alkoholu w wydychanym powietrzu 0,00%

- ☞ Kobieta lat 54, urzędniczka w banku, dotychczas nie leczona psychiatrycznie. Została przywieziona do IP szpitala psychiatrycznego przez rodzinę, ponieważ sygnalizowała zamiary samobójcze.
- ☞ Stan ogólny dobry, zadbana, w badaniu fizykalnym bez odchyleń. W wywiadzie nadciśnienie tętnicze kontrolowane farmakologicznie.
- ☞ W IP prawidłowo zorientowana, w niepokoju, płacziwa, rozmawia z lekarzem w słuchawkami na uszach – zakłada je żeby nie słyszeć głosów, które pojawiły się ok. 6 m-cy temu. „Jeden mówi, że powinnam ze sobą skończyć i nie robić wstydu mojej rodzinie. Moja mama mówi im, że ja przecież zawsze byłam dobrą córką”. Matka pacjentki nie żyje od kilku lat.
- ☞ Poziom alkoholu w wydychanym powietrzu 0,18‰
- ☞ Od rodziny: od 3-4 lat problemy w pracy, kumulacja stresu. Miała duże problemy ze snem, nie chciała iść do lekarza. Od ok. 3 lat prawie codziennie pije 2-3 piwa żeby spać. Nigdy się nie upijała, nie była agresywna.



- Do IP szpitala wielospecjalistycznego został przywieziony 62 letni pacjent po napadzie drgawkowym. Od wielu lat uzależniony od alkoholu. Przerwał ciąg opilczy wczoraj. Wg rodziny napady drgawkowe po przzerwaniu picia występowały już kilka razy w przeszłości.
- W IP pacjent bez zaburzeń świadomości, drżący, spocony. RR 178/123mmHg, tętno ok. 120/min, niemiarowe. Nad polami płucnymi pojedyncze furczenia, temperatura ciała 38,4°C.
- W badaniach laboratoryjnych: WBC 16,8 tys, RBC 3,4mln, HGB 10,2g/dl, MCV 101fl, PLtT113tys, Aspat 67, Alat 106, bilirubina 1,68, K+ = 2,86mmol/l, Na + = 128mmol/l, glikemia 187mg/dl, CRP 178mg/dl
- Poziom alkoholu w wydychanym powietrzu 0,00‰

## Przypadek 6

- ☞ Kobieta lat 47, przywieziona do IP szpitala psychiatrycznego przez zespół PR w asyście policji. Służby wezwali sąsiedzi, ponieważ pacjentka w nocy dobijała się do innych mieszkań, wyrzucała rzeczy ze swojego mieszkania przez okno, krzyczała „żeby zabrać tych tajniaków z podwórka”.
- ☞ W ciągu ostatniego roku kilka pobytów w izbie wytrzeźwień. Z informacji od sąsiadów przekazanych policji – pije codziennie, dopóki nie skończą się pieniądze. Sąsiedzi w końcu przestali jej pożyczać.
- ☞ W IP pobudzona psychoruchowo, spocona, wulgarna, arogancka, mówiła „i tak mnie nie dorwiecie”. W trakcie badania z lękiem rozgląda się po gabinecie, podnosi z podłogi nieistniejące przedmioty, dopytuje dlaczego pod stołem ruszają się jakieś kółka. Prawidłowo podaje swoje imię i nazwisko, całkowicie zdezorientowana co do czasu, twierdzi że jest „w sklepie u Mariolki a nie w żadnym szpitalu i do szpitala nie pojedzie, bo znajdzie ją tam policja”
- ☞ Brak danych o chorobach somatycznych, we wstępnym badaniu fizykalnym bez istotnych odchyleń.
- ☞ Poziom alkoholu w wydychanym powietrzu 0,00%

- ☞ Mężczyzna lat 48, przewieziony do IP psychiatrycznej przez zespół PR. Od ok. 20 lat uzależniony od alkoholu, wielokrotnie hospitalizowany w oddziale detoksykacyjnym. Po wypisach ze szpitala nie utrzymywał abstynencji. W wywiadzie liczne zadłużenia finansowe, ryzyko eksmisji z mieszkania.
- ☞ W ciągu opilczym od 6 tygodni, wypija ok. 0,5l wódki i kilka piw dziennie.
- ☞ Sam wezwał zespół pogotowia – twierdził, że widzi węże i nietoperze oraz, że słyszy „głosy które każą mu uciekać z domu, wyzywają”.
- ☞ Przedmiotowo: zaniedbany higienicznie, wydolny krążeniowo i oddechowo, RR 140/85mmHg, tętno ok. 86/min, miarowe, w badaniu fizykalnym i neurologicznym bez istotnych odchyleń.
- ☞ Poziom alkoholu w wydychanym powietrzu 2,14‰