

# BÖLÜM 16

## ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARINDA ACİL DURUMLARA YAKLAŞIM

Mehmet ARSLAN<sup>1</sup>

### Giriş

Alkol ve madde kullanım bozuklukları (AMKB), en önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır. AMKB ile ilgili birçok farklı acil durum yaşanabilmektedir. AMKB ile ilgili acil durumlarda en uygun yöntem multidisipliner yaklaşımdır. Genellikle acil başvuru nedenleri intoksikasyonlar, yoksunluk sendromları, psikotik semptomlar, deliryum ve diğer tıbbi durumlardır. Bu bölümde AMKB ile ilgili en sık karşılaşılan acil durumlar olan alkol, kannabinoid ve opioid ile ilişkili intoksikasyonlardan, yoksunluk sendromlarından ve ayrıca alkol yoksunluğu ile ilişkili nöbetler ve deliryum tremens gibi konulardan bahsedilecektir.

### Alkol ile İlgili Acil Durumlar

Alkol kullanımı ile ilgili olarak gelişen ve acil başvuru sebebi olan durumlar genellikle intoksikasyon, yoksunluk, nöbetler ve Deliryum Tremens (DT) gibi tablolardır.

### Alkol İntoksikasyonu

Alkol intoksikasyonu, alkolün ne zaman ve ne kadar tüketildiğine ve hastanın tolerans düzeyine bağlı olarak çeşitli klinik görünümlere sahip ola-

bilir. Yaygın belirtiler arasında bilişsel yetilerde ve karar vermede bozulma, geveleyerek konuşma, disinhibisyon (ajitasyon riskinde artma) ile denge ve koordinasyonda bozulma (düşme riskinde artma) yer almaktadır. Kronik alkol kullanımı olan hastalarda tolerans gelişmesi nedeniyle, kan alkol seviyesinin yüksek düzeylere ulaşmasına kadar belirgin semptom görülmeyebilir. Ayrıca hastalar, özellikle işitsel, görsel veya taktil varsanılarla karakterize olan alkolik halüsinozis ile de başvuru edebilirler. Alkolik halüsinozis en sık, alkol kullanımının azaltılmasıyla ya da bırakmanın erken evresinde görülmekle birlikte; uzun süre ağır düzeyde içmeyi takiben intoksikasyonda da ortaya çıkabilir (1). Kan alkol düzeyi 20-80 mg/dl olduğunda; motor beceriler ile davranışta bozulmalar ve duygudurum değişiklikleri, 80-200 mg/dl düzeyinde; kognitif fonksiyonlarda ve koordinasyonda bozulma, ataksi, 200-400 mg/dl düzeyinde; stupor, nistagmus, bellekte bozulma, koma, 400 mg/dl'nin üstünde ise; koma, solunum depresyonu ve ölüm görülebilir (2).

Alkol intoksikasyonu ile başvuran hastalar yakın izlem gerektirmektedir. Hastalar öncelikle travma, nöbet, hipoksi açısından değerlendirilmeli; vital bulgular ve bilinç düzeyi değişiklikleri iz-

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Kırklareli Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD., mehmetarlan@klu.edu.tr

Nalokson etkisinin azalması sonucu tekrardan intoksikasyon bulguları ortaya çıkabilir ve tedaviye uzun süre devam etmek gerekebilir. Nalokson tedavisi sonrasında hastada yoksunluk semptomları ortaya çıkabilir. Tedavide kullanılan bir diğer opioid antagonist de nalmefendir ve etki süresi daha uzun olup başlangıç dozu 0,5-1 mg'dır (28).

Opioid yoksunluk sendromu, uzun süreli opioid kullanımının azaltılması ya da kesilmesi sonucu ortaya çıkan belirtilerdir ve saatler/günler içinde gelişebilir. Spesifik başlama zamanı opioidin yarılanma ömrüne, dozuna ve kullanım süresine bağlı olarak değişmekle birlikte genellikle 24-48 saatte pik yapıp 3-5 gün içinde azalmaktadır. Ancak nalokson veya naltrekson gibi opioid antagonist verilen hastada iyatrojenik yoksunluk daha hızlı gelişebilir. Opioid bağımlılığı olan ve henüz yoksunluk döneminde olmayan birine buprenorfin gibi opioid parsiyel agonisti verilmesi durumunda da yoksunluk semptomları hızlanabilir. Yoksunluk belirtileri; abdominal kramplar, bulantı/kusma, ishal, karın ağrısı, titreme, kas ve eklem ağrıları, anksiyete, ajitasyon, disfori, uykusuzluk gibi belirtilerdir. Özellikle taşikardi, hipertansiyon, pupil dilatasyonu, terleme, rinore ve lakrimasyon, piloereksiyon, kusma ve diyare yoksunluğa işaret eden objektif bulgulardır (24,25). Yoksunluk semptomları tıbbi açıdan tehlikeli olmasa da hasta için oldukça rahatsızlık vericidir. Yoksunluğun değerlendirilmesi ve takibi açısından bazı değerlendirme araçları kullanılmaktadır. Klinik Opiyat Yoksunluk Ölçeği (Clinical Opiate Withdrawal Scale, COWS), 11 maddeden oluşan ve yoksunluğun objektif ve subjektif belirtilerini değerlendiren yapılandırılmış bir ölçektir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Altıntoprak ve ark. tarafından yapılmıştır (29).

Opioid yoksunluğu tedavisi, ortaya çıkan semptomların giderilmesi ve hastanın idame tedavi dönemine geçişinin sağlanmasıdır. Bu amaçla, parsiyel agonist etkili buprenorfin ve agonist etkili metadon kullanılabilir. Her ikisi de Amerikan Gıda İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanmıştır.

Opioid dışı tedaviler de yoksunluk belirtilerini azaltmak için semptomatik olarak kullanılabilir (Tablo 2) (24). Alfa agonist olan klonidin yoksunluk belirtilerini azaltabilmektedir. Diğer bir Alfa-2 agonist olan lofeksidin, 2018 yılında FDA tarafından yoksunluk için onaylanmıştır ve 0,54 mg'ye kadar günde 4 kez kullanımı önerilmektedir (30).

**Tablo 2. Opioid Yoksunluğunda Kullanılan Non-Opioid İlaçlar**

Semptom	İlaç	Yaygın kullanılan doz aralığı
Otonomik instabilite	Klonidin Lofeksidin	0,1-0,2 mg 0,18-0,54 mg
Anksiyete	Hidroksizin Lorazepam	25-100 mg 1-2 mg
Diyare	Loperamid	4 mg
Bulantı, kusma	Ondansetron Prometazin	4-8 mg 25 mg
Kas ağrısı	İbuprofen Parasetamol Naproksen	400-600 mg 650-1000 mg 500 mg
Kas krampları	Baklofen	5-10 mg

## Sonuç

AMKB tanılı hastalar acil servise başvuruların önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Hastalar birçok farklı nedenle ve farklı klinik tablolarla başvurumaktadırlar. Bu nedenle AMKB ile ilgili acil durumların bilinmesi, ayırıcı tanıların yapılabilmesi ve gerekli müdahalelerin hızlıca yapılabilmesi önem arz etmektedir.

## Kaynakça

1. Wittmann C, Donovan AL, Nisavic M. Alcohol and Sedative Use Disorders and Related Emergencies. In: Donovan AL, Bird SA (eds.) *Substance use and the acute psychiatric patient: emergency management*. Springer International Publishing; 2019. p. 27-50.
2. Şengül C. Alkol İntoksikasyonu ve Yoksunluğu Tedavisi. In: Evren C, Ögel K, Uluğ B (eds.) *Alkol Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi El Kitabı*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği; 2012. p. 77-90.
3. Saunders JB, Conigrave KM, Latt NC, et al. *Addiction medicine*. New York: Oxford University Press; 2016.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.

5. Nace E. Substances of Abuse: Alcohol. In: Mack AH, Brady KT, Miller SI, Frances RJ (eds.) *Clinical Textbook of Addictive Disorders*. New York: The Guilford Press; 2016. p. 73–90.
6. Attilia F, Perciballi R, Rotondo C, et al. Alcohol withdrawal syndrome: Diagnostic and therapeutic methods. *Rivista di Psichiatria*. 2018;53(3): 118–122. doi:10.1708/2925.29413
7. Kattimani S, Bharadwaj B. Clinical management of alcohol withdrawal: A systematic review. *Industrial Psychiatry Journal*. 2013;22(2): 100. doi:10.4103/0972-6748.132914
8. Pribék IK, Kovács I, Kádár BK, et al. Evaluation of the course and treatment of Alcohol Withdrawal Syndrome with the Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol – Revised: A systematic review-based meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*. 2021;220: 108536. doi:10.1016/J.DRUGALCDEP.2021.108536
9. Evren C, Dalbudak E. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarında Acil Durumlara Yaklaşım. In: Evren C (ed.) *Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Temel Başvuru Kitabı*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği; 2019. p. 13–33.
10. Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, et al. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *British journal of addiction*. 1989;84(11): 1353–1357. doi:10.1111/J.1360-0443.1989.TB00737.X
11. Bakhla AK, Khesr CRJ, Verma V, et al. Factor Structure of CIWA-Ar in Alcohol Withdrawal. *Journal of Addiction*. 2014;2014: 1–7. doi:10.1155/2014/745839
12. Perry EC. Inpatient management of acute alcohol withdrawal syndrome. *CNS Drugs*. 2014;28(5): 401–410.
13. Amato L, Minozzi S, Davoli M. Efficacy and safety of pharmacological interventions for the treatment of the Alcohol Withdrawal Syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011;(6).
14. Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, et al. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of acute alcohol withdrawal. *CMAJ*. 1999;160(5): 649–655.
15. Kosten TR, O'Connor PG. Management of drug and alcohol withdrawal. *The New England journal of medicine*. 2003;348(18): 1786–1795. doi:10.1056/NEJMRA020617
16. Maldonado JR, Sher Y, Ashouri JF, et al. The 'Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale' (PAWSS): Systematic literature review and pilot study of a new scale for the prediction of complicated alcohol withdrawal syndrome. *Alcohol*. 2014;48(4): 375–390. doi:10.1016/J.ALCOHOL.2014.01.004
17. Weintraub SJ. Diazepam in the Treatment of Moderate to Severe Alcohol Withdrawal. *CNS drugs*. 2017;31(2): 87–95. doi:10.1007/S40263-016-0403-Y
18. Ntais C, Pakos E, Kyzas P, et al. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2005;168(3): 2896–2899. doi:10.1002/14651858.CD005063.PUB2
19. Schuckit MA. Recognition and management of withdrawal delirium (delirium tremens). *The New England journal of medicine*. 2014;371(22): 2109–2113. doi:10.1056/NEJMRA1407298
20. Monte AA, Calello DP, Gerona RR, et al. Characteristics and Treatment of Patients with Clinical Illness Due to Synthetic Cannabinoid Inhalation Reported by Medical Toxicologists: A ToxIC Database Study. *Journal of medical toxicology*. 2017;13(2): 146–152. doi:10.1007/S13181-017-0605-9
21. Evren C, Bozkurt M. Synthetic cannabinoids: Crisis of the decade. *Dusunen Adam - The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2013;26(1): 1–11. doi:10.5350/DAJPN20132601001
22. Alves VL, Gonçalves JL, Aguiar J, et al. The synthetic cannabinoids phenomenon: from structure to toxicological properties. A review. *Critical reviews in toxicology*. 2020;50(5): 359–382. doi:10.1080/10408444.2020.1762539
23. Sidelnik SA, Benzer TI. Cannabis Use Disorders and Related Emergencies. In: Donovan AL, Bird SA (eds.) *Substance use and the acute psychiatric patient : emergency management*. Springer International Publishing; 2019. p. 69–81.
24. Rao V, Ward EN. Opioid Use Disorders and Related Emergencies. In: Donovan AL, Bird SA (eds.) *Substance use and the acute psychiatric patient : emergency management*. Springer International Publishing; 2019. p. 3–25.
25. Öztürk Sarıkaya Ö. Opioid İntoksikasyonlarına Yaklaşım ve Tedavi. In: Evren C (ed.) *Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Temel Başvuru Kitabı*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği; 2019. p. 168–175.
26. Fareed A, Stout S, Casarella J, et al. Illicit Opioid Intoxication: Diagnosis and Treatment. *Substance Abuse: Research and Treatment*. 2011;5(1): 17. doi:10.4137/SART.S7090
27. Rzasa Lynn R, Galinkin JL. Naloxone dosage for opioid reversal: current evidence and clinical implications. *Therapeutic advances in drug safety*. 2018;9(1): 63–88. doi:10.1177/2042098617744161
28. Altınyazar V. Psikiyatride Sık Karşılaşılan Toksik Sendromlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2010;2(4): 532–571.
29. Altıntoprak AE, Evren EC, Aydemir Ö, et al. Klinik Opiyat Yoksunluk Ölçeği (Clinical Opiate Withdrawal Scale-COWS) Türkçe Sürümünün Güvenilirliği ve Geçerliliği. *Nöro Psikiyatri Arşivi*. Turk Noropsikiyatri Derneği; 2015; 52: 89-94. doi:10.4274/NPA.Y7169
30. Gorodetzky CW, Walsh SL, Martin PR, et al. A phase III, randomized, multi-center, double blind, placebo controlled study of safety and efficacy of lofexidine for relief of symptoms in individuals undergoing inpatient opioid withdrawal. *Drug and alcohol dependence*. 2017;176: 79–88. doi:10.1016/J.DRUGALCDEP.2017.02.020