ALKOL KULLANIMI

Doç. Dr. Volkan Topcuoğlu

Tanı kriterleri:
Alkol bağımlılığı olan kişilerde aşırı alkol alımı veya alkolün kesilmesi sonucu gelişen; MSS ve/veya kardiyovasküler durumlar.

Genel İlkeler

Acilde alkol ile entoksike kullanan hastaları değerlendirirken dikkat edilmesi gereken ilk nokta alkolün hasta ile maddenin kesilmesine/azaltılmasına bağlı yoksunluk belirtileri olan hastayı ayırt etmektir.
Hastaların ayrıntılı öyküsü alınmalı ve mutlaka fizik muayene yapılmalıdır. Bu hastaların dahili, cerrahi sorunları olabilir ve alkol-madde kullanımı tıbbi sorunları gizleyebilir. Bu hasta grubu birden çok maddeyi birlikte kullanabilir. Kullanılan tüm maddeler açığa çıkarılmalıdır.
İntiharların önemli bir bölümü alkol etkisi altında olmaktadır. İntihar düşüncesi/planı açıkça sorulmalıdır.

Alkol Yoksunluğu

Yoksunluk bulguları olağan miktardaki son alkol alımından 4-36 saat sonra ortaya çıkar. Alkolün tamamen kesilmesinin yanında alkol miktarının hızla azaltılması veya içilen içkinin değiştirilmesi de yoksunluk bulgularının ortaya çıkmasına neden olabilir.

Yoksunluk belirtileri

- Otonom belirtiler(tremor, terleme, bulantı vb)
- Anksiyete
- Algı bozuklukları (böcek görmek gibi, üstünde böceklerin dolaştığını hissetmek gibi)
- Yönelim, dikkat ve konsantrasyon bozuklukları
- Epileptik nöbetler (İlk 48 saat içinde ve jeneralize tonik-klonik)
- Hipertermi
- Taşikardi
- Aritmi
- Hipertansiyon
- Uyku bozuklukları

Deliryum Tremens

Alkol yoksunluğu deliryumudur. Alkol yoksunluğunda karşılaşılabilecek sorunların en ağırıdır. Çoğunlukla yoksunluğun 2.-10. günlerinde (genellikle 3.-5. günlerde) ortaya çıkar. Genellikle 3-7 gün sürer ancak uzadığı da olabilir. Akut gelişen zihin karışıklığı (konfüzyon) durumudur. Temel olan dikkati sürdürme ve yönlendirme kusurudur. Hasta hiperaktif ve ajitedir. Duygudurum, yönelim, bellek, konsantrasyon, algı, düşünce ve uykuuyanıklık bozuklukları eşlik edebilir.

Gerekli tetkikler

Tam kan sayımı, kan biyokimyası, tam idrar tetkiki, akciğer grafisi, ayrıntılı fizik ve nörolojik muayene yapılmalıdır.

Tedavi

Tedavinin temel ilacı benzodiazepinlerdir. Bunun dışında sıvı-elektrolit dengesi bozuklukları ve vitamin eksiklikleri giderilir. Ülkemizde yoksunluk tedavisinde diazepam tercih edilmektedir. Karaciğer işlevleri bozulmuş hastalarda lorazepam uygun seçenektir. Tedavi en fazla 2 haftada sonlandırılır. Hasta deliryumda değilse diazepam ilk dört günden sonra hızla azaltılarak kesilebilir.

Hafif-orta şiddette yoksunlukları tedavisi:

- Bölünmüş dozlarda, çoğunluğu akşam saatlerinde toplanmış olarak 40-60 mg/gün diazepam
- En az üç gün 100 mg/gün parenteral tiamin ve oral multivitamin

Şiddetli yoksunluk tablolarının ve Deliryum Tremensin tedavisi:

- Hastaya başvurduktan sonra iki saat içinde (0;30;60 ve 120 dk.larda) 40-50 mg diazepam verilir. Hastanın sedasyonu sağlanıncaya kadar saat başı veya 2 saatte bir 10-20 mg diazepam ile devam edilir.
- Sıvı açığı kapatılır
- Parenteral tiamin verilir

Hasta aşırı ajite ise saatte 10 mg diazepam i.v. infüzyonla da verilebilir (500 cc izotonik NaCl içine 5 ampul diazepam 5 saat içinde i.v.) Ajite deliryumdaki hastada nöroleptiklerden de yararlanılabilir. Maksimum dozda benzodiazepin alan ancak ajitasyonu ve varsanıları süren hastalarda benzodiazepinlere ek olarak nöroleptiklere başvurulabilir. Nöbet eşiğini düşüren nöroleptiklerden kaçınmak gerekir.

Alkol Entoksikayonu

Kandaki Etonol (alkol) Düzeyine Göre MSS Etkileri	
50-80	Öfori, minimal motor kusurlu
80-100	Nistagmus, ince motor etkinliklerde bozulmalar
100-200	Ataksi, emosyonel bozulmalar
200-300	Konfüzyon, dizartri, amnezi
300-400	Stupor, koma
400-500	Koma, solunum depresyonu, ölüm
500 ün üstü	Ölüm

Normal olarak kanda %500-700 mg etanol öldürücüdür.
Bu noktada, alkol kullanan kişilerin kullandıkları alkol miktarını doğru bildirmeyebileceği göz önünde tutulmalıdır.

Tedavi

- Nazogastrik sonda ile mide özsuyunu alın; lavaj ve aktif kömür uygulamasından kaçının
- 100 mg i.v. tiamin verin
- Yanıt alınamıyorsa veya kan alkol düzeyi çok yüksekse hemoperfüzyon veya hemodiyalize başvurun.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

Takip:

Acilde tedavi gerçekleştikten sonra hasta bağımlılık tedavisine yönlendirilmelidir. Geçmişte deliryuma girmiş, yoksunlukta nöbet öyküsü olan, eşlik eden tıbbi sorunları olan, destek sistemleri zayıf (yalnız yaşayan vb), suisidal hastalar.

Hasta ancak her gün kontrole gelebilecekse ayaktan izlenmesine karar verilebilir.

Kaynaklar:

1- Karalı A, Ögel K, Tamar D, Çakmak D. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Acil Yaklaşım Kılavuzu. 1999. 5-20.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ 1883

MARMARA ÜNİVERSİTESİ