PROTIALKOHOLICKÝ OBZOR

24, 1989, 1, s. 11 – 21

PRVNÍ ZKUŠENOSTI S LÉČBOU DELIRIA TREMENS FLUNITRAZEPAMEM

J. PRAŠKO, Z. BAŠNÝ, J. HAVLŮJ, D. SEIFERTOVÁ

Výzkumný ústav psychiatrický, Praha 8 – Bohnice,
ředitel: doc. MUDr. J. Gebhart, CSc.

Souhrn

Flunitrazepam (Rohypnol) byl užit u osmi mužů a dvou žen ve stavu akutní psychické poruchy různé intenzity: u tří mužů pro predelirantní stav, u zbylých nemocných pro plně rozvinuté delirium tremens. Všichni nemocní byly léčeni intravenózními nebo intramuskulárními injekcemi flunitrazepamu v dávce od 2 do 18 mg za den. Celkový stav většiny nemocných vyžadoval intenzívní péči pro poruchy iontového hospodářství, vodního hospodářství a komplikace tělesným onemocněním. Injekce flunitrazepamu byly aplikovány opakovaně každou hodinu, dokud nebyl indukován spánek nebo nebylo dosaženo zklidnění. Podání léku vedlo k rychlé sedaci, zejména po intravenózní aplikaci, a k rychlému zlepšení pacientova stavu. Symptomy plně odezněly v průběhu 3 dnů a 6 hodin průměrně. Flunitrazepam se jeví jako účinný a bezpečný lék k tišení akutního neklidu u deliria tremens, měl by však být podáván současně s intenzívním sledováním nemocného.

Klíčová slova: delirium tremens – flunitrazepam – intenzívní psychiatrická péče.

Й. Прашко, З. Башны, Й. Гавлуй, Д. Сайфертова: ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БЕЛОЙ ГОРЯЧКИ ФЛУНИТРАЗЕПАМОМ

Резюме

Флунитразепам (Рохипнол) был введен восьми мужчинам и двум женщинам, страдающим острыми алкогольными психозами разной степени: трое мужчин находились в пределириозном состаянии, у остальных больных была вполне развита белая горячка. Всем пациентам производилось внутривенное или внутримышечное вливание флунитразепама с 2 до 18 мг в сутки. Большинство больных нуждалось в интенсивной медицинской помощи из-за своего общего состояния здоровья, отличавшегося расстройствами ионного режима, водного режима и осложнениями соматическими заболеваниями. Уколы флунитразепама производились через час до тех пор, пока не был индуцирован сон или не было достигнуто состояние спокойствия. Введение лекарства приводило ко скорому успокоению, главным образом после внутривенного вливания, и ко скорому улучшению состояния пациента. Симптомы проявлялись

в течение 3 дней и 6 часов в среднем. Флунитразепам представляет собой ефективное и безопасное лекарство для успокоения острого возбуждения при белой горячке, но при его применении нужно одновременно интенсивно наблюдать больного.

Ключевые слова: белая горячка – флунитразепам – интенсивная психиатрическая помощь.

J. Praško, Z. Bašný, J. Havlůj, D. Seifertová: FIRST EXPERIENCES WITH THE TREATMENT OF DELIRIUM TREMENS BY FLUNITRAZEPAM

Summary

Flunitrazepam (Rohypnol) was taken by eight men and two women in the condition of an acute psychic disorder of various intensity: three men were in the pre-delirium condition and the rest of the patients suffered from the fully developed delirium tremens. All the patients were cured by intravenous or intramuscular flunitrazepam injections containing the doses from 2 to 18 mg a day. The condition of the majority of the patients required an intensive care for the disorders of ionic economy, aquatic economy and the complications of body diseases. Flunitrazepam injections were applied repeatedly every hour until the sleep was induced and tranquilization was reached. Taking the medicine lead to a quick sedation mainly after the intravenous application and an improvement of a patient's condition. The symptom fully died away in the course of three days and six hours on the average. Flunitrazepam seems to be an effective and safe medicine to palliate acute restlessness of delirium tremens. However, it should be taken only when the patient is followed intensively.

Key words: Delirium tremens – flunitrazepam – intensive psychiatric care.

J. Praško, Z. Bašný, J. Havlůj, D. Seifertová: DIE ERSTEN ERFAHRUNGEN MIT DER BEHANDLUNG VON DELIRIUM TREMENS MIT FLUNITRAZEPAM

Zusammenfassung

Flunitrazepam (Rohypnol) wurde bei acht Männern und zwei Frauen im Zustand einer akuten psychischen Störung verschiedener Intensität verwendet: bei drei Männern wegen des prädeliranten Zustandes, bei den übrigen Kranken wegen des voll entwickelten Delirium tremens. Alle Kranken wurden durch intravenöse und intramuskuläre Injektionen von Flunitrazepam in der Dosis von 2 bis 18 mg pro Tag behandelt. Der Zustand der meisten Kranken erforderte eine intensive Fürsorge infolge der Störungen der Iont- und Wasser-Wirtschaft, sowie Komplikationen wegen der Körpererkrankung. Die Flunitrazepam-Injektionen wurden wiederholt jede Stunde appliziert, bis der Schlaf induziert oder Beruhigung erreicht wurde. Die Verabreichung des Medikamentes führte zu einer schnellen Sedation, besonders nach der intravenösen Applikation, und zur schnellen Verbesserung des Zustandes von Patienten. Die Symptome hörten während der 3 Tage und 6 Stunden durchschnittlich völlig auf. Flunitrazepam scheint ein wirksames und sicheres Heilmittel zum Stillen der akuten Unruhe beim Delirium tremens zu sein, bei seiner Verabreichung sollte man den Kranken gleichzeitig intensiv beobachten.

Schlüsselwörter: Delirium tremens – Flunitrazepam – intensive psychiatrische Fürsorge.

Protialkohol Obz, 24, 1989, 1, s. 11 – 21.

Nejčastější a život nejvíce ohrožující metaalkoholickou psychózou je delirium tremens. Objevuje se v 10 – 12 % případů chronického alkoholismu (Lopuchin, 1979). Zdá se, že počet léčených pro delirium tremens narůstá, zavedením moderní léčby se však podařilo snížit úmrtnost (Spivak, 1977; Škopková, 1984). Nejčastěji nemocní umírají na somatické komplikace: hepatorenální selhání, bronchopneumonii, edém mozku, celkový metabolický rozvrat, akutní pankreatitidu, srdeční insuficienci (Chvíla, 1982; Kliment, 1981). Vzhledem ke koincidenci těžké psychické alterace se život ohrožujícím somatickým stavem jeví se jako optimální léčba na jednotkách intenzívní psychiatrické péče a kooperace mezi psychiatrem a internistou. Optimální léčba dává důraz na řešení tří základních okruhů ohrožení nemocného:

a) tišení akutního neklidu;
b) udržování homeostázy vnitřního prostředí;
c) prevenci a léčbu somatických komplikací.

Primární farmakoterapie pro tišení akutního neklidu je suprese abstinenčního syndromu křížově tolerovanými léky (Gorelick, 1983). V praxi se najčastěji užívají benzodiazepiny (Ermine Costa, 1983; Gorelick, 1983; Pazdírek, 1985; Rydzyński, 1979; Stachowiak, 1981), barbituráty (Gorelick, 1983; Kielholz, 1982), clomethiazol (Kielholz, 1982). Nejsou vhodná neuroleptika, protože snižují práh pro vznik epileptických paroxysmů (Kielholz, 1982). Dávka se podává v prvních hodinách tak, aby odezněly jakékoliv projevy deliria a vznikl lehký spánek. Potom se celková denní dávka pozvolna snižuje během dvou až sedmi dní individuálně. Redukce dávky je zejména důležitá u dlouho působících látek, jako je chlordiazepoxid, diazepam nebo fenobarbital, aby se zabránilo kumulaci s následující přílišnou sedací za několik dní po zahájení léčby. Vyšší dávky jsou nutné u kuřáků, nižší při poruchách ledvin nebo nízké sérové hladině proteinů (Gorelick, 1983). Časté poruchy vnitřního prostředí, jako je hypokalémie, hyponatrémie, hypomagneziémie nebo hypoglykémie vyžadují pružnou infúzní léčbu stanovenou na základě klinickolaboratorních nálezů (Kielholz, 1982; Lopuchin, 1979;

Tabulka 1. Výběr nemocných

Do studie byli zařazení nemocní splňující tato kritéria:

a) diagnostická kritéria DSM – III pro delirium (1):
   A. Zastřené vědomí s neschopností postarat se o sebe, soustředit se, udržet pozornost na okolní stimuly.
   B. Přinejmenším dvě z následujících:
      1. poruchy vnímání: misinterpretace, iluze nebo halucinace;
      2. občasné nebo stálé inkoherence v řeči;
      3. poruchy cyklu spánek /bdění s insomnií v noci a denním usínáním;
      4. vzestup nebo pokles psychomotorické aktivity.
   C. Desorientace a zhoršení paměti.

b) specifická kritéria DSM – III pro delirium tremens:
   A. Delirum se objevuje během jednoho týdne po vysazení, redukci nebo zvýšení příjmu alkoholu (výjimka proti DSM – III).
   B. Hyperaktivita autonomního nervstva, jako je tachykardie, změny krevního tlaku, pocení.
   C. Není následkem tělesné nebo duševní nemoci.

Novotný, 1985). Psychopatologický obraz je často modifikován nebo dokonce překryt somatickými poruchami. Objevují se jednak poruchy vyplývající z dlouhodobé alkoholové závislosti: různé formy hepatopatie, poruchy činnosti pankreatu, hematopoetického a kardiovaskulárního systému, ledvin; jiné pak se objevují v průběhu samého deliria a často ohrožují život nemocného (bronchopneumonie, edém mozku, úrazy apod.) (Chvíla, 1982; Spivak, 1977; Škopková, 1984).

V našem sdělení chceme referovat o prvních zkušenostech s tišením akutního neklidu flunitrazepamem (Rohypnol, Spofa) v podmínkách jednotky intenzívní psychiatrické péče. Byl vybrán jako možná alternativa spolu s dalšími třemi léky (clomethiazol, dikalium-clorazepat a diazepam). Důvody pro výběr flunitrazepamu jsou:

a) rychlý nástup účinku s relativně krátkým poločasem vylučování; nehrozí kumulace v organismu (Ermine Costa, 1983);
b) vysoký terapeutický index s nízkým rizikem deprese respiračního centra (Ermine Costa, 1983; Gorelick, 1983);

Tabulka 2a. Hodnocení stavu pacienta u deliria tremens – psychopatologie

Hodnocení se provádí před zahájením léčby po 2 hodinách, po 4 hodinách a potom v prvních dvou kalendářních dnech vždy v 8:00, 16:00 a 24:00, další dny vždy v 10:00 a ve 22:00 až do odeznění floridní symptomatologie.	
1. Kontakt	0 – hodnotný 1 – navazuje – nehodnotný 2 – nelze navázat
2. Psychomotorický neklid	0 – nepřítomen 1 – neúčelné pohyby delir. zaměstnanosti bez potřeby imobilizace 2 – výrazný neklid s nutností imobilizace
3. Orientace osobou	0 – plně orientován 1 – nepřesně orientován 2 – plně desorientován
časem	dtto
místem	dtto
situací	dtto
4. Iluze	0 – nepřítomny 1 – pseudoiluze nebo občasné iluze 2 – výrazně vyjádřené
5. Halucinace	0 – nepřítomny 1 – občasné halucinace nebo pseudohalucinace 2 – výrazně halucinuje většinu času
6. Bludy	0 – nepřítomné 1 – přechodné nebo naznačené 2 – trvalá bludná produkce
7. Úzkost	0 – nepřítomná 1 – subjektivně přítomná 2 – patrná i v zevních projevech
8. Inkoherence	0 – nepřítomné 1 – občasné inkoherence 2 – silně nebo trvale vyjádřené

c) literární reference o vysoké terapeutické účinnosti u deliria tremens (Rydzyński, 1979; Stachowiak, 1981).

Metoda

Do studie byly zařazeni nemocní přijatí na jednotku intenzívní psychiatrické péče ve Výzkumném ústavu psychiatrickém splňující kritéria uvedená v tabulce 1. K hodnocení stavu nemocného byla vypracována jednotná kritéria, která uvádíme v tabulkách 2a, 2b a 2c. U všech nemocných byl použit k tišení akutního neklidu flunitrazepam parenterálně v iniciální dávce 2 mg i. v. s možností opakovat dávku za půl hodiny, dále v hodinových intervalech až do nástupu lehkého spánku, z kterého lze probudit. Maximální dávka byla stanovena na 18 mg za den. Po dosažení zklidnění bylo pokračováno 2 – 3 dny třikrát denně 1 ampule á 2 mg i.m.; do týdne pak udržovací dávky 2 tbl á 1 mg na noc. K zajištění udržování homeostázy vnitřního prostředí a k prevenci somatických komplikací bylo vypracováno jednotné schéma postupu, které však umožňuje úpravy v individuálně odlišných stavech (viz tab. 3). Úpravy závisí jednak

Tabulka 2b. Hodnocení stavu pacienta u deliria tremens – tělesný stav

Hodnocení se provádí ve stejných časových intervalech jako hodnocení psychopatologie	
1. Třes	0 – nepřítomen
	1 – jemný tremor aker
	2 – silný třes celého těla
2. Pocení	0 – suchá kůže
	1 – lehce opocený
	2 – silně zpocený
3. Křeče	0 – nepřítomné
	1 – občasné fascikulace nebo záškuby svalstva
	2 – časté výrazné křečovité záskuby
4. Nauzea – zvracení	0 – nepřítomná
	1 – nauzea
	2 – zvracení
5. Kvantitativní stav vědomí	0 – při vědomí nebo spí lehkým spánkem (lze probudit lehce)
	1 – somnolence až sopor
	2 – koma
6. Meningeální příznaky	0 – nepřítomné
	1 – naznačené
	2 – zjevně přítomné
7. Chůze a pohyb	0 – normálně chodí a pohybuje se
	1 – samostatný pohyb na lůžku, chodí s dopomocí
	2 – neschopen účelných pohybů na lůžku
8. Močení	0 – spontánní bez obtíží
	1 – dysurické obtíže
	2 – retence nebo inkontinence
9. Komplikace tělesným onemocněním	0 – nepřítomná
	1 – komplikace bezprostředně neohrožující život
	2 – komplikace ohrožující život
V případě nehodnotitelnosti jednotlivých položek uveďte číslo 9.	

Tabulka 2c. Hodnocení stavu pacienta u deliria tremens – sledované veličiny

a) hodnocení ve stejných časových intervalech jako psychopatologie	
Pulz	kalium
Krevní tlak	natrium
Počet dechů	chloridy
Tělesná teplota	Astrup
Počet epileptických paroxysmů	glykémie
Stolice	EKG
b) hodnoceno 1 x denně	
Tělesná váha	ALT
Výdej a příjem tekutin	AST
Krevní obraz	GMT
Urea	albuminy
Kreatinin	globuliny
Kalcium	cholesterol
Magnézium	triglyceridy
Bilirubin	amylázy
TZR	betalipoproteiny
Celková bílkovina	sedimentace

Tabulka 3. Udržování homeostázy vnitřního prostředí a fyziologických parametrů

1. Zavedení centrálního žilního katetru
2. Zavedení permanentního močového katetru
3. Základní infúzní terapie:
   a) 500 ml 20 % glukózy s 24 j. NZI + 15 ml KCl 7,5 % + 1 amp. B-komplexu + 1 amp. Thioctacidu
   b) fyziologický roztok 500 ml + $MgSO_4$ 20 % 10 ml + 2 amp. Celaskonu
   c) 500 ml 20 % glukózy + 24 j. NZI + 15 ml KCl 7,5 % + 1 amp. B-komplexu + 20 ml NaCl 10 %
   d) Nutramin (nejlépe 8 % C, nebo VLI nebo Comafusin jinak 4 %) 500 ml + $MgSO_4$ 20 % 10 ml
   e) Glukóza 20 % + 24 J. NZI + 15 ml KCl 7,5 % + B-komplex lamp. + Calcium gluconicum 1 amp. + 20 ml NaCl 10 %

   Toto schéma je kontraindikováno:
   a) při známkách kardiálního selhávání
   b) převodnění – edémy DK, plicní edém
   c) kalium nepodávat v případě hyperkalemie
4. Úprava acidobazické rovnováhy:
   Natrium bikarbonát podávat jen při PH nižším než 7,25

pokračovanie tabuľky na str. 17

pokračovanie tabuľky zo str. 16

Výpočet množství podání bikarbonátu natria 8,4 % (1 ml = 1 mmol)

$$\text{ml bikarbonátu} = \frac{0{,}3 \times \text{váha pacienta} \times \text{BE}}{2}$$

pokud bude 4,2 %, tak 2 ml = 1 mmol

5. Podávat kyslík maskou nebo nosním katetrem na půl hodiny po dvou hodinách ve stádiu poruchy vědomí
6. Antibiotika: Ampicilin p. o. 4g/den ve čtyřech dílčích dávkách nebo i.m. 2 g (den ve 4 dílčích dávkách
7. Antipyretika: Defebrin supp. 3 x 1 čípek
8. Digitalizace: Digoxin 1 amp. i.v. před zahájením infúzní terapie
9. Prevence trombóz: 2 x 1 amp. Curantylu i.v. + 2 x 1/2 tbl Superpyrinu, bandáže DK
10. B 12 1000 gama první 3 dny 1 amp. denně, dále ob den 1 amp.
11. Hydrokortison 3 x 100 mg i.v. první 3 dny

na klinickém hodnocení nemocného, jednak na výsledcích pomocných vyšetření. U každého nemocného byl až do úpravy stavu monitorován puls, tlak, dech, tělesná teplota a EKG.

Charakteristika souboru

Flunitrazepam k tišení akutního neklidu jsme použili u 8 mužů a 2 žen. Věkové rozmezí léčených se pohybovalo od 32 do 46 let, s průměrným věkem 38,3 roku. Čtyři muži byli ženatí, dva svobodní, dva rozvedení, obě ženy byly vdané. Dva muži a jedna žena měli středoškolské vzdělání, pět mužů a jedna žena bylo vyučených, základní vzdělání měl jeden muž. U devíti nemocných šlo o první delirium vůbec, u jednoho muže o čtvrté. U tří mužů šlo o predelirantní syndrom, u ostatních nemocných o plně vyjádřené delirium tremens. Pouze u jednoho muže byla předešlá délka abúzu alkoholu kratší než 5 let; u tří mužů šlo o abúzus delší než 20 let. U pěti nemocných se rozvinulo delirium „z chodu", tj. bez abstinenčního intervalu, u zbylých pěti do týdne po vysazení nebo výrazné redukci příjmu alkoholu. Hodnocení před zahájením léčby ukazují tabulky 4a, 4b a 4c.

Výsledky

Pacientům přijatým s diagnózou deliria tremens nebo predelirantní stav byl podáván flunitrazepam parenterálně v dávce od 2 do 18 mg za den. Průměrné dávky u jednotlivých nemocných jsou uvedeny v tabulce 5. U všech nemocných byla zavedena parenterální infúzní léčba podle již uvedeného schématu, všichni byli léčení antibiotiky a hydrokortisolem. U delirujících byla provedena imobilizace na lůžku až do nástupu lehkého spánku. K zlepšení celkového stavu došlo průměrně za 3 dny a 6 hodin, s rozmezím od 24 do 192 hodin. Za zlepšení považujeme stav, kdy došlo k celkovému ústupu psychopatologických příznaků a k somatickému zlepšení, tj. nemocný byl plně

Tabulka 4a. Charakteristika našeho souboru – psychopatologie při přijetí

Psychopatologie		Kontakt	Psychom. neklid	Orientace osobou	Orientace časem	Orientace místem	Orientace situací	Iluze	Halucinace	Bludy	Úzkost	Inkoherence
Počet nemocných	Stupeň 0	3	2	6	2	2	2	3	3	4	3	2
	Stupeň 1	4	4	0	1	2	1	0	0	0	0	3
	Stupeň 2	3	4	4	7	6	7	1	6	4	7	5
	Stupeň 9	–	–	–	–	–	–	6	1	2	–	–

\+ 0 – příznak nepřítomen
1 – příznak nevýrazný
2 – příznak výrazný
9 – nehodnotitelný

Tabulka 4b. Charakteristika našeho souboru – somatický stav při přijetí

Tělesný stav		Třes	Pocení	Křeče	Zvracení	Vědomí	Meningismus	Tělesné onemocnění
Počet nemocných	Stupeň 0	2	3	10	10	10	9	6
	Stupeň 1	5	2	0	0	0	1	1
	Stupeň 2	3	5	0	0	0	0	3
	Stupeň 9	–	–	–	–	–	–	–

Komplikace tělesným onemocněním, které bezprostředně ohrožovalo život nemocného:
1 x bilaterální bronchopneumonie
1 x akutní pankreatitida
1 x kombinovaná posthaemoragická a malnutriční anemie

orientován ve všech kvalitách, navazoval dobrý kontakt, mluvil koherentně, byl klidný, bez třesu, pocení, s normalizovanou homeostázou vnitřního prostředí. Pouze u jednoho nemocného přetrvával halucinatorní syndrom. Průběh léčby byl ve třech

Tabulka 4c. Charakteristika našeho souboru – pomocná vyšetření

Veličina		Při přijetí	V průběhu	Propuštění
Puls	tachykard.	7	4	0
	bradykard.	1	0	0
Krevní tlak	hypertenze	3	2	0
	hypotenze	1	0	0
Teplota	nad 38 °C	1	2	0
	nad 37 °C	5	2	0
EKG	pat. křivka	1	0	0
Kalium (serum)	hypokalemie	6	2	0
Natrium (s.)	zvýšení	3	2	0
	snížení	1	0	0
Chloridy (s.)	zvýšení	1	2	0
	snížení	2	0	0
Glykemie	zvýšení	3	3	0
Sedimentace	zvýšení	5	2	1
Hemoglobin	snížení	3	2	1
Leukocyty	zvýšení	5	2	1
Urea	zvýšení	2	2	0
Kreatinin	snížení	2	0	0
Bilirubin	zvýšení	5	4	1
ALT	zvýšení	6	4	0
AST	zvýšení	4	3	1
Alkal. fosf.	zvýšení	5	2	0
Amyláza v s.	zvýšení	1	1	0
Amyláza v moči	zvýšení	1	1	0
Bílkovina (s.)	snížení	3	2	1
Albumín	snížení	3	2	1
Acidóza		1	1	0

Tabulka 5. Údaje o dávce flunitrazepamu a délce léčby

Pacient poř. č.	Věk	Pohl.	Diagnóza	Dávka léku za den v mg 1. den	2. d.	3. d.	4. d.	5. d.	Trvání deliria v hodinách
1	42	muž	predel. s.	18	10	4	2	2	82
2	33	muž	predel. s.	6	2	2	2	1	24
3	46	muž	delirium	11	6	4	6	6	96
4	39	muž	delirium	10	8	0	0	0	26
5	39	muž	predel. s.	2	2	2	0	0	72
6	40	muž	delirium	12	8	4	4	1	72
7	40	muž	delirium	14	4	2	2	0	72
8	32	muž	delirium	10	16	14	12	8	96
9	37	žena	delirium	6	8	8	14	10	192
10	35	žena	delirium	6	6	0	0	0	48
N = 10 ø	38,3			9,5	7,0	4,0	4,2	2,8	78,0

případech komplikován závažným tělesným onemocněním, které bezprostředně ohrožovalo život nemocného. V jednom případě bilaterální bronchopneumonií, v jednom akutní pankreatitidou a v jednom výraznou anemií. Komplikací samotné léčby bylo v jednom případě zapadání jazyka po 1. a 2. aplikaci dvou miligramů flunitrazepamu (bylo nutno zavést T – tubus) a v dalších dvou případech lehká deprese dechového centra – ventilace se upravila změnou polohy nemocných do polosedu.

Podání první dávky intravenózně vedlo k rychlé sedaci a pravidelně již po prvních dvou miligramech k nástupu spánku. Další aplikace byla většinou nutná po hodině; více se osvědčilo další aplikace podávat intramuskulárně pro protrahovanější účinek. Další dávky byly podávány podle aktuálního stavu; vesměs stav dovoloval rychlé snižování dávky. U sedmi z deseti nemocných bylo nutné zahájit intenzívní péči vzhledem k poruchám vodního hospodářství, acidobazické rovnováhy, vzestupu tělesné teploty. U tří nemocných se objevily somatické komplikace, které potenciálně ohrožovaly život. U žádného z těchto komplikovaných případů se neobjevily vedlejší účinky flunitrazepamu.

Závěry

V našem sdělení referujeme o prvních zkušenostech s léčbou deliria tremens flunitrazepamem v naší republice vůbec. Ve shodě s výsledky zahraničních autorů jsme viděli dobrý léčebný efekt i u nejtěžších forem deliria tremens komplikovaného somatickými nemocemi. Velmi výhodná je rychlá sedace nemocného po intravenózním podání, velká terapeutická šíře preparátu (od 2 do 18 mg za den). Pouze v jednom případě jsme zachytili vážnější komplikaci vyvolanou pravděpodobně účinkem preparátu – zapadávání jazyka po prvních dvou dvoumiligramových injekcích intravenózně. V tomto jediném případě bylo nutné zavést T-tubus. Lehká deprese dechového centra ve dvou případech byla klinicky nevýznamná.

Podle našich zkušeností se efekt flunitrazepamu při tišení akutního neklidu u deliria tremens jeví jako srovnatelný s běžně užívanými preparáty, jako je diazepam a clomethiazol. Je to efektivní a poměrně bezpečný lék, máme však za to, že by měl být užíván za podmínek intenzívního sledování nemocného. Rozhodujícím faktorem při léčbě deliria tremens však zůstává podle našeho názoru komplexní péče o pacienta, spolupráce mezi psychiatrem a internistou, v neposlední řadě pak stálá péče ošetřovatelská.

V naší další práci bude cílem pokus o objektivnější porovnání léčebného účinku flunitrazepamu s dalšími preparáty, zejména s dikalium clorazepatem (Tranxilium) a clomethiazolem (Heminevrine).

LITERATURA

American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd Ed., Washington, D.C. APA 1980, 494 str.

Ermine Costa et al.:The benzodiazepines: From molecular biology to clinical practice. New York, Raven Press, 1983, 432 str.

Gorelick, D.: Pharmacotherapy of alcohol and drug abuse. Psychiatric Annals, 13, 1983, 1, str. 71 – 79

Chvíla, L. – Sedláček, S.: Rozbor úmrtí pacientů s diagnosou delirium tremens v PL Opava v roce 1979. Čs Psychiatr, 78, 1982, 4, str. 367 – 370

Kielholz, P. – Ladewig, D. R.: Naliehavé situácie v psychiatrii. In: Koller, F. – Nagel, G. A. – Neuhaus, K. (eds): Naliehavé situácie vo vnútornom lekárstve. Osveta, 1982, str. 478 – 481

Kliment, J. – Ryšánek, J. – Zezulka, K. – Hanáková, L.: Život ohrožující delirantní stavy u chronických alkoholiků. Protialkohol Obz, 16, 1981, 1, str. 13 –25

Lopuchin, M.: Hemabsorpční léčba alkoholového deliria. Žurnál nevropatologii i psichiatrii im. Korsakova, 79, 1979, 1, str. 460 – 464

Mišší k, T. – Stempelová, J.: Sledovanie niektorých ukazovateľov alkoholických psychóz z pohľadu časového faktora. Protialkohol Obz, XI.,1976, 1, str. 7 – 10

Novotný, V. – Kolibáš, E. – Heretik, A.: Možnosti detekcie alkoholizmu II. Biologické markery. Protialkohol Obz, 20, 1985, 6, str. 321 – 332

Pazdírek, S. – Zapletálek, M. – Hanuš, H. – Kučera, V.: Ke klinickému obrazu deliria tremens. Čs Psychiatr, 81, 1985, 6, str. 420 – 422

Rydzyński, Z. – Araszkiewicz, J. – Gozdalska, J. Gruszczyński, V.: Flunitrazepam in the treatment of delirium tremens. Activ Nerv Sup, 21, 1979, 3, str. 161 – 162

Spivak, L. I. – Livanov, G. A. – Aleksandrov, B. A.: Osnovnyje principi i trendy v intenzivnom lečenii tiaželych form alkogoličeskogo deliria. Žurn. Nevropatologii i psich. im Korsakova, 77, 1977, 2, str. 242 – 247

Stachowiak, J. – Szyburski, M. – Tronczynski, K.: Flunitrazepam in the treatment od delirium tremens. Psychiatr Pol, 15, 1981, 4, str. 343 – 347

Škopková, H.: K psychopatologii akutních paranoidně halucinatorních stavů alkoholového původu. Protialkohol Obz, X., 1975, 2, str. 40 – 42

Škopková, H.: Laboratorní nálezy při alkoholových psychózách. Protialkohol Obz, 19, 1984, 4, str. 193 – 204

Do redakcie prišlo dňa: 1. 7. 1988

Adresa autora: MUDr. J. Praško, Mezilesí 2066, 190 00 Praha 9 – Horní Počernice