

Approaches to Substance Abusers in an Emergency Setting

Acil Serviste Madde Kötüye Kullanan Hastalara Yaklaşım

Cem Şengül¹, Mustafa Serinken², Ahmet Büber³, Yetiş İşildar³

¹Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Pamukkale University, Denizli, Turkey

²Department of Emergency Medicine, Faculty of Medicine, Pamukkale University, Denizli, Turkey

³Department of Child and Adolescent Psychiatry, Faculty of Medicine, Pamukkale University, Denizli, Turkey

Abstract

Substance dependency is a serious problem that should be taken into consideration in an emergency service. Patients with substance dependence are seen by emergency services in many different clinical situations. Studies show that emergency service personnel are faced with substance-dependents most frequently. For this reason, substance dependency is a very important topic for emergency service personnel. A number of approaches have been reported regarding substance dependency treatment in the literature. The aim of this article is to review research about the management of substance dependency in an emergency service. (*JAEM 2013; 12: 215-9*)

Key words: Emergency service, substance dependency, treatment

Özet

Madde bağımlılığı acil serviste dikkate alınması gereken ciddi problemlerden birisidir. Madde bağımlılığı olan hastalar çok farklı klinik durumlarla acil servise başvuru yapmaktadırlar. Yapılan çalışmalar madde bağımlısı olan hastalarla en sık acil servis çalışanlarının karşılaştığını göstermektedir. Bu sebeple de, bu durum acil servis çalışanları için oldukça önemlidir. Literatürde madde bağımlısı hastaya yaklaşımla ilgili çok sayıda tedavi yaklaşımı bildirilmiştir. Bu yazıda, acil serviste madde bağımlısı hastaya yaklaşım konusundaki araştırmaların gözden geçirilmesi hedeflenmiştir. (*JAEM 2013; 12: 215-9*)

Anahtar kelimeler: Acil servis, madde bağımlılığı, tedavi

Giriş

Madde bağımlılığı; bireyin fiziksel, ruhsal sağlığını, aile, toplumsal ve iş uyumunu bozan, genetik ve nörobiyolojik temeli olan ciddi bir hastalıktır (1). Sıklığının tespiti, yeni psikososyal ve farmakolojik tedavi yollarının geliştirilmesi için tüm dünyada yoğun şekilde araştırmalar devam etmektedir. Ülkemizde kullanım sıklığının tespiti için, son yıllarda giderek artan sayıda tarama çalışmaları yapılmaktadır. Yapılan çalışmalarda öğrenciler, sağlık çalışanları ve işçiler gibi farklı gruplarda madde kullanım sıklığı taranmış, %5'e varan madde bağımlılığı, %10 ila 30 arası riskli alkol ve madde kullanımı olduğuna dair sonuçlar bildirilmiştir (2-4).

Madde bağımlısı kişilerle ilgili en çok sorun yaşanan yerlerin başında acil servisler gelmektedir. Madde bağımlısı kişinin gösterdiği şiddet davranışı, farklı maddelere bağlı olarak ortaya çıkan ve birbirinden farklı klinik yaklaşım gerektiren entoksikasyon ve yoksunluk tabloları, hekimlerin ilgisizliği ve bilgisizliği sonucu alkol ve madde kullanımı ile ilgili yeterli sorgulama yapmama karşılaşılan sorunlardan belli başlılarıdır (5). Bu sorun ele alınırken üzerinde durulması gereken ilk konu, madde bağımlılığı ile acil serviste ne sıklıkla karşılaşıldığıdır. Ülkemiz genelinde bu konuda sağlıklı verilere ulaşmak mümkün değildir. Bölgemizde, Pamukkale Üniversitesi'nde Acil

Servise başvuran hastalarda Alkol Kullanım bozukluklarını tarama testleri ile araştırdığımız çalışmada, hastaların %23,7'sinde problemleri alkol kullanımı, %7'sinde ise bağımlı kullanım olduğu saptanmıştır (6). ABD'de 2008 yılında madde kullanım bozukluğuna bağlı olarak 12 yaş üstü yaklaşık 374.000 kişi acil servislere başvurmuştur. Bu sayı aynı yıl içindeki madde kullanım bozukluğuna bağlı tüm başvuruların %85'ini oluşturmaktadır (7). Bu verilere bakılacak olunursa madde bağımlıları ile en sık olarak karşılaşanların acil servis çalışanları olduğu anlaşılmaktadır.

Alkol ve madde kullanım bozuklukları saldırganlık, şiddet ve intihar gibi tabloların ortaya çıkmasında rol oynamakta, aynı zamanda birçok psikiyatrik hastalığa da eşlik edebilmektedir (8). Alkol ve madde kullanım bozuklukları ayrıca başka sağlık sorunları ile de ilişkilidir. Acil servis başvurularının içinde homisidlerin %70'inin, suicideslerin %40'ının, araba kazalarının %50'sinin, boğulmaların %60'ının, yüksekten düşmelerin %40'ının alkol kullanımı ile ilişkili olduğu bilinmektedir (9).

Bu derleme yazısında öncelikle alkol ve madde bağımlılığı olan hastalara acil serviste genel yaklaşım prensiplerini daha sonrasında ise her maddeye bağlı olarak ortaya çıkan entoksikasyon ve yoksunluk tablolarını gözden geçirmeyi amaçladık.

Correspondence to / Yazışma Adresi: Mustafa Serinken, Department of Emergency Medicine, Faculty of Medicine, Pamukkale University, 20070 Denizli, Turkey Phone: +90 258 212 71 94 e.mail: mserinken@hotmail.com

Received / Geliş Tarihi: 07.08.2012 **Accepted / Kabul Tarihi:** 19.11.2012 **Available Online Date / Çevrimiçi Yayın Tarihi:** 05.04.2013

©Copyright 2013 by Emergency Physicians Association of Turkey - Available online at www.akademikaciltip.com

©Telif Hakkı 2013 Acil Tıp Uzmanları Derneği - Makale metnine www.akademikaciltip.com web sayfasından ulaşılabilir.

doi:10.5152/jaem.2013.021



Madde Bağımlısı Hastayı Değerlendirmede Genel Prensipler

Alkol ve madde kullanım bozukluklarında hastayı acil olarak değerlendiren hekimin dikkat edeceği iki önemli nokta bulunmaktadır. İlk olarak hasta madde etkisi (entoksikasyon) altında olabilir. İkinci olarak ise hasta maddenin kesilmesine bağlı olarak yoksunluk belirtileri ile başvurmuş olabilir. Kimi zaman bunun tespiti güç olmakla birlikte, bu konuda karar vermeden sonraki adımlara geçmek doğru olmayacaktır. Zira örneğin eroin yoksunluğunda olan bir hastaya eroin entoksikasyonu düşünülerek nalokson verilmesi, hastanın belirtilerinin daha da şiddetlenmesine neden olabilir. Yine eroin yoksunluğunda gözlenen ajitasyon tablosu, kokain ve ekstasi gibi maddelerin entoksikasyonuna bağlı olarak ortaya çıkmış olabilir (10).

Madde etkisi altındaki hastaya karşı yansız, yüksüz ve yargısız olarak yaklaşmak hekimin dikkat etmesi gerektiren hususların başında gelmektedir. Hastaya karşı tutarlı, nazik ve ödün vermeyen bir tutum takınılması, ileride kurulacak tedavi ilişkisinin temelini oluşturmaktadır. Hastaların mutlaka çok eksensli olarak değerlendirilmeli ve başka sorunlarının da olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır. Örneğin alkol yoksunluğuna bağlı deliryum tablosu ile başvuran bir hastanın aynı zamanda diyabet, kalp yetmezliği gibi başka bir rahatsızlığı da bulunabilir. Hastanın öyküsü alınmalı, fizik muayenesi yapılmalı, özgeçmiş ve soygeçmiş ile ilgili bilgiler öğrenilmelidir. Hastanın kullandığı maddeler ve bunların miktarı sorgulanmalıdır. Sorgulamada hastanın doğruyu söylememe ihtimali de akılda tutulmalıdır. Zira hastalar, çoğu zaman kullandıklarından daha az miktarda alkol aldıklarını veya eroin gibi yasa dışı maddeleri kullanmadıklarını söyleyebilir (11).

Dikkat edilmesi gereken önemli hususlardan birisi de saldırgan ve tehlikeli hastayı değerlendirirken göz önünde bulundurulması gereken prensiplerdir. Böyle bir hasta ile görüşürken öncelikle güvenlik görevlilerinden yardım istenmelidir. Görüşme yaparken hasta ile tartışmaktan kaçınılmalı, hastaya dostça, arkadaşça ve sakin bir şekilde yaklaşılmalıdır. Görüşme yapılacak ortamda kırılacak eşya ya da çevredakilere zarar verebilecek kesici eşyalar olmamalıdır. Ayrıca yine görüşme yapılan yerin geniş ve ferah bir yer olması fayda vardır. Hastanın saldırgan davranışları sürüyorsa hastanın klinik tablosu da dikkate alınarak hasta tespit edilebilir. Medikal tedavide ise en önemli esas, hastanın hızla denetim altına alınmasıdır. Sakinleştirme, ajitasyonu giderme kendisi ve çevresine zarar vermesini engelleme ilk hedeflerdir. Bu anlamda hastanın durumuna göre antipsikotikler, ve benzodiazepinler yalnız başlarına ya da kombine olarak uygulanabilirler (6, 12, 13).

Alkol ile İlgili Aciller

Acil servislerde alkol kullanımı ile ilişkili olarak daha çok alkol entoksikasyonu, alkol yoksunluğu, deliryum tremens ve Wernicke-Korsakoff sendromu gibi tablolarla karşılaşmaktadır.

Alkol Entoksikasyonu

Alkol entoksikasyonu tablosu ile sağlık çalışanlarının en sık karşılaştıkları yer acil servislerdir. Tedavide yapılmaması gereken ilk şey hastayı sarhoş diyerek acil servise kabul etmemektir. Hastanın ayıldıktan sonra tekrar başvurmasını önererek evine yollamak bir tıbbi hatadır ve ciddi sonuçlar doğurabilir (14). Alkol entoksikasyonunda belirtiler alınan alkol düzeyine göre değişmektedir. Kan alkol düzeyi 20 mg/dL ile 80 mg/dL arasında olduğu zaman; kas kordinasyonunda bozulma, davranışta ve duyu durumunda değişimler, artmış motor aktivite görülebilir. 80mg/dL ile 200mg/dL arasındaki seviyelerde ataksi ve geveleyerek konuşma gibi ilerleyici nörolojik değişimler

beklenir. Bilişsel fonksiyonlar da etkilenmiştir. Kan alkol düzeyinin 150 mg/dL'in üstünde olduğu durumlarda vital bulguların düzenli bir şekilde takip edilmesi gerekmektedir (15). 250 mg/dL'nin üzerindeki değerlerde koma, 400 mg/dL'nin üzerinde ise solunum depresyonu, koruyucu reflekslerin kaybı ve ölüm görülebilir (16).

Akut alkol zehirlenmesi ile acil servise başvuran hasta öncelikle travma, nöbet, hipoksi ve metabolik bozukluklar açısından değerlendirilmeli, yaşam bulguları izlenmeli, bilinç düzeyi değişiklikleri, iğne izleri incelenmelidir. Hastada mutlaka kan şekere bakılmalıdır (16). Solunum depresyonunun önlenmesi ve tedavisi, aspirasyonun engellenmesi tedavide alınacak ilk önlemlerdir. Sonrasında hastanın damaryolu açılmalı, hipoglisemi ve elektrolit düzensizliklerinin önüne geçmek için yeterli seviyede hidrate edilmelidir. Basit sarhoşluk durumlarında hastanın çay, kahve gibi oral sıvı alması yeterliyken daha ciddi durumlarda intravenöz (IV) sıvı başlanması uygun olabilir. IV sıvı seçiminde ise alkolün hepatik glukoneojenezi engelleyici etkisinden ötürü, hipoglisemi gelişmesi riskine karşın dekstroz tercih edilmelidir. Hastada ajitasyon tablosu ortaya çıkarsa ideal olan ajitasyonun klinik personelin yardımıyla kontrol altına alınmasıdır. Çünkü ekstra verilecek ilaçlar, alkolün eliminasyonunu geciktirip zorlaştırabilir. Bunun yanında kontrol edilemeyen ajite hastalarda, züklopen-tiksol ve haloperidol gibi antipsikotik ilaçların kullanılması uygundur. Bazı hastalarda bu tip sedatif ilaçların alkolle reaksiyona girip, solunum depresyonu ve hipotansiyona sebep olabileceği de akılda tutulmalı ve bu ilaçlar verilecekse yoğun bakım ünitesi ve mekanik ventilasyonun bulundurulması gerekmektedir (17, 18).

Alkol Yoksunluğu Sendromu

Alkol yoksunluğu sendromu (AYS) belirtileri genellikle alkolün kesilmesinden ya da azaltılmasından yaklaşık 4-12 saat sonra ortaya çıkmaya başlar. Belirtiler 2. günde pik yapar ve yaklaşık 4-5 gün kadar devam eder (17). DSM-IV'ün alkol yoksunluğu için yaptığı tanımlama, anksiyete, tremor, baş ağrısı, oryantasyon bozukluğu, ajitasyon, deliryum, halusinasyonlar (taktil, işitsel, görsel), insomni, anoreksiya, bulantı, kusma, terleme, hiper-refleksi, taşikardi, hipertansiyon, nöbetler, ateş ve hiperventilasyon gibi klinik belirtileri kapsamaktadır (19). Bu belirtiler göz önünde bulundurulduğunda AYS oldukça ciddi bir klinik durumdur ve iritabilitiyi kontrol altına almak ve fizyolojik homeostaziye sağlamak oldukça önemlidir (19).

Alkol yoksunluğu tedavisinin düzenlenmesi önemlidir. Bu tip hastalarda, sıvı açığının kapatılması, tiamin verilmesi (100 mg IV), verilebiliyorsa oral olarak benzodiazepin kullanılması (ör. Klordiazepoksid 50 mg, her 2-4 saatte bir, diazepam 10-20 mg, her 2-4 saatte bir ya da lorazepam 1-4 mg her 2-4 saatte bir) önerilmektedir. Bazı hastalarda antikonvulzanlar, klonidin ve antipsikotikler de tercih edilebilmektedir. Klonidin ya da beta blokerlerin de kısa sürelerle yoksunluk belirtilerini tedavi etmek için kullanılması önerilir ancak bunların kullanılmasının AYS'nin ciddiyetini maskeleyebileceği de akılda tutulmalıdır (20).

Deliryum Tremens

Alkol yoksunluğuna bağlı olarak ortaya çıkan deliryum tablosuna deliryum tremens (DT) denilmektedir. AYS'nin tedavi edilmemesi ya da yeterince tedavi edilmemesine bağlı ortaya çıkar. Tedavi edilmeyen DT olgularında %20-30 gibi oldukça yüksek oranlarda mortalite riski varken, bu oran son yıllarda gelişen farmakolojik tedavilere bağlı olarak azalmıştır. DT gelişen hastalarda kısa bir süre içinde, bilinç

düzeyinde dalgalanma ve bilişsel değişiklikler ortaya çıkar. Terleme, bulantı, palpasyon ve tremor gibi otonomik semptomların ve anksiyete gibi psikolojik semptomlarda artış da görülebilmektedir.

Ölüme sebep olabilecek kadar ciddi deliryuma bağlı, hasta ya da personelin yaralanması gibi sorunlar ya da aspirasyon pnömonisi, aritmi ya da miyokardiyal infarkt gibi medikal sorunlar görülebilmektedir.

Benzodiazepinler DT tedavisinde tüm dünyada altın standart tedavi seçenekleridir. Diazepam hızlı etki gösterir. Bu tedavi açısından iyi bir özelliktir ancak karaciğer hastalığı olanlarda daha güvenli olması ve özellikle yaşlı hastalarda daha kısa süreli sedasyon yapması sebebi ile lorazepam kullanmak daha güvenli olabilir. Lorazepamın alkol yoksunluğuna bağlı görülen nöbetlerde ve deliryum tremenste etkin olması sebebiyle AYS'nin başlangıç tedavisi olarak oldukça uygundur.

Amerikan Ulusal Alkol Bağımlılığı Enstitüsü deliryum süresinde uzamaya sebep olabileceği, komplikasyonları arttıracığı ve yüksek düzeyde mortaliteye sebep olacağı için antipsikotiklerin deliryum tremenste tek başına kullanılmamasını önermemektedir. Ancak ajitasyon, düşünce bozukluğu, algı bozukluğu ve benzodiazepinlerle yeterli şekilde kontrol altına alınamayan hastalarda benzodiazepinlerle kombine olarak kullanılabilir. Çok ciddi hastalar yoğun bakıma alınarak takip edilmelidir (21, 22).

Wernicke Korsakoff Sendromu

Kronik alkol kullanımına bağlı, akut tiamin yetmezliği sonucunda Wernicke ensefalopatisi ortaya çıkabilir. Yetersiz beslenen, nistagmus, ataksi ve ruhsal durumunda değişimler olan vakalarda Wernicke ensefalopatisi akla gelmelidir (23). 100 mL içinde dilüe edilmiş 50 mg tiamin, 30 dakika boyunca günde 3 kez, iki ya da üç gün boyunca verilmelidir. Eğer herhangi bir yanıt alınamazsa, aynı şekilde iki üç gün daha aynı tedaviye devam edilmelidir. İyileşme gözlemlenince sonra, günde 250 mg dozda IM ya da IV olarak tedaviye 3-5 gün devam edilmelidir. Tiamin tedavisi, glukoz verilmeden önce ya da glukoz verilirken yapılmalıdır çünkü tiamin yetersizliğinde glukoz verilmesi ensefalopatiyi daha da kötüleştirir. Tedavi yetersiz ya da uygun olmazsa Wernicke ensefalopatisi geri dönüşsüz beyin hasarına yani Korsakoff sendromuna dönüşebilir (23).

Uyarıcılar (Stimulanlar)

Bu gruba kokain, amfetamin, ekstazi gibi santral sinir sistemini uyarıcı etkiye sahip maddeler girer (24).

Entoksikasyon

Stimulanların başlıca etkileri pupil dilatasyonu, artmış kan basıncı, nabız ve solunum sayısı, artmış vücut sıcaklığı, uyanıklık ve motor aktivite artışı olarak bilinmektedir. Stimulanlarla entoksikasyonun klinik bulguları ise hipertermi, nabızda düzensiz artış, beyin kanaması, nöbetler, solunum yetmezliği, kardiyak yetmezlik (25).

Entoksikasyon genellikle kendini sınırlar ve sadece destek tedavisi gerektirir. Ancak hipertansiyon, taşikardi, nöbet ve perseküsyon sınırları görülebilir. Bazı hastalarda kokain alımına bağlı öfke, ajitasyon, saldırganlık görülebilir. Bu hastalar benzodiazepin, nöroleptikler ya da bu ilaçların kombinasyonu ile tedavi edilebilir. Ajite ya da tedaviyi reddeden hastalarda intramusküler uygulamalar düşünülebilir (25).

Yoksunluk

Stimulan yoksunluğu depresyondaki gibi disfori, uyku, iştah bozuklukları, motor huzursuzluğa sebep olabilir. Ciddi depresif belir-

tiler 8 ila 48 saat arasında sonlanır, daha ılımlı olanlar iki haftaya yakın kalabilir. Stimulan yoksunluğu irritabiliteye sebep olduğundan, hastanın ihtiyacına ve belirtilerin şiddetine göre iki üç gün boyunca 5-10 mg diazepam her 6 saatte bir oral olarak verilebilir (26).

Esrar (Kanabis)

Entoksikasyon

Esrar kullanımında öfori, anksiyete, muhakeme bozukluğu, motor koordinasyon bozukluğu, toplumsal çekilme, şüphecilik gibi belirtiler ortaya çıkmaktadır. Entoksikasyon durumlarında akut panik reaksiyonlarına ve flaşbeklere sakin bir ortamda destekleyici görüşmelerle müdahale edilebilir. Ciddi vakalarda düşük doz anksiyolitikler gerekebilir. Ayrıca entoksikasyon agresif davranışlara ve çarpık algıya neden olabileceği için anksiyeteye ve paranoid düşüncelere neden olabilir (27).

Yoksunluk

Esrar yoksunluğunda en sık görülen belirtiler huzursuzluk, iştah değişiklikleri, göz yaşarması, tremor, terleme, uyku sorunları ve kilo kaybı gibi belirtilerdir. Esrara bağlı görülen yoksunluğun özgül bir tedavisi yoktur. Tedavi belirtilere göre düzenlenir. Örneğin hastanın yoğun huzursuzluğu ve anksiyetesi varsa benzodiazepinler verilmesi uygun olacaktır (28).

Benzodiazepinler

Entoksikasyon

Benzodiazepin ve diğer sedatif hipnotik ilaçların toksisitesi sadece akut dozlarda değil aynı zamanda hastalar düzenlenmiş tedavilerini fazla aldıklarında ya da diğer SSS depresanları (alkol, opioid vb.) ile birlikte kullandıklarında gibi durumlarda da ortaya çıkabilir. Benzodiazepin entoksikasyonunda disinhibisyon ve bunun muhtemel sonucu olarak düşmanca tavır veya agresif davranışlar görülebilir. Bulgular uyuşukluk, koordinasyon güçlüğü, düşünmede zorlanma, hafıza zayıflığı, konuşmada ve anlamada güçlük, yanlış algılama, seksüel ve agresif dürtülerin disinhibisyonu, emosyonel labilitedir. Uyuşukluk birkaç saatte geçse de motor becerilerdeki, yargılamadaki ve duygudurumdaki bozulma 12 ila 24 saat devam edebilir (29).

Akut entoksikasyon belirtileri alkol entoksikasyon belirtilerine benzer. Benzodiazepinlere bağlı zehirlenmelerde solunumun depresyonu önemlidir. Ancak bu etki diğer maddelerle birlikte alımında daha belirgin olma eğilimindedir. Benzodiazepinler tek başına yoğun alımları nadiren derin koma ve ölüm yapar, hasta destekli solunuma ihtiyaç duyabilir. Flumazenil, benzodiazepin antagonistidir ve nörolojik ve solunum deprese olan ciddi vakalarda kullanılabilir. Başlangıç dozu olarak 0,3 mg IV olarak düzenlenebilir, ardından da ek dozlarla 2 mg'a kadar çıkılabilir. Flumazenil benzodiazepinlere göre daha kısa etkilidir, bu yüzden zehirlenme belirtileri geçmeden antagonistin etkisi geçebilir. Trisiklik antidepressan ya da aminofilin, kokain gibi nöbet riski yaratan ajanları kullanan hastalarda flumazenil kontraendikedir. Nöbet ve kardiyak aritmilerin ortaya çıkmasına neden olur. O nedenle çoklu madde alımına bağlı zehirlenme düşünülyorsa uygulanması sakıncalıdır (30, 31).

Yoksunluk

Benzodiazepin yoksunluğu, uzun süre benzodiazepin kullanan ve bunun sonucu bağımlılık gelişen kişilerin benzodiazepini almayı kesmesi ya da düzenli olarak aldığı dozu azaltması ile ortaya çıkan birtakım belirtilerden oluşmaktadır.

Benzodiazepin yoksunluğu ilerleyici ve hızlı şekilde ortaya çıkar. Anksiyete, insomnia, baş ağrıları, anoreksia, bulantı, kusma, titreme, ortostatik hipotansiyon gibi belirtiler, 10 güne kadar görülebilir. Psikotik belirtiler, konfüzyon, deliryum, nöbetler genellikle sadece yüksek doz benzodiazepinlerin hızlı yoksunlukları nedeni ile oluşur.

Yoksunluk belirtilerinin tedavisinde barbituratlar ya da benzodiazepinleri hergün azalan dozlarda kullanmak tercih edilebilir. Barbiturat uygulanacaksa kullanılan benzodiazepine göre eşdeğer fenobarbital verilir. Barbituratlar güvenlik indeksi düşük ilaçlar olduklarından son yıllarda daha az tercih edilmektedirler. Bunun yerine ya hastayı kullandığı benzodiazepini günlük dozundan %10 azaltarak kesmek ya da eğer hasta kısa etkili benzodiazepin kullanıyorsa bunun yerine uzun etkili benzodiazepine geçmek ve daha sonra bu yeni ilacın dozunu azaltarak sonlandırmak önerilebilir (29).

Opiyatlar

Bu gruba doğal, yarı senetik ve sentetik afyon türevleri girmektedir (32).

Entoksikasyon

Opioid kullanımı sırasında ya da hemen sonra klinik açıdan belirgin olarak uygunsuz davranışsal ya da psikolojik değişiklikler, disfori, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon yargılama bozukluğu, toplumsal ya da mesleki işlevsellikte bozulma gözlenebilir. Pupiller konstriksiyon ya da aşırı dozdan kaynaklanan anoksiye bağlı pupiller dilatasyon gözlemlenir. Ayrıca sersemlik hissi ya da koma, sözü ağızda gevelercesine konuşma ve dikkat ya da bellek bozuklukları saptanabilir. Opiyat zehirlenmesinin özgül bir tedavisi yoktur. Akut opiyat zehirlenmesinin tedavisi zehirlenmenin ciddiyetine bağlıdır. Hafif ve orta vakalarda özgül tedaviye gerek duyulmaz. Miyozis, bradikardi, solunum depresyonu, stupor, koma varlığında yüksek doz dikkate alınmalıdır. Bu durumlarda acil servislerine yatış gereklidir ve acil hekimi solunum desteğine ihtiyaç olup olmadığını değerlendirmelidir. Metadon gibi uzun yarı ömrü olan opiyatların yüksek doz alımında daha çok dikkat edilmelidir. Hasta 24-48 saat arasında gözlemde tutulmalıdır ve ölümcül olan solunum depresyonu varlığında naloxone tedavisi verilmelidir. Nalokson; SSS depresyonu olan ama solunum depresyonu olmayan hastalarda başlangıç dozu olarak IV 0,05-0,4 mg önerilmektedir. Ciddi solunum depresyonu olan hastalarda bağımlılık için kriterleri karşılansın ya da karışılmasını hastaya 2 mg IV tedavi verilmelidir. Yanıtın iki dakika içinde alınması beklenir ve SSS depresyonu ya da solunumsal depresyon çözümlene kadar her 3-5 dakikada bir doz tekrarlanabilir. Naloxone dozları 10 mg'a kadar tekrarlanabilir ve bu dozlarda solunumsal depresyon çözümlenmezse opiyat yüksek doz alımı tekrar değerlendirilmelidir (14, 33, 34).

Eğer hastaya IV damar yolu açılmaz ise (kronik opiyat kullanıcılarında damar yatağı çok kötü olabilir) Naloksan 2 mg IM ya da intranasal uygulanabilir. Etki süresi 5-10 dakika arası değişir (34).

Yoksunluk

Opiyat yoksunluğu tipik işaret ve belirtileri ile nadiren mental durumda değişiklik yapan (belirgin anksiyete hariç) pupil dilatasyonu, lakrimasyon, rinore, terleme, piloereksiyon, artralji/miyalji (hiperaljezi), diyare, esneme ve ciddi madde arama ile karakterize farklı bir tablodur. Tedavi belirtilere göre düzenlenir. Hastanın ağrıları varsa analjezik, diyaresi için antidiyaretikler verilir. Kas spazmları için miyorelaksanlar kullanılabilir. Benzodiazepinler de yoksunluk dönemindeki aşırı sınıtı için faydalı olabilirler. Buprenorfin

µ-opiyat reseptörleri için yüksek afinite gösteren parsiyel agonisttir ve hem yoksunluk döneminde hemde idame tedavisinde kullanılabılır (35, 36).

Çoklu Madde Kullanımı

Çoklu madde kullanımı özellikle aşırı doz alımına ait akut durumlarda klinik müdahale açısından sorun teşkil etmektedir. Ayrıca standart tedavi yaklaşımına beklenen yanıtı vermeyen hastalarda akla getirilmesi gereken bir husus da çoklu madde kullanımınıdır. Çoklu madde kullanımında tanıyı kolaylaştıracak tek araç "idrar taraması"dır. Tedaviye kullanılan maddeler ve klinik duruma göre karar vermek gereklidir (24).

Sonuç

Alkol ve madde bağımlısı hastalar acil servislerde önemli problem oluşturmaktadır. Bu sebeple her maddenin entoksikasyon ve yoksunluk tablolarının bilinmesi ve bu hastalara yaklaşırken uyulması gereken genel prensiplerin göz önünde bulundurulması hastalara daha kolay yardımcı olmamızı sağlayabilecektir.

Conflict of Interest

No conflict of interest was declared by the authors.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions

Concept - C.Ş., M.S.; Design - C.Ş.; Supervision - M.S.; Funding - C.Ş., M.S.; Materials - C.Ş.; Data Collection and/or Processing - C.Ş.; Analysis and/or Interpretation - C.Ş., M.S., A.B., Y.I.; Literature Review - C.Ş., A.B., Y.I.; Writer - C.Ş.; Critical Review - M.S.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları

Fikir - C.Ş., M.S.; Tasarım - C.Ş.; Denetleme - M.S.; Kaynaklar - C.Ş., M.S.; Malzemeler - C.Ş.; Veri toplanması ve/veya işlemesi - C.Ş.; Analiz ve/veya yorum - C.Ş., M.S., A.B., Y.I.; Literatür taraması - C.Ş., A.B., Y.I.; Yazıyı yazan - C.Ş.; Eleştirel İnceleme - M.S.

Kaynaklar

- Şengül C, Herken H. Genetikten epigenetiğe alkol bağımlılığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2009; 10: 239-45.
- Isıklı S, Irak M. Türkiye'de madde kullanımı ve bağımlılığı profili araştırması: 2002 yılı madde kullanımı geniş alan araştırması. Nihai rapor. Türk Psikologlar Derneği 2002; 55-65.
- Akvardar Y, Aslan B, Ekici B, Ögün E, Şimşek T. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem II öğrencilerinde sigara, alkol, madde kullanımı. Bağımlılık Dergisi 2001; 2: 49-52.
- İlhan İÖ, Demirbaş H, Doğan YB. Çıracılık eğitimine devam eden çalışan gençlerde alkol kullanımı üzerine bir çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi 2005; 16: 237-44.
- Şengül C, Şimşek D, Serinken M. Acil Serviste Şiddet Yönetimi. Turk J Emerg Med 2009; 9: 139-43.

6. Şengül C, Serinken M, Balcı Şengül C, Yüksel A, Aydın B. Acil Servise Başvuran Hastalarda Alkol Kullanım Bozukluğu. *Bağımlılık Dergisi*, 2009; 10: 19-24.
7. Rockville, MD. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health: National Findings. Available from: <http://oas.samhsa.gov/nsduh/2k8nsduh/2k8Results.pdf>. Cited June 28, 2010. Accessed: 25,07,2012.
8. Baigent M. Managing patients with dual diagnosis in psychiatric practice. *Curr Opin Psychiatry* 2012; 25: 201-5. [CrossRef]
9. MacLeod JB, Hungerford DW. Alcohol-related injury visits: do we know the true prevalence in U.S. trauma centres? *Injury* 2011; 42: 922-6. [CrossRef]
10. Mavrogiorgou P, Brüne M, Juckel G. The management of psychiatric emergencies. *Dtsch Arztebl Int* 2011; 108: 222-30.
11. Karalı A, Ögel K, Tamar D, Çakmak D. Alkol ve madde kullanım bozuklukları acil yaklaşım kılavuzu. İstanbul, Özgül Matbaacılık; 1999.
12. Yıldız A, Sachs GS, Turgay A. Pharmacological management of agitation in emergency settings. *Emerg Med J* 2003; 20: 339-46. [CrossRef]
13. Petit JR. Management of the acutely violent patient. *Psychiatr Clin North Am* 2005; 28: 701-11. [CrossRef]
14. Yargıç İ. Psikoaktif madde kullanımı ile ilgili acil durumlar. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2007; 3: 32-40.
15. Murch N, Reynolds T, Cooke F. Case based review: Alcohol-use disorders on the Acute Medical Unit. *Acute Med* 2012; 11: 88-93.
16. Levine MD. Alcohol Toxicity. Emergency Medicine web site. Available at: <http://emedicine.medscape.com/article/812411-treatment#showall> Updated: Mar 12, 2012, Accessed: 25,07,2012.
17. Öztürk O, Uluşahin A. Psikoaktif Madde kullanımına bağlı bozukluklar. Uluğ B, Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Gözden geçirilmiş 11. Baskı, Ankara; 2008: 687-735.
18. Vonghia L, Leggio L, Ferrulli A, Bertini M, Gasbarrini G, Addolorato G, et al. Acute alcohol intoxication. *Eur J Intern Med* 2008; 19: 561-7. [CrossRef]
19. McKeon A, Frye MA, Delanty N. The alcohol withdrawal syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2008; 79: 854-62. [CrossRef]
20. Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of acute alcohol withdrawal. *CMAJ* 1999; 160: 649-55.
21. Wright T, Myrick H, Henderson S, Peters H, Malcolm R. Risk factors for delirium tremens: a retrospective chart review. *Am J Addict* 2006; 15: 213-9. [CrossRef]
22. Mayo-Smith MF, Beecher LH, Fischer TL, Gorelick DA, Guillaume JL, Hill A, et al. Management of alcohol withdrawal delirium. An evidence-based practice guideline. *Arch Intern Med* 2004; 164: 1405-12. [CrossRef]
23. Sechi G, Serra A. Wernicke's encephalopathy: new clinical settings and recent advances in diagnosis and management. *Lancet Neurol* 2007; 6: 442-55. [CrossRef]
24. Montoya ID, McCann DJ. Drugs of abuse: management of intoxication and antidotes. *EXS* 2010; 100: 519-41. [CrossRef]
25. Winslow BT, Voorhees KI, Pehl KA. Methamphetamine abuse. *Am Fam Physician* 2007; 15: 1169-74.
26. Vroegop MP, Franssen EJ, van der Voort PH, van den Berg TN, Langeweg RJ, Kramers C. The emergency care of cocaine intoxications. *Neth J Med* 2009; 67: 122-6.
27. Walter M, Wiesbeck GA. Pharmacotherapy of substance dependence and withdrawal syndromes. *Ther Umsch* 2009; 66: 449-57. [CrossRef]
28. Lader M. Addiction and the pharmacology of cannabis: implications for medicine and the law. *Med Sci Law* 2009; 49: 1-17. [CrossRef]
29. Amaral RA, Malbergier A, Andrade AG. Management of patients with substance use illnesses in psychiatric emergency department. *Rev Bras Psiquiatr* 2010; 32: 104-11. [CrossRef]
30. MacKinnon GL, Parker WA. Benzodiazepine withdrawal syndrome: A literature review and evaluation. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1982; 9: 19-33. [CrossRef]
31. Mantooh R. Benzodiazepine Toxicity Treatment & Management. Emergency Medicine web site. Available at: <http://emedicine.medscape.com/article/813255-treatment#showall>. Updated: Mar 30, 2012. Accessed: 25,07,2012.
32. Lobmaier P, Gossop M, Waal H, Bramness J. The pharmacological treatment of opioid addiction--a clinical perspective. *Eur J Clin Pharmacol* 2010; 66: 537-45. [CrossRef]
33. Baud FJ. Mechanisms of opioid-induced overdose: experimental approach to clinical concerns. *Ann Pharm Fr* 2009; 67: 353-9. [CrossRef]
34. Stephens E. Opioid Toxicity Treatment & Management. Emergency Medicine web site. Available at: <http://emedicine.medscape.com/article/815784-treatment#showall>. Updated: Jul 5, 2012. Accessed: 25,07,2012.
35. Benich JJ 3rd. Opioid dependence. *Prim Care* 2011; 38: 59-70. [CrossRef]
36. Kahan M, Srivastava A, Ordean A, Cirone S. Buprenorphine: new treatment of opioid addiction in primary care. *Can Fam Physician* 2011; 57: 281-9.