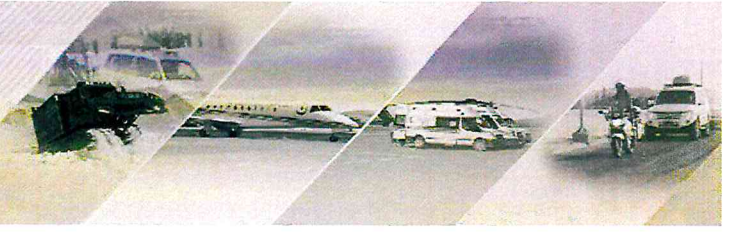




TC. Sağlık Bakanlığı
Acil Sağlık Hizmetleri
Genel Müdürlüğü



ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ÇALIŞANLARI İÇİN

MADDE KULLANIM BOZUKLUĞUNDA ACİL YAKLAŞIM REHBERİ

TC. Sağlık Bakanlığı

KİTAP HAZIRLAMA EKİBİ

Prof.Dr.Sibel ÖRSEL

Prof.Dr Özgür ÖNER

Doç.Dr.Murat ERKİRAN

Doç. Dr. Mehmet ERGİN

Uzm.Dr Pınar DAYLAN KOÇKAYA

Dr.Yasemin KAYA GÖKÇE

Dt.İlknur KARADUMAN

Gülşah BAYRAKÇI (Grafik Tasarım)

MADDE KULLANIM BOZUKLUKLUKLARI

AMAÇ:

Madde kullanım bozukluklarında ortaya çıkan acil durumlara yaklaşım konusunda bilgi kazanmak

ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

Katılımcılar bu oturumun sonunda;

- Madde kullanımına bağlı bozuklukları söyleyebilmeli
- Madde kullanım bozukluklarında acil durumları tanımlayabilmeli
- Madde kullanım bozukluklarında acil durumlara yaklaşımın temel ilkelerini sayabilmeli
- Madde kullanım bozukluklarında değerlendirme kriterlerini sayabilmeli
- Alanda sık karşılaşılan madde kullanım bozukluklarına bağlı acil durumları söyleyebilmeli
- Madde kullanımı sonucu saldırgan, davranış sorunları olan kişiye yaklaşımda genel ilkeleri söyleyebilmeli

SÜRE:

45 dakika

YÖNTEM/TEKNİK:

Anlatma

Soru-cevap

Grup tartışması

EĞİTİM MATERYALİ:

Yazı tahtası kâğıtları ve kalemleri

Bilgisayar

Projeksiyon cihazı

KAYNAKLAR

1. *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı*. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara 2011.
2. O Öztürk, A Uluşahin. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Bayt Ltd Sti, Ankara, 2015.
3. Ögel K. *Madde Bağımlılarına Yaklaşım ve Tedavi*, IQ Kültür Sanat Yayıncılık, İstanbul 2002.
4. Örsel S, *Nikotin Bağımlılığı ve Nikotin Bağımlılığın Klinik Değerlendirilmesi*, Tütün ve Tütün Kontrolü (içinde). Aytemur A, Akçay Ş, Elbek O (Editörler), Ankara 2011.
5. N Dilbaz. *Şiddet Riskinin Değerlendirilmesi ve Saldırgan Hastaya Yaklaşım*. *Klinik Psikiyatri* 1999; 2:179-188
6. Kaplan & Sadock's *Synopsis of Psychiatry*, eleventh edition, 2015
7. Evren C, Ögel K, Uluğ B. *Alkol Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi El Kitabı*, 2012, İstanbul, 1. Baskı
8. N Yüksel (ed) .*Temel Psikofarmakoloji*, 1. Baskı, Ankara 2010.

MADDE KULLANIM BOZUKLUKLUKLARI

Maddelerin yaygın kullanımı ve toplumsal süreçleri etkilemesiyle madde kullanım bozuklukları tanı ölçütleri tanımlanmıştır. Madde kullanan kişiyi değerlendirirken maddeyi kullanım sıklığı, yaygınlık, belirtilerin sayısı ya da şiddeti klinik tabloda belirleyici değildir. Diğer bir deyişle madde bağımlılığını, madde kullanımından ayırt edecek keskin sınırlar yoktur. Bağımlılık sendromunun şiddeti, madde kullanım davranışına ikincil olarak ortaya çıkan davranışlarla değerlendirilir.

Müptela, tiryaki, bağımlı, bağımlılık gibi adlandırmalar stigmatize edici özellikleri (kişinin damgalanması), kişilerin tedavi için başvurularını engellemesi ve toplum tarafından bir rahatsızlık olarak kabul edilmemesi nedenleriyle artık kullanılmamaktadır. Madde kullanım bozuklukları, tanı ve tedavi yöntemleri konusunda çok yol alınmasına rağmen konunun yasal ve etik boyutu, tedavilerin maliyeti, sigorta ve iş göremezlik gibi konularda tartışmalar sürmektedir. Madde kullanan kişilerin farkına varılması kolay değildir. Ailelerin çocuklarının eroin kullandıklarını uzun bir süre sonra öğrendikleri saptanmıştır. Bu nedenle madde kullanımının farkına varılması önem taşır. Madde kullanan kişi, kan ve idrar tetkikleri, davranış değişiklikleri ve madde etkisine bağlı değişikliklerin gözlenmesi yoluyla anlaşılabilir. Bağımlılık yapan tüm maddelerde bağımlılığın gelişmesi bir süreç içinde olmaktadır. Kullanılan maddenin cinsine göre bu süreç uzun ya da kısa olabilir. Nüfusun farklı alt grupları arasında, madde kullanımı ve madde kullanımına bağlı bozukluklarda farklılıklar bulunmaktadır.

Temel Kavramlar ve Klinik Görünüm

Madde kullanım bozuklukları, bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığını, aile, toplumsal ve iş uyumunu bozan, genetik ve nörobiyolojik temeli olan ciddi bir hastalıktır. Dünya genelinde alkol ve madde kullanımına bağlı ölümlerin diğer nedenler arasında üst sıralarda yer alması nedeniyle kullanımın azaltılması yönünde önleyici sağlık uygulamalarına ağırlık verilmektedir. Avrupa’da alkol ve maddeye bağlı ölümler, kalp-damar hastalıkları ve kanserden sonra üçüncü sırada yer almaktadır.

Bu konuyla ilgili metinlerde yer alan kavramlar aşağıda verilmiştir. Bağımlılık: Bağımlılık kavramı, kişinin madde kullanımına bağlı belirgin sorunlara rağmen madde kullanmayı sürdürmesi, madde kullanımını sınırlamakta güçlük yaşaması, diğer faaliyetlere göre madde kullanımına daha fazla öncelik vermesi, artmış tolerans ve fiziksel çekilme belirtilerini içerir. Bağımlı olan ile bağımlı olmayanı birbirinden kesin olarak ayıran bir kesme noktası yoktur.

İlaç: Sağlıklı, normal bir yaşamı sürdürmek için gerekli olmayan, canlı organizmaya dışarıdan alındığında bir veya daha fazla işlevde değişikliğe yol açabilen herhangi bir maddeye denir.

Madde: Kişinin davranış, duygulanım, algılama, düşünce gibi alanlarında değişiklik yaratabilen tütün, alkol, eroin, kokain gibi maddelerin hepsine verilen ortak isimdir. Psikoaktif madde olarak da kullanılabilir.

Tolerans: Maddelerin kendine has etkilerini oluşturmak için daha fazla miktarda kullanılması ya da aynı miktarda kullanılmasıyla etkilerinde azalma olmasıdır.

Yoksunluk: Maddenin uzun bir süre yoğun miktarda kullandıktan sonra bırakılması ya da azaltılmasına bağlı olarak ortaya çıkan klinik tablodur.

İntoksikasyon: Zehirlenme (intoksikasyon) tanımı, herhangi bir maddenin kullanılması sonucu ortaya çıkan orta ve uzun vadeli etkileri ile ölüme kadar gidebilen klinik durumu tanımlamak için kullanılır.

Madde kullanım bozukluğu tanısı için, aşağıda yer alan maddelerden ikisi veya daha fazlası bir yıl içinde olmalı ve klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ve işlevsellikte düşmeye yol açmalıdır. Tanı ölçütleri ortak noktalar dikkate alınarak her bir madde için ayrıca ele alınmıştır. DSM-V’te alkol, kafein, kenevir(esrar), halüsinojenler(LSD, meskalin, fensiklidin vb), uçucular (tiner, benzin, gazolin, bali vb), opiyatlar (morfin, eroin, kodein, metadon vb), sakinleştirici, uyu-tucu ve kaygı gidericiler (diazepam, klorazepat vb), uyarıcılar (amfetamin, ekstazi, kokain vb), tütün ve diğer bilinmeyen maddeler başlıkları yer almaktadır. Tanı ölçütlerine bakıldığında,

- Maddenin niyet edilenden daha yüksek miktarlarda ve uzun süreli kullanımı
- Maddeyi bırakmak veya kontrol altında tutmak için isteğinin olması ve sonuç vermeyen çabalar olması
- Maddeyi elde etmek, kullanmak veya etkilerinden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayırma
- Maddeye karşı çok güçlü bir istek ve dürtü duyma
- Okul, iş, ev yaşamında tekrar eden kullanım sonucu sorumluluklarını yerine getirememe
- Olumsuz etkilerine rağmen kullanıma devam etme (toplumsal ve kişiler arası sorunlar)
- Kullanımdan dolayı günlük etkinliklerin bırakılması veya azaltılması (iş, eğlence vb)
- Tehlikeli olabilecek durumlarda dahi kullanmaya devam etme
- Olumsuz bedensel veya ruhsal etkilerinin bilinmesine rağmen kullanmayı sürdürme
- Madde kullanımına bağlı olarak ortaya çıktığı veya ağırlaştığı bilinen bedensel veya ruhsal hastalıkları olmasına rağmen madde kullanmayı sürdürme
- Maddeye tolerans gelişmiş olması (kullanımı arttırma veya aynı ölçülerde kullanıma karşılık azalan etki)
- Çekilme belirtileri (bulantı, uykusuzluk, kusma, sinirlilik, bunaltı, huzursuzluk, saldırganlık, ishal, terleme, titreme, kas sızıları, ateş vb).

Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarında Acil Değerlendirme

Alkol ve madde kullanım bozukluklarında hastanın acil değerlendirilmesinde dikkat edilecek iki temel başlık vardır:

1. Hasta madde etkisi altında olabilir.
2. Hasta madde kesilmesine bağlı olarak yoksunluk belirtileri yaşıyor olabilir.

Bazı maddelerin kullanımının kesilmesi ile ortaya çıkan yoksunluk belirtileri, başka bazı maddelerin intoksikasyonunda görülebilir. Örneğin ajitasyon, eroin yoksunluğunda ya da kokain intoksikasyonunda görülebilir. Her iki durumda da yapılacak müdahale farklılık gösterir. Bu nedenle meydana gelen olayın açıklığa kavuşturulması ilk basamaktır. Bunun için belirtilerin tanınmasından önce yanıtlanması gereken sorular şunlardır:

- Acil yardıma ihtiyacı olan kişinin başka bir hastalığı var mıdır?
- Madde kullandığını bilen var mıdır?
- Madde kullandığını bilen var ise, hangi tür maddeleri kullanmaktadır?
- Bu maddeyi en son ne zaman kullanmıştır?
- Bu maddeden ne miktarda kullanmıştır?

Madde kullanımı konusunda yeterli bilgi ya da yakınlarının bu konuda bilgisi olmayabilir. Değerlendirmede kan ve idrar tetkikleri, klinik belirtiler önemli olmakla birlikte son zamanlarda olan davranış değişiklikleri tanıya yardımcı olabilir. Madde kullanan kişilere karşı önyargı olması nedeniyle tanı kesinleşmediği sürece ön tanı olarak kabul edilmeli ve diğer ayırıcı tanılar dikkate alınmalıdır. Madde kullanımı olan ergenlerde yeni arkadaşlar edinme, aile ile ilişkilerin azalması, evde daha az vakit geçirme ve daha fazla para harcamaya başlama, öz bakımın azalması, hafif uyku ve yorgun gözükme, yeme alışkanlıklarının bozulması, kilo kaybı, sinirlilik, birden ortaya çıkan davranış değişiklikleri, zaman zaman konuşmada güçlük, peltek konuşma, yürümede dengesizlik ve ellerde titreme, sorumluluklardan kaçınma gibi davranış değişiklikleri görülebilir.

Alkol ve madde kullanımı sonucu oluşan sorunlar nedeni ile başvuran hastalarda çok boyutlu bir değerlendirme önem kazanmaktadır. Hastanın dahili, cerrahi ya da psikiyatrik sorunları olabilir ve bu sorunların hepsi bir arada gözlenebilir.

Öte yandan bu hastalar birden çok maddeyi aynı anda kullanmış olabilecekleri için, kullandıkları maddelerin neler olduğu açıklığa kavuşturulmalıdır. Madde kullanımı altta yatan bazı tıbbi hastalıkları gizleyebileceği için hasta önceden fizik muayeneden geçirilmeli, ayrıntılı bir öykü alınmalıdır.

Yüksek miktarda alkol alan bir kişide dalak yırtılmasına bağlı gizli bir kanama ya da konfüzyona neden olabilecek bir kafa travması öyküsü saptanabilir. Eroin kullanımı nedeniyle başvuran hastada, ciltte abseler, hepatit, AIDS sorgulanmalıdır. Yapılacak müdahalelerde bu bozukluklar göz önüne alınmalı ve bulaşıcı enfeksiyonlara dikkat edilmelidir.

Madde kullanan tüm hastalar, kendisine ya da çevreye zarar verme riski açısından değerlendirilmelidir. Algı bozukluğuna bağlı tehlikeli davranışlarda bulunabilirler, örneğin kapı yerine camdan çıkmaya çalışmak gibi kontrolsüz davranışlar olabilir.

ALKOL KULLANIMI İLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

Alkol bağımlılık yapıcı maddeler arasında en sık kullanılanlardan biridir. Düşük miktarlarda alındığında uyarıcı, keyif verici ve davranışlar üzerinde kontrolü azaltıcı etkisi olur. Yüksek miktarlarda alındığında intoksikasyona yol açar. Dikkat, konuşma ve hareket yetilerini etkiler; davranışlar dürtüsel ve saldırgan bir hal alabilir. Düzenli olarak ve çok miktarda alkol kullanan kişilerde ağır bedensel, ruhsal ve sosyal sorunlar gelişebilmektedir. Alkol kullanımı ile birlikte kazalar ve bunlara bağlı travmalar sık görülür. Ek psikiyatrik hastalığı olanlarda alkol kullanımı ve intihar sıklığı artmıştır.

Akut Alkol Zehirlenmesi (İntoksikasyon):

Konuşma ve denge bozukluğu, yargılama bozukluğu, saldırgan ve dürtüsel davranışlar olur. Daha ağır durumlarda hipoglisemi, stupor ve koma gelişebilir. Kan alkol konsantrasyonu 100 mg/dl'den 200 mg/dl'ye yükselirken; motor bozukluklar artar, görme bulanıklaşır, öforinin yerini disfori alır, bulantı başlar. 250-300 mg/dl'de; kusma olur, kas koordinasyonu zayıflamıştır, yardımsız yürüyemez, çift görme olur. Bu düzeyde amnezi (hatırlayamamalar) daha yüksek düzeyde ise apne, koma ve solunum depresyonuna bağlı ölüm görülebilir. Acil koşullarda akut alkol zehirlenmesine müdahalede ilk sıvı alımının sağlanması ve hipogliseminin düzeltilmesi büyük önem taşır.

Alkol Kesilme Sendromu (Yoksunluk):

Alkol bağımlılığı olan kişide alkolün kesilmesi veya azaltılması ya da araya giren enfeksiyon gibi sistemik bir hastalıkta saatler içinde ortaya çıkan bedensel ve ruhsal belirtilerdir. Kesilme belirtileri, bulantı, kusma, karın ağrısı, ishal, titreme, kas krampı, uykusuzluk, dikkat ve hafıza kusuru, kaygı, huzursuzluk, sinirlilik, ajitasyon, taşikardi, düzensiz kan basıncı, terleme, ateş olarak çıkabilir. Alkol kesilme sendromu olan hastaların %5 kadarında deliryum tremens (DT) gelişebilir, deliryum tremens alkol kesilmesinden sonra 72-96 saat içinde gelişir. Kesilme belirtilerinin şiddetlenmesine ek olarak bilinç bulanıklığı ve yönelim bozukluğu olur, bilinçte gün boyu dalgalanmalar görülür. Görsel, işitsel, dokunsal halüsinasyonları olabilir, ajitasyonlar sıklıkla eşlik eder. Hezeyanlar, bazı hastalarda epileptik nöbetler görülebilir. Tedavide sıvı alımının sağlanması, nöbetlerin önlenmesi, tiamin replasmanı önceliklidir.

OPIYAT(OPIOİD)İLEİLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

Opiyat bağımlılığı olan kişiler sıklıkla eroin kullanırlar. Opiyat kullanıcıları tipik olarak madde kullanımına gençlik döneminde başlar. Opiyatlar ağız, burun, damar içine veya deri altına enjeksiyon yoluyla alınabilir. Damar yoluyla alındığında etkisinin artması nedeniyle daha çok tercih edilir, diğer belirtiler sıcaklık duygusu, ekstremitelerde ağırlık hissi, ağız kuruluğu, yüzde ve özellikle burunda kaşıntı ve yüzde kızarıklığıdır. Opiyat ilk kullanımlarda disfori, bulantı ve kusmaya neden olabilir. Fiziksel etkileri solunum depresyonu, pupillerde küçülme (myozis), üreter ve safra kanalları dahil düz kaslarda kasılma, kabızlık, kan basıncında, kalp hızında ve beden ısısında değişikliklerdir. Opiyat ile ilişkili bozukluklarda sık görülen ve önemli olan durum da birden fazla kişi tarafından paylaşılan iğnelerle hepatit, HIV gibi enfeksiyonların bulaşmasıdır.

Opiyat bağımlılarının yaklaşık %90'ında ek bir psikiyatrik bozukluk mevcuttur. Major depresif bozukluk, alkol kullanımı bozuklukları, antisosyal kişilik bozuklukları ve anksiyete bozuklukları en sık görülen komorbid psikiyatrik bozukluklardır.

Diğer psikiyatrik tanıların yüksek olması nedeniyle ek psikiyatrik hastalıkları da kapsayacak biçimde geniş tedavi tabanlı tedavi programlarının geliştirilmesi önemlidir.

Opiyat Zehirlenmesi (İntoksikasyonu):

Opiyat İntoksikasyonu; uygunsuz davranış değişiklikleri ve opiyat kullanımına ait bazı özel fiziksel belirtilerle ortaya çıkar. Genelde uygunsuz davranışlar, duygu durum değişiklikleri, psikomotor retardasyon, sersemlik, sözü ağızda gevelercesine konuşma, bellek ve dikkatte bozulma yeni opiyat kullanıldığını düşündürür. Aşırı doz opiyattan ölüm genellikle maddenin solunum depresyonu yapıcı etkisine bağlı gelişen solunum durmasıdır. Aşırı doz belirtileri belirgin olarak yanıt verememe, koma, solunumda yavaşlama, hipotermi, hipotansiyon ve bradikardidir.

Opiyat Yoksunluğu:

Morfin ve eroin yoksunluk sendromu genellikle 1-2 haftalık düzenli kullanımı takiben veya narkotik antagonist uygulamasının sonrasında, son dozdan 6-8 saat sonra başlar. Yoksunluk sendromu ikinci ve üçüncü günde en üst düzeye ulaşır, 7-10. günlerde yavaş yavaş azalır. Bazı belirtiler 6 ay veya daha uzun süreler boyunca devam edebilir. Opiyat yoksunluğu ağır kas krampları, kemik ağrıları, yoğun ishal, karın ağrısı, gözyaşı akması, burun akıntısı, piloereksiyon, esneme, ateş, pupillerde genişleme, hipertansiyon, taşikardi, vücut ısısında düzensizlik belirtilerini içermektedir. Opiyat yoksunluğu ile ilgili diğer özellikler huzursuzluk, irritabilite, depresyon, tremor, zayıflık, bulantı ve kusmadır.

ESRAR (KANNABİNOİD) KULLANIMI İLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

Esrar, hint kenevirinden elde edilen bir maddedir. Sarıkız, kuru, ot, joint, derman olarak da halk arasında bilinir. İşlenme biçimine göre marijuana, gubar, ganja gibi farklı isimler alır. Alkol ve tütünden sonra tüm dünyada en sık kullanılan keyif verici maddedir. Esrar kullanımına sıklıkla başka maddelerin kullanımı eşlik eder.

Davranış kontrolünün kalkması, konsantrasyon ve koordinasyon kaybı ile birlikte sosyal içe çekilme gözlenebilir. Kullanımı takiben panik, korku, kuşku hali ortaya çıkabilir. Taşikardi, ağız kuruluğu, konjunktivalarda kızarıklık ve iştah artışı, öfori, gevşeme gözlenir. Ağız kuruluğu ve özellikle karbonhidratlara yönelik açlık hissi belirgindir. Orta dereceli bir ataksi ortaya çıkabilir. Bazı durumlarda panik ataklarda olduğu kadar yoğun anksiyeteye sebep olur. Sigara olarak içildiğinde etkisi 2-4 saat, ağızdan alınırsa 5-12 saat sürmektedir. Uzun süreli esrar kullanımı, psikomotor yavaşlama, edilgenlik, üretim yapamama, isteksizlik gibi distimik bozuklukla benzerlik gösteren bir tablo oluşturabilir. Paranoid hezeyanlarla karakterize psikotik bir tablo akut kullanım sonrası ortaya çıkabilir. Psikoz, intoksikasyonun gerilemesine rağmen sebat edebilir ve 1-3 güne kadar uzayabilir. Anksiyete ve psikoz çok az miktarda esrar kullanımından sonra bile görülebilir. Ayırıcı tanıda alkol ve halüsinojen intoksikasyonu akılda bulundurulmalıdır. Esrar kullanıcılarında çoklu madde kötüye kullanımı sık olduğu için çoklu maddeye bağlı bir intoksikasyonla da sık karşılaşılır.

Esrar (Kannabis) Kesilme Belirtileri:

Esrarın istenildiği zaman kolaylıkla bırakılabilen iyi huylu sayılabilecek bir madde olduğuna ilişkin görüşler ortaya çıkan klinik kanıtlar ve hayvan deneyi sonuçlarından sonra terk edilmeye başlanmıştır. Esrar kesilme belirtilerinin büyük bir çoğunluğunun ruhsal (anksiyete, huzursuzluk, uykusuzluk) ve davranışsal düzeyde olmasına rağmen, iştah değişikliği, kilo kaybı, ellerde titreme tabloya sıklıkla eşlik eder. Kesilme belirtileri genellikle kullanım bırakıldıktan sonra 3-12 saatte başlar ve 1-2 günde artarak 4-5 gün devam eder. Sentetik Kannabinoid (Sentetik Esrar, Bonzai, Jamaican, Jamaican Gold vb) Sentetik esrar (Sentetik THC, Bonzai, Jamaican, Jamaican Gold vb), esrara benzer etkilere neden olan sentetik bir psikoaktif maddedir. Bonzai, Jamaican Gold, spice, Jamaican gold extreme, black magic, black mamba, K2 adları ile anılır.

En yaygın kullanılan ismi ile bonzai bazı kurutulmuş bitkileri ihtiva eder, ancak yapılan analizler aktif etken maddenin sentetik kannabinoid olduğunu göstermektedir. Bu uyuşturucunun üretilmesindeki amaç yasal yollardan ülkelere ihraç etmektir. 2004 yılında Avrupa’da boy gösteren bonzai, uyuşturucu etkilerinden ötürü birçok ülkede yasaklanmıştır. Bonzai kullanımında halüsinasyon, panik atak, kusma, aşırı heyecan ve pupillerde midriyazis olabilir. Kullananlar arasında “ölüm tribi” olarak bilinen her an kalp krizi geçirip öleceğini sanmak, yoğun sıkıntı ve korku yaşamak, ansızın gelen düşüp bayılacakmış gibi olmak, vücutta karıncalanma, delirecek gibi olma gibi belirtilerle giden bir panik atak tablosu ortaya çıkabilir.

Sentetik esrarın etkileri diğerine göre çok güçlüdür. Nörotoksik komplikasyonların yanı sıra epilepsi, psikoz, myokardial infarktüs ve böbrek yetmezliği gibi ağır bedensel hastalıklara yol açabilmektedir. Hızla gelişen akut zehirlenme tabloları nedeniyle acil servislere başvuru siktir.

DİĞER MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI

Kokain İle İlişkili Bozukluklar

Kokain ilk kez 1855’de bitkiden izole edilmiş, ameliyatlarda lokal anestezi olarak kullanılmıştır. Sokakta satılan kokainler, kokainin gücünü seyreltmek amacıyla birçok kimyasalla karıştırıldığından çok farklı içeriklere sahip olabilirler. Kokain kullanımındaki en yaygın yöntem buruna inhale etmektir, diğer yöntemler ise oral alım, sübkütan ya da intravenöz enjeksiyondur.

Yüksek dozlarda intoksikasyon belirtileri açığa çıkar; agresyon, iritabilite, yargılama bozukluğu, impulsivite, potansiyel tehlikeli cinsel davranışlar, ajitasyon, psikomotor aktivitede genel artış ve mani belirtileri sayılabilir. Kokain yoksunluk belirtileri 2 ila 4 günde zirve yapar, 1 haftada sonlanır.

Anksiyete, ürkeklik, disforik duygulanım, letarji, yorgunluk, kabus, baş ağrısı, kas krampları, mide krampları, yoğun terleme, doyumsuz açlık gibi belirtilerle karakterizedir.

En ciddi çekilme belirtisi uyarıcının ortadan kalkmasıyla birlikte açığa çıkan ve suisidal davranışlara ve düşüncelere yol açan depresyondur.

Amfetamin ve Benzeri Maddeler (Psikostimülanlar) İle İlişkili Bozukluklar

İngiltere, Avustralya ve Batı Avrupa’da esrardan sonra en yaygın kullanılan yasa dışı maddelerdir. Şu an için yasal olarak klinik kullanımı dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve narkolepsi ile sınırlıdır. Obezite, depresyon, kronik yorgunluk sendromu gibi hastalıklarda tedaviye ek olarak kullanılabilir. Bunlar sokakta crack, kristal, speed olarak bilinirler. Amfetaminler performansı artırma, aşırı neşelilik duygusunu ortaya çıkarma amaçlı kullanılır. Buz, ice diye de adlandırılan metamfetamin, kötüye kullananların solunum yoluyla, sigara şeklinde veya damar içi yollardan kullandığı saf bir formdur. Etkileri saatlerce sürer ve özellikle güçlü olarak tanımlanır. Evlerde ve yasadışı olarak laboratuvarlarda üretilebilen sentetik bir uyuşturucu maddedir.

Sedatif, Hipnotik ve Anksiyolitikler İle İlişkili Bozukluklar

Sedatif terimi, anksiyeteyi azaltan ilaç grubu olarak tanımlanan anksiyolitik terimi ile hemen hemen aynıdır. Hipnotikler ise uyku sağlamak için kullanılan ilaçlardır. Benzodiazepinler (diazepam, flurezapam, oksazepam ve klordiazepoksit), barbitüratlar (fenobarbital, barbital, amobarbital) ve barbitürat benzeri maddeler (methaqualone) bu grupta yer alır. Uyuşukluk, uyku hali, yargılama ve motor yeteneklerde bozulma, yeni bilgileri öğrenme güçlüğü, daha çok yaşlılarda olmak üzere konfüzyon, bellek ve yönelim bozukluğu, uykusuzluk, amnezi (unutkanlık), motor koordinasyon bozukluğu, nistagmus, ataksi, dilde dolanma, baş dönmesi, titreme (özellikle ellerde ve göz kapaklarında), nadiren hipotansiyon (intravenöz uygulamada sık) ventriküler aritmi, taşikardi ya da kardiyak arreste neden olabilir.

Uçucu Maddeler İle İlişkili Bozukluklar

Uçucular ya da çözücüler olarak da adlandırılabilir. Oda sıcaklığında buharlaşıp ağız ya da burun yoluyla vücuda girerler. Ardından akciğerler aracılığı ile kan dolaşımına katılırlar. Birçok ev gereci bu maddeleri barındırır. Uçucular, bali ve yapıştırıcı türleri, sprey boyalar, saç spreyleri, traş kremleri, tiner ve yakıt gibi maddelerdir; kimyasal farklılıklarına rağmen benzer farmakolojik etkinliğe sahiptir. Genel olarak merkezi sinir sistemini baskılayıcı etkileri vardır. Uzun dönemde inhaler madde kullanımının çok sayıda ciddi nörolojik probleme yol açtığı bilinmektedir. Diğer sistemlerde de başta karaciğer ve böbrek hasarı olmak üzere ciddi yan etkiler ortaya çıkarılırlar. Uzun dönemde kas yıkımı kalp ve solunum sistemi hastalıklarına yol açarlar.

Hallüsinojenler İle İlişkili Bozukluklar

Psikodelikler veya psikomimetikler olarak da adlandırılan doğal veya sentetik maddelerdir. Halüsinasyonlara neden olmalarının yanı sıra gerçeklik duygusunun kaybına neden olurlar. Tıbbi ilaç olarak kullanımları yoktur ve yüksek derecede kötüye kullanım potansiyelleri vardır. Doğal hallüsinojenler bazı mantarlardan elde edilen psilocybin ve kaktüsten elde edilen meskalindir. Sentetik bir hallüsinojen olan liserjik asit dietilamit (LSD), asit olarak da adlandırılır.

Bazı hallüsinojenler koklama, sigara içme veya intravenöz enjeksiyon yoluyla alınırken pek çok hallüsinojen ağızdan alındığında iyi emilirler. Hallüsinojenlerde prototip olarak LSD değerlendirilebilir. Hallüsinojenlerle fiziksel bağımlılık veya kesilme belirtileri meydana gelmez fakat uyarıcı yaşıntı ataklarına karşı psikolojik bağımlılık gelişebilir.

MADDE KULLANIMINA BAĞLI PSİKOZ VE ACİL YAKLAŞIM

AMAÇ:

Madde kullanımına bağlı psikozlar hakkında bilgi kazanmak.

ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

Katılımcılar bu oturumun sonunda;

- Madde kullanımına bağlı psikotik bozuklukları tanımlayabilmeli
- Madde kullanımına bağlı psikotik bozuklukların belirtilerini sayabilmeli

SÜRE:

30 dakika

YÖNTEM/TEKNİK:

Anlatma

Soru-cevap

Grup tartışması

EĞİTİM MATERYALİ:

Yazı tahtası kâğıtları ve kalemleri

Bilgisayar

Projeksiyon cihazı

KAYNAKLAR:

1. Altınbaş K, Saatçioğlu Ö, Çakmak D. Madde Bağımlılığı ve Psikoz
Addiction and Psychosis.. Nöropsikiyatri Arşivi 2007; 44: 34-40.
2. Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi kılavuzu el kitabı. Sağlık
Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2012

MADDE KULLANIMINA BAĞLI PSİKOZ VE ACİL YAKLAŞIM

Bağımlılık yapan maddeler, merkez sinir sisteminde önemli derecede uyarıcı veya sakinleştirici etki oluşturan, algılama, duygu durumu, zihinsel durum, davranışlar ve motor fonksiyonlarda bozukluk yapan maddelerdir. Madde kullanım bozukluğu hastalarında psikoz tabloları normal popülasyona oranla daha sık görülmektedir. Genel olarak madde kötüye kullanımı ve bağımlılığında psikoza yatkınlık daha fazla görülmektedir.

Psikostimülanlar (kokain, amfetamin, MDMA), anestezi maddeleri (PCP, ketamin) ve halüsinojenler (esrar, LSD) psikomimetik etkilerden sorumlu tutulan maddelerdir. Rabinowitz ve arkadaşları, ilk psikotik atakla gelen hastalardaki psikoaktif madde kullanım bozukluğu sıklığını araştırmışlar ve hastaların %23,6'sında halen psikoaktif madde kullanım öyküsü varlığını saptamışlardır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çalışmalarda psikoaktif madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk gelişmesinin diğer psikotik bozukluk türlerine göre görülme sıklığının %20-30 arasında değiştiği bildirilmiştir. Ayrıca psikotik bulguların varlığında saldırganlık, şiddet, suç oranları daha fazla görülmekte; dolayısıyla hastalığın tedavisini ve prognozunu olumsuz etkilemektedir.

Alkole Bağlı Psikotik Bozukluk

Alkol, en yaygın kötüye kullanılan psikoaktif maddedir. Alkol kullanım bozukluğu olanlarda farklı klinik durumlarda psikotik bulgular görülebilir. Bu klinik tabloların en sık karşılaşılanları; alkol yoksunluğuna bağlı deliryum veya konfüzyon, alkol zehirlenmesi, Wernicke Korsakof sendromu, alkol kullanımına bağlı bunama ve alkol paranoyasıdır.

Alkole bağlı psikotik bozuklukta genellikle seslerin mevcut olduğu, yapılanmış olmayan işitsel tipte varsanılar (halüsinasyonlar) sık görülmektedir. Bazı hastalar bu seslerin hoş giden ve rahatsızlık vermeyen doğadaki sesler gibi olduklarını ifade etmelerine rağmen, genel olarak kötü, azarlar şekilde ya da korkutucudur.

Varsanılar genellikle bir haftadan kısa sürer; ancak bu bir hafta boyunca gerçeği değerlendirme yetisi ciddi olarak bozulmuştur.

Ataktan sonra birçok hasta belirtilerin halusinatuvar (varsanlı) doğasının farkına varmaktadır. Varsanılar herhangi bir yaşta görülebilmekle birlikte genellikle uzun süreli alkol kullanan kişilerde siktir. Genellikle bir hafta içinde geçmesi beklenen varsanıların daha uzun sürdüğü olgularda diğer psikotik bozuklukları ayırıcı tanıda akılda tutmak gerekmektedir.

Esrara Bağlı Psikotik Bozukluk

Psikotik bozukluğa sebep olabilen maddeler arasında en sık esrar ile ilgili çalışmalara rastlanmaktadır. Esrar alımına bağlı geçici psikotik tepkime anlamına gelen “akut toksik psikoz” ile şizofreni benzeri tablo görülebilir. Bununla birlikte esrar kullanımına bağlı ortaya çıkan psikotik bozuklukta sıklıkla geçici paranoid hezeyanlar görülmektedir. Esrar kullanımına bağlı psikotik bozukluk gelişen hastalarla paranoid şizofreni tanısı olan hastaların karşılaştırılmasında esrar kullanan hastalarda tuhaf davranışların, şiddetin, paniğin ve içgörünün paronoid şizofrenlere göre daha sık olduğunu saptanmıştır. Ayrıca esrar kullanan hastalarda aşırı neşeli hareketlilik hali ve ajitasyon daha fazla görülmektedir.

Sentetik Kannabinoide Bağlı Psikotik Bozukluk

Bonzai, Jamaika, K2 veya spice olarak bilinen maddeler grubudur. Sentetik olarak üretilmiş esrar benzeri uyuşturucu maddedir. Yeni moleküller sürekli üretildiğinden idrarda tespiti çok güçtür. Klinik belirtileri neşelilik ve sebepsiz gülme, kalp hızında artış, kan basıncında düşme, kaslarda gevşeme, göz kızarıklığı, göz içi basıncı azalması, ağız kuruluğu, sıcak veya soğukluk hissi, zaman, dokunma, ses ve görme algılarında değişiklikler, bellek ve öğrenmede zayıflama, düşünme ve problem çözmenin yavaşlaması, koordinasyon kaybı, kaygı, korku, güvensizlik veya panik duygusudur. Bunların dışında şüphecilik, kötülük görme ve büyüklük düşünceleridir.

Ciddi ajitasyon ve saldırganlık tablosuna yol açabilir. Sentetik kannabinoidlerin etkileri genellikle doğal esrarın yüksek dozdaki etkilerine benzer.

Ancak bazı farkları vardır; ciddi ajitasyon, canlı varsanılar (halüsinasyonlar=hayaller), epileptik nöbetler, hipertansiyon/taşikardi, bulantı-kusma ve hipokalemi yapar. Bazı sentetik kannabinoidler uyarıcı, bazıları sedatif etki gösterebilir. Zehirlenme belirtilerinin süresi değişkendir, 24 saati geçebilir. Akut koroner sendrom, rabdomiyoliz ve nöbet ortaya çıkabilir.

Yaklaşımında önce olay yeri güvenliği sağlanır, birincil ve ikincil değerlendirme yapılır. Tedavide anksiyete, panik atak ve ajitasyon varlığında benzodiazepinler (lorazepam, midazolam) dikkatli bir şekilde kullanılabilir. Psikotik semptomlar ve agresyon varlığında diğer maddeleri kullanım düşünülmelidir.

Amfetamine Bağlı Psikotik Bozukluk

Amfetamin ve benzeri stimülanlar(metamfetamin) şizofreni benzeri psikotik bulguların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Metamfetamin kullananlarda hezeyanlar, varsanılar görülebilir. Ayrıca hastaların büyük bir kısmında ise yaşamlarının herhangi bir döneminde negatif semptomların da görüldüğü belirtilmiştir. Metamfetamin kullananların % 40'ında madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk geliştiği gösterilmiştir.

Amfetaminin neden olduğu psikotik bozukluğun klinik özellikleri paranoid şizofreniye oldukça büyük benzerlik göstermektedir. En önemli bulgulardan birisi paranoid hezeyanların varlığıdır. Yoğun görsel varsanılar, genellikle uygun duygulanım, hiperaktivite, aşırı cinsellik, konfüzyon, anlamsız ve dağınık konuşma gibi düşünce içeriğinde çok az bozukluğun olması ile paranoid şizofreniden ayrılabilir.

Kokaine Bağlı Psikotik Bozukluk

Kokain bağımlılarının %50'sinden fazlasında yaşamın herhangi bir döneminde varsanı ve paranoya görülebilmektedir. Kokain kullanımına bağlı psikotik bozukluk hastalarının çoğunluğu daha uzun süredir ve daha yüksek miktarlarda madde kullanan, daha düşük beden kitle indeksine sahip erkeklerden oluşmaktadır. Kokain kullanımına bağlı psikotik bozuklukta paranoid hezeyanlar en sık görülen psikotik belirtilerdir. İşitsel varsanılar da sık olmasına karşın görsel ve dokunma varsanıları (halüsinasyonları), paranoyadan daha nadir görülmektedir. Deri altında böceklerin yürüdüğü duyumunun kokain kullanımıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir. Uygunsuz cinsel davranış, tuhaf davranışlar, şiddet davranışı, paranoya ve varsanıların içeriği ile ilişkili şiddet içeren davranışlar, psikotik belirtiler ile birlikte ortaya çıkabilmektedir.

Uçucu Maddelere Bağlı Psikotik Bozukluk

Toluen içeren uçucu maddelerin uzun süreli inhalasyonu sonucu şizofrenideki psikotik bulgulara benzer kalıcı psikotik bozukluk görülebilmektedir. Önde gelen belirtiler varsanılar ve hezeyanlar olarak tanımlanmıştır. Uçucu madde intoksikasyonunda belki de en sık görülen psikotik bulgu paranoid hezeyanlardır.

Acil müdahalede IM haloperidol kullanılabilir. Davranış bozukluğunu kontrol için birlikte benzodiyazepin (lorazepam, midazolam, diyazepam gibi) verilebilir. Ekstrapiramidal sendrom (akut distoni gibi) gelişirse antiparkinson ilaç (akineton ampul IM) eklenebilir.

MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLE İLETİŞİM

AMAÇ:

Madde kullanım bozukluğu olan bireye yaklaşım ve iletişim şekilleri konusunda bilgi kazanmak

ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

Katılımcılar bu oturumun sonunda;

- Madde kullanımına olan bireyle iletişim ilkelerini söyleyebilmeli
- Madde kullanım bozukluklarında bireyin ilişki kurma şekillerini sayabilmeli
- Madde kullanım bozukluklarında sözel yatıştırma temel ilkelerini sayabilmeli
- Madde kullanım bozukluklarında saldırganlığa yaklaşımı söyleyebilmeli

SÜRE:30 dakika

YÖNTEM/TEKNİK:

Anlatma

Soru-cevap

Grup tartışması

EĞİTİM MATERYALİ:

Yazı tahtası kâğıtları ve kalemleri

Bilgisayar

Projeksiyon cihazı

KAYNAKLAR:

1. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH Jr, Zeller SL, Wilson MP, Rifai MA, Ng AT. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. West J Emerg Med. 2012 Feb;13(1):17-25.
2. Chanmugam A, Milzman D, Bone C, Soe-Lin H. Managing Substance Abuse in the Acute Setting. Emergency Psychiatry içinde Ed: A. Chanmugam, Triplett P, Kelen G. Cambridge University Press, 2013.
3. Saheed M. Management of Agitation of Violence. Emergency Psychiatry içinde Ed: A. Chanmugam, Triplett P, Kelen G. Cambridge University Press, 2013.
4. The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment içinde, Ed: Marc Galanter, Herbert D. Kleber, Kathleen T. Brady. — Beşinci Baskı, 2015.
5. McBride R. Talking to Patients About Sensitive Topics: Communication and Screening Techniques for Increasing the Reliability of Patient Self-Report. 2010. <http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/sensitive-topics.pdf>

MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLE İLETİŞİM

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerle kurulan iletişim ve görüşme biçimi, iletişimi kuran kişiler, iletişimin kurulduğu ortam ve duruma göre farklılıklar gösterir. Bütün iletişim biçimlerinde olduğu gibi, bu durumda da iletişimin iletişim kurulan kişiye göre biçimlendirilmesi gereklidir.

Madde kullanımı olan kişiler bu durumla ilgili olarak bilgi vermek konusunda çekimser bir tutum takınabilirler. Bunun sebeplerinin başında utanç ve inkâr gelir. Madde kullanan bireyler ayrıca bu durumun nasıl karşılanacağına, mahremiyete ve tedavilerine etkisinin nasıl olacağına dair endişeler yaşarlar. Bunun yanı sıra, önemsizleştirme, yansıtma ve dışlaştırma gibi savunma mekanizmaları bu bireylerden bilgi alınmasını zorlaştırabilir.

Madde Kullanımı Olan Bireyle İletişim Kurarken Dikkat Edilmesi Gerekenler:

- Utanç duygusunu daha da arttırmayacak bir yöntem izlenmelidir. Açık olmak ve izin almak önemlidir (Örneğin: “Durumunuzu anlamak ve yardımcı olmak için alkol veya başka bir madde kullanıp kullanmadığınızı öğrenmem gerek”. “Alkol almanızla ilgili size bazı sorular sorabilir miyim?” gibi).
- Durumu normalleştirmek cevap almayı kolaylaştırır (Örneğin: “Birçok insana alkol ve madde ile ilgili konuşmak zor gelir” gibi).
- Mahremiyeti vurgulamak gerekir. Bunun için, madde kullanımı ile ilgili durumlarda iletişimde yargılayıcı ve karmaşık olmayan, daha günlük bir dil kullanılmalıdır. Yargılayıcı sorular farklı şekillerde sorulabilir (Örneğin: “Sık sık sarhoş olur musunuz?” yerine “Genelde bir oturuşta ne kadar alkol alırsınız?” gibi). Yukarıdaki soruları birleştirmek de mümkündür (Örneğin: “Bütün hastalara daha iyi yardımcı olabilmek için alkol madde kullanımını soruyoruz. Bu konuda size bazı sorular sorabilir miyim?” (McBride, 2010).

- Hastayı damgalamamak, sadece bilgi almaya çalışmak daha fazla bilgi alınabilmesine olanak tanıyacaktır (Örneğin hasta bağımlı olmadığını, sadece arada bir eroin kullandığını söylediği zaman, “Kullanım şeklinizi anlamak bana yardımcı olabilir, o yüzden sadece bu haftayı (ay, vs) konuşalım” demek daha fazla bilgi alınmasına yardımcı olabilir (Greenfield ve Henessy, 2015).
- Genel konular yerine spesifik konulara ve yargılar yerine olaylara odaklanmak bilgi almayı kolaylaştırır (Örneğin “Bu akşam ne kadar alkol aldınız?” gibi)
- Bilgi alırken belli bir sıra izlenebilir, örneğin diyet, sigara, alkol, diğer maddeler sırası gibi. Alkol veya bir maddenin kullanımı ile bilgi alırken de basamaklı bir yol izlenmelidir; ilk önce “Hiç esrar kullandınız mı?” evet ise “En son ne zaman”, sonra bir kullanımdaki ortalama ve en fazla miktar, bundan sonra da “Hiç başta planladığınızdan daha fazla içtiğiniz oldu mu?”, “Hiç kullandığınız miktarı azaltmanız gerektiğini düşündünüz mü?” (McBride, 2010).

İletişimi etkileyen hastaya ilişkin faktörler şunlardır;

1. Hastanın yaşı, cinsiyeti
2. Evli olup olmaması
3. İş ve çalışma durumu
4. Sorunlarının doğasına karşı olan içgörüsü
5. Eşlik eden diğer psikiyatrik ve medikal hastalıkları, hastalığın evresi (relaps, acil, intoksikasyon, vs)
6. Hastanın değişime karşı olan isteği ve motivasyonu (Greenfield ve Henessy, 2015). Hastanın intoksike olduğu bir durumda hastadan madde kullanımı ile ilgili ayrıntılı bilgi almak mümkün olamayabilir. Çekilme ve yoksunluk durumlarında da acil müdahale için gerekli bilgileri edinmek öncelikli amaç olmalıdır.

Hastalardan elde edilen bilgilerin ne kadar geçerli ve güvenilir olduğu değişkenlik göstermektedir.

Kullandıkları maddenin miktarı, madde ile ilgili yasal sorunlar, maddeyi edinmek ile ilgili konularda güvenilir bilgi almak daha zordur; hastalar genelde kullandıkları maddeleri eksik ve olduğundan daha az miktarda bildirmek eğilimindedir. Bu durum hasta intoksike olduğunda daha da belirginleşir.

İdeal koşullarda hastalardan ilk madde kullanım yaşı, madde kullanım sıklığı, bir kullanımdaki madde miktarı, madde kullanım yolu, tedavi öyküsü, bırakma ve nüks dönemleri ile ilgili bilgi almak gereklidir (Greenfield ve Henessy, 2015). Acil koşullarda değerlendirilen hastaların önemli bir kısmında madde kullanımına bağlı sorunların yanı sıra diğer psikiyatrik ve medikal durumlara bağlı belirtiler ön planda olabilir. Hastaların önemli bir kısmında bilinç bulanıklığı da eşlik edebilir. Farklı maddelerin intoksikasyon ve çekilme belirtilerinin benzerliği de zorluğu arttıran bir diğer faktördür (Chanmugam ve ark, 2013).

Alkol ve madde sorunları olan bireylerde kronik ve acil hastalıklar daha sıktır, ayrıca bu bireyler daha fazla kaza, travma ve yaralanma riski altındadır. Özellikle trafik kazalarında bu durum çok önemlidir. Cinsel saldırılara maruz kalma riski de alkol ve madde kullanımı ile artmaktadır. Madde bağımlılığı ile ilişkili bir diğer durum intihar ve intihar girişimidir. Bütün bu durumlarda, madde kullanımı olasılığı mutlaka akılda tutulmalıdır (Chanmugam ve ark, 2013).

Saldırgan Hastaya Yaklaşım

Alkol ve madde kullanan hastalarda saldırgan ve tehdit edici davranışlar görülebilir. İntoksike durumda bir kişinin mantıklı ve kabul edilebilir davranışlar göstermesini sağlamak mümkün olmayabilir. Bu durum her zaman akılda tutulmalıdır ve alkol veya madde etkisi altında olan bireylere yargılayıcı, tehdit edici tutumlarda bulunmak, davranışlarıyla ilgili fikir belirtmek veya yorum yapmak saldırganlık riskini arttırabilir. Saldırganlık nadiren birden bire ortaya çıkar. Saldırganlaşacak olan bireyde üç faz izlenebilir:

1. Kaygı
2. Savunuculuk
3. Fiziksel saldırı (Saheed,2013)

Kaygı döneminde hasta huzursuz görünür, fazla konuşur ve çok soru sorar. Savunuculuk döneminde ise sözel tacizlerde bulunabilir. Bu sıklıkla personelin fiziksel özelliklerine, cinsiyetine, görünümüne hakaretler şeklindedir. Müdahale edilmezse fiziksel saldırganlık başlayabilir. Bu durumda kişi kontrolünü kaybetmiştir ve konuşarak sonuç almak mümkün değildir.

Fiziksel saldırganlık öncesi dönemde, sözel yatıştırma teknikleri kullanılmalıdır. Sözel yatıştırma prensipleri kişisel alana saygı gösterme, nazik olma, yüksek olmayan bir sesle ve sakince konuşmak, kışkırtıcı olmama, sözel iletişim kurma, açık ve net olma, istekleri ifade etme, hastanın söylediklerini dikkatli şekilde dinleme, gerektiği yerde onaylama, kural ve yasaları açıkça ortaya koyma (tehdit etmeden, normal bir tonda) ve varsa tercih imkânı vermektir. Hastaya saldırgan davranışın olası sonuçları açıklanırken, bunu yapabilecek durumda olmak önemlidir.

Böyle durumlarda güvenlik kuvvetlerinden yardım istemek, hastaların daha fazla saldırganlaşmadan kontrolünü kolaylaştırabilir.

Hastayı özellikle ajite eden personel uzaklaştırılmalıdır. Sadece bir sağlık personeli hasta ile konuşmalıdır, fazla kişinin konuşması ajitasyonu arttırabilir. Personel hastaya kendisini tanıtmalı, görevini açıklamalı, hastanın ismini öğrenmeli ve hastaya ismiyle uygun bir şekilde seslenmelidir (Richmond ve ark. 2012). Kısa cümleler kurulmalı, verilmeye çalışılan mesaj anlaşılana kadar tekrar edilmelidir. Kalabalıkta hastalar geri adım atmakta zorlanacakları ve isteyerek veya istemeden etraftaki kişiler hastayı daha fazla ajite edebileceği için hastayla özel (ancak güvenli, müdahale edilebilir ve çıkışı kolay) bir yerde görüşmek yardımcı olacaktır. Ajite bir hastaya asla arkadan yaklaşılmalıdır, personel kendi arkasını dönmemelidir ve hastaya en az iki kol mesafesi uzaklıkta durulmalıdır (Saheed, 2013) Hastanın sağlık personelinin ellerini görmesi ve ellerin yumruk yapılmamış olması, hastanın kendisini daha az tehdit edilmiş hissetmesini sağlar. Hastaya gözleri dikip bakmak ajitasyonu arttırabilir. Fiziksel saldırganlık durumundaki bir hasta ile konuşarak çok az sonuç alınabilir. Profesyonel ve nazik tavır korunarak ve yapılan davranış açıklanıp kayıt altına alınarak hasta tespit edilebilir. Tespit durumlarında beklenmeyen ani ölüm durumları ile karşılaşılabılır. Mekanizması tam olarak anlaşılmayan çok faktörlü bu durumun maddenin toksik etkilerine, pozisyonel asfiksiye ve katekolamin aşırı salınımına bağlı olduğu düşünülmektedir (Chanmugam ve ark, 2013). Kokain, metamfetamin, LSD kullanan bireylerde bu duruma daha fazla rastlanmaktadır.

MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN KİŞİLERE HASTANE ÖNCESİ ALANDA İLK TIBBİ MÜDAHALE

AMAÇ:

İlaç/madde aşırı doz alımı veya yoksunluk(çekilme) sendromu olduğu bilinen veya şüphelenilen bir bireye olay yerinde ve takiben hastaneye nakil sırasında uygulanacak ilk tıbbi müdahale konusunda bilgi kazanmak.

ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

Katılımcılar bu oturumun sonunda;

- İlaç/madde aşırı doz alımı veya yoksunluk(geri çekilme) sendromu olduğu bilinen veya şüphelenilen bir bireye hastane öncesi alanda ilk tıbbi müdahale çerçevesinde yapılması gerekenleri sayabilmeli.
- İlaç/madde aşırı doz alımı veya yoksunluk(geri çekilme) sendromu olduğu bilinen veya şüphelenilen bir bireyde meydana gelen kalp durması durumunda yapılması gerekenleri sayabilmeli.
- İlaç/madde aşırı doz alımı veya yoksunluk(geri çekilme) sendromu olduğu bilinen veya şüphelenilen bir bireyde naloksan başta olmak üzere antidot kullanımı konusunda dikkat edilmesi gereken noktaları sayabilmeli.

SÜRE:

45 dakika

YÖNTEM/TEKNİK:

Anlatma

Soru-cevap

EĞİTİM MATERYALİ:

Yazı tahtası kâğıtları ve kalemleri

Bilgisayar

Projeksiyon cihazı

KAYNAKLAR

1. Grene S. Toxicology. In Tintinalli JE, Stapczynski JS, Ma OJ, Meckler Gd, Cline DM, eds. Tintinalli's Emergency Medicine Comprehensive Study Guide. New York, McGraw Hill, 2016. p.1207-13.
2. Vanden Hoek TL ve ark. Part 12. Cardiac arrest in special situations: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation & Emergency Cardiovascular Care. Circulation 2010;122;s829-S861.
3. Lavnoas Ej ve ark. Part 10: Special circumstances of resuscitation: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 2015;132 (supl2):S501-S518.
4. Yürüktümen A, Karakılıç E. Toksikoloji. In Özel G, Özel BA, Özcan C. Editörler. İlk ve Acil Yardım Teknikerliği: Paramedik. Ankara; Güneş Tıp.2016. p.368-388.
5. Akkçük MH. Psikiyatrik Aciller. In Özel G, Özel BA, Özcan C, editörler. İlk ve Acil Yardım Teknikerliği: Paramedik. Ankara; Güneş Tıp.2016. p.400-416.
6. Flomenbaum NE ve ark. Principles of Managing the Poisoned or Overdosed Patient. In Flobenum NE ve ark, eds. New York, McGraw Hill.2006. p.42-50

GİRİŞ

Zehirlenmeler önlenabilir mortalite ve morbidite nedenidir. 2013 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde 16.235 ölümün reçete edilmiş opioid kaynaklı zehirlenmeye, ek olarak 8257 ölümün eroin aşırı doz alımına bağlı olduğu bildirilmiştir. Yine aynı ülkede 2012 verilerine göre opioid aşırı doz alımı 25 ila 60 yaş grubunda kasıtsız ölümlerin önde gelen nedeni haline gelmiştir.

Alanda diğer tüm acil müdahale gerektiren hastalarda olduğu üzere zehirlenme olgularında da hastane öncesi sağlık çalışanları öncelikle kendilerinin ve hastanın güvenliğini sağlamalıdır. Olay yerinin özelliklerinin net olarak belirlenemediği durumlar başta olmak üzere kişisel koruyucu ekipman kullanımı önem kazanmaktadır. Takip eden süreçte hastane öncesi sağlık çalışanlarının alanda ortaya koyacakları koruyucu ve tedavi edici girişimler mortalite ve morbiditenin azalmasına katkı sağlayacaktır.

HİKAYE VE FİZİK BAKI İLE İLK DEĞERLENDİRME

Hastane öncesi sağlık çalışanları, olay yerinde ilk değerlendirme sırasında vakaya ait ilaç/madde bağımlılığı veya toksik maruziyet hikayesini güvenilir bir şekilde elde edemeyebilirler. Ancak hastaya eşlik eden kişilerin sorgulanması, olay yeri değerlendirilmesi ve bilhassa şüpheli durumlarda çöp kutularının boş ilaç şişeleri, ambalajlar ve enjektörler açısından kontrol edilmesi ilaç/madde aşırı doz alımı veya toksik maruziyet açısından önemli ipuçlarına ulaşılmasına yardımcı olacaktır.

Hastane öncesi sağlık personeli, hastadan veya yakınından veya hastanın yanında en son bulunan kişiden hem mevcut tıbbi geçmişi, hem de şüphelenilen ilaç/madde maruziyetine ilişkin ayrıntılı öykü almalıdır. Bu aşamada maruz kalınan maddelerin adı, miktarı, maruziyet yolu ve zamanı, hastada kusma gerçekleşip gerçekleşmediği, daha önceki ilaç ve/veya madde kötüye kullanım ve psikiyatrik hastalık hikayesini sorgulamalıdır. Yine unutulmamalıdır ki; özellikle intihar girişimi amacı ile ilaç/madde kullanımlarında çoğu hastada birden fazla ilaç/madde kullanımı söz konusudur.

Tüm zehirlenme olgularında hayati bulguların tespiti ve yakın takibi yapılmalıdır. Hastaların bilinç durumunun belirlenmesi, anormal postür (dekortike veya deserebre), anormal veya tek taraflı çekme yanıtları, pupil çapları ve reaktivitesi kontrol edilerek not

alınmalıdır. Bilinç değişikliği olan hastalarda diğer travma bulgularına dikkat edilmelidir. Hastanın nefesinden veya cildinden alınan karakteristik bir koku tanıya gidilmesine yardımcı olabilir. Örneğin keton kaynaklı nefeste meyve kokusu diyabetik veya alkolik ketoasidoz yanısıra aseton veya isopril alkol alımını düşündürcektir.

İLK MÜDAHALE

Kritik olarak zehirlenen hastanın yönetimi hava yolunun korunması, solunum ve dolaşımın desteklenmesi ve hızlı değerlendirilmeden oluşmaktadır. İlk değerlendirme ve nakil sürecinde, ilaç/madde aşırı doz alan veya zehirlenen hastanın durumu süratle kötüleşebilir. Bu neden ile nakil sürecinde; özellikle de hikaye kesin değil ise, klinik tablosu kritik düzeyde olan ve muhtemel toksin maruziyeti mevcut hastalar monitorize edilerek merkezi sinir sistemi (MSS) depresyonu, hemodinamik instabilite veya nöbet açısından yakından takip edilmeli, bu durumlar tanınmalı ve ivedi şekilde sağaltımı sağlanmalıdır.

Bilinç değişikliği olan hastalarda kan şekeri ölçümü unutulmamalı, hipoglisemi tespit edilmesi durumunda dekstroz solüsyonları ile tedavi edilmelidir. Özellikle hipotansiyonu olan hastalarda olmak üzere, mümkün ise, damar yolu tedarik edilmeli ve hipotansiyon serum fizyolojik gibi izotonik mayiler ile tedavi edilmelidir. Pulse oksimetri ile hipoksi tespit edilen hastalara, oksijen saturasyonu %94'ün üzerinde kalacak şekilde oksijen uygulaması başlanmalıdır. Eşlik eden göğüs ağrısı olan ilaç/madde aşırı doz alan veya toksik maruziyet olan hastalarda, mümkün ise, elektrokardiyogram çekilmelidir.

İlaç/madde aşırı doz alımı ve/veya toksik maruziyet nedeniyle kalp durması meydana gelmiş olan hastalar, standart temel yaşam desteği ve ileri kardiyak yaşam desteği protokollerine göre tedavi edilmelidir. Bir kaç istisna hariç, kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) uygulaması sırasında önerilen özgül antidot veya toksine özgül bir girişim endikasyonu bulunmamaktadır.

Opioid ilişkili resüsitatif durumlar opioid zehirlenmesinden kaynaklandığından şüphe edilen kalp durması, solunum durması ve ciddi hayatı tehdit edici instabilite (MSS depresyonu, hipotansiyon ve kardiyak aritmi gibi) olarak tanımlanmaktadır. Bu durumlarda, opioid reseptör antagonisti olan nalokson, MSS ve solunum baskılanmasını hızlı bir şekilde geri çevirebilir. Nalokson intravenöz (IV) (başlangıç dozu 0.4 mg, maksimum 2 mg),

intramuskuler (IM) (başlangıç dozu 0.4 mg, maksimum 2 mg), intranasal (IN) (2 mg her 3 ila 5 dakikada bir tekrar doz), subkutanöz, nebulizatör (3 ml serum fizyolojik içinde 2 mg) ile ve endotrakeal tüpün içinden uygulanabilir. Nebülizatör ile nalokson uygulaması, diğer uygulama yollarının mümkün olmadığı, müdahale edilmemesi durumunda solunum durması gerçekleşecek ve en az 6 soluk/dakika hızında spontan solunumu olan hastalarda düşünülmelidir. Nalokson dozu, hasta yeterli düzeyde solunum işlevini ve koruyucu hava yolu reflekslerini geri kazanıncaya kadar her 2 ila 3 dakikada bir, toplam doz 10 mg ulaşınca kadar tekrarlanabilir. İlk nalokson uygulaması sonrası solunum işlevi geri kazanılmış ancak takibinde opioid zehirlenme bulguları tekrarlayan hastalarda nalokson dozunun 20 ila 60 dakikada bir tekrarlanması gerekebilir. Tekrarlayan nalokson dozu uygulamalarının opioid bağımlısı olan hastalarda opioid geri çekilme sendromuna neden olabileceği hatırlanmalıdır. Geri çekilme durumu çok nadir olarak hayatı tehdit edicidir, ancak nalokson alan tüm hastalar monitöre bağlanmalı ve yakın takip edilmelidir.

Hastane öncesi sağlık çalışanlarının, nabızı mevcut ancak normal solunumu olmayan veya sadece iç çekme tarzında solunumu olan hastada opioid aşırı doz alımı biliniyor veya şüpheleniliyor ise standart temel yaşam desteği uygulamalarına ek olarak IM veya IN nalokson uygulaması önerilmektedir. Opioid aşırı doz ilişkili kalp durması gelişmiş olduğu bilinen veya şüphelenilen hastalarda ise yüksek kaliteli KPR uygulanması nalokson verilmesinden daha öncelikli ve önemlidir.

Madde bağımlısı olan hastalarda görülen yoksunluk (geri çekilme) sendromu tablosunda ve kokain, amfetamin, ekstazi gibi uyarıcı ilaç kullanan hastalarda halüsinasyon, nöbet, taşikardi, hipertansiyon ve ajitasyon sık karşılaşılan tablolardır. Benzodiazepin grubu ilaçlar (diazepam) etkin olarak bu semptomları kontrol altına almak üzere kullanılabilir. Diazepam her 5 ila 10 dakikada bir 5 ila 10 mg IV olarak, hastada sedasyon sağlanana kadar titre edilerek uygulanır. Benzodiazepin grubu ilaçların solunum baskılayıcı etkilerine karşı dikkatli ve hazırlıklı olunmalıdır. Bu etki özellikle eş zamanlı alkol alımı olan hastalarda daha hızlı olarak ortaya çıkabilir. Ateşi olan hastalarda dışarıdan soğutma yöntemleri (buz paketleri uygulama gibi) düşünülmelidir. Kokain aşırı doz alımı olan hastalarda, akut koroner sendrom tablosuna benzeyen göğüs ağrısı ortaya çıkabilir ve ivedi olarak

elektrokardiyogram çekilmesi, sağaltım amacı ile benzodiazepinler, nitrogliserin ve/veya morfin kullanımı uygundur. Kokain ilişkili akut koroner sendrom tablosunda beta blökor grubu ilaçlar uygulanmamalıdır. Ajitasyon gösteren hastalarda ise ‘saldırgan hastaya yaklaşım prensipleri’ hatırlanmalı, güvenlik kurallarına uyulmalı, sözel, fiziksel ve gerektiği takdirde kimyasal kısıtlama yöntemlerinden uygun olan seçenek tercih edilmelidir. Kimyasal kısıtlama için benzodiazepinler yanı sıra antipsikotik ilaç haloperidol (5 – 10 mg IM) etkin olarak kullanılabilir.

ÖZET

- Olay yeri güvenliği önceliklidir.
- Olay yeri değerlendirmesi sırasında toksik maruziyete dair ipuçları aranmalıdır.
- Eşlik eden travma, tıbbi hastalıklar ve çevresel maruziyet düşünülmelidir.
- İlk müdahale sırasında ‘ABC’ stabilizasyonu esastır.
- Ajitasyon gösteren hastalarda saldırgan hastaya yaklaşım prensipleri uygulanmalıdır.
- Opioid aşırı doz alımına bağlı bilinç ve solunum baskılanması durumunda nalokson uygulanması düşünülmelidir.
- Kalp durması gelişmiş hastalarda standart temel yaşam desteği ve ileri kardiyak yaşam desteği protokolleri uygulanmalıdır.